

ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567

Predictive Performance of Mortality in Postoperative Patients with Gastric Ulcer at Kuchinarai
Crown Prince Hospital, 2020-2024

(Received: December 10,2024 ; Revised: December 13,2024 ; Accepted: December 14,2024)

จุฑามาศ ปัทม¹
Chuthamas Patum¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะ จำนวน 480 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และ การหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคเบาหวาน (OR = 30.74, 95%CI = 12.86 – 73.52, p-value < 0.001), ผู้ป่วยที่มีโรคตับมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคตับ (OR = 35.769, 95%CI = 20.929 – 61.132, p-value < 0.001), ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคมะเร็ง (OR = 38.667, 95%CI = 22.121 – 67.586, p-value < 0.001) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ (OR = 23.600, 95%CI = 15.369 – 36.239, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: การพยากรณ์การเสียชีวิต, หลังการผ่าตัด, แผลในกระเพาะอาหาร

Abstract

This study was survey research by retrospective aimed to assess the predictive effectiveness of mortality among postoperative gastric ulcer patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital, Kalasin Province, during the years 2020–2024. The study included a sample of 480 patients who underwent surgery for gastric ulcers at Kuchinarai Crown Prince Hospital between 2020 and 2024. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistical methods such as the Chi-square test and odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (95% CI) were used to determine relationships, with a significance level set at 0.05.

Results: Factors significantly associated with mortality in postoperative gastric ulcer patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital, at a statistical significance level of 0.05, include: Diabetic patients were found to have over 30 times the odds of mortality compared to non-diabetic individuals (OR = 30.74, 95% CI = 12.86–73.52, p-value < 0.001). Patients with liver disease exhibited over 35 times higher odds of mortality (OR = 35.769, 95% CI = 20.929–61.132, p-value < 0.001), while those with cancer had over 38 times greater odds (OR = 38.667, 95% CI = 22.121–67.586, p-value < 0.001).

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Additionally, urinary tract infections were associated with a 23-fold increase in mortality risk compared to uninfected patients (OR = 23.600, 95% CI = 15.369–36.239, p-value < 0.001).

Keywords: Mortality Prediction, Postoperative Care, Gastric Ulcer

บทนำ

แผลในกระเพาะอาหารที่ทะลุ (Perforated peptic ulcer, PPU) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในด้านการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉิน ภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในอัตราสูง แม้ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย PPU ยังคงอยู่ในช่วง 6-30% ขณะที่อัตราการภาวะแทรกซ้อนพบได้ใน 21-43% โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สาเหตุของ PPU เกิดจากการทะลุของเยื่อในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้กรดในกระเพาะอาหารและเอนไซม์ย่อยอาหารรั่วเข้าสู่ช่องท้อง ส่งผลให้เกิดการอักเสบในช่องท้อง (*peritonitis*) และในกรณีที่มีรุนแรงอาจนำไปสู่การติดเชื้อทั่วร่างกาย (*sepsis*) ภาวะดังกล่าวมีศักยภาพทำให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอัตราสูง ถึงจะได้รับการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารจะได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการใช้ยาต้านกรด การกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* และการใช้ยาป้องกัน *proton pump inhibitors (PPIs)* อย่างไรก็ตาม การป้องกันไม่สามารถลดอัตราการเกิด PPU ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่ใช้ยากดกรด การอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (*NSAIDs*) ในระยะยาว ภาวะดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก^{1,2}

ปัญหาและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ PPU เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของแผลในกระเพาะอาหาร โดยมีลักษณะปัญหา เช่น มีอัตราการเสียชีวิตสูง พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย PPU อยู่ในช่วง

6-30% แม้จะได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแล้วก็ตาม ความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือรักษา รวมถึงภาวะช็อกก่อนการผ่าตัดและโรคร่วม เช่น โรคหัวใจหรือเบาหวาน เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Bas et al., 2008) รวมถึงการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การรั่วของกรดในกระเพาะอาหารนำไปสู่การติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง (*severe peritonitis*) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (*sepsis*) ที่อาจลุกลามจนทำให้อวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ และปอดล้มเหลว ในบางกรณีเกิดภาวะล้มเหลวของหลายระบบในร่างกาย (*multi-organ failure*) มีความซับซ้อนในการรักษา เช่น การเย็บปิดแผล (*simple closure*) จะเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษา แต่การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังคงเผชิญกับความท้าทาย เช่น การติดเชื้อในแผลผ่าตัด การเกิดฝีในช่องท้อง และการกลับมาเป็นซ้ำ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาวจากภาวะแทรกซ้อนที่เหลืออยู่³ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ยากของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและโรคปอด เผชิญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน การล่าช้าในการเข้ารับการรักษาเกินกว่า 24 ชั่วโมงเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาซับซ้อนยิ่งขึ้น⁴

ผลกระทบของปัญหาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจาก PPU มักต้องเผชิญกับผลกระทบในระยะยาว เช่น การเกิดพังผืดในช่องท้อง การทำงานของระบบย่อยอาหารที่ผิดปกติ และความเสี่ยงต่อการเกิดแผลซ้ำ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังลดลงเนื่องจากความอ่อนแอจากภาวะแทรกซ้อน⁵ เช่นผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การจัดการผู้ป่วย PPU ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมาก ตั้งแต่การดูแลในห้องไอซียู การผ่าตัดฉุกเฉิน ไปจนถึงการใช้ยาปฏิชีวนะขนาดสูง ทำให้เกิดต้นทุนที่สูงต่อ

ระบบสาธารณสุข การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดยังเพิ่มภาระในการจัดการทรัพยากรอีกด้วย³

ข้อมูลประชากรของผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารที่ทะลุ (จากตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 480 ราย) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (77.5%) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 61 ปี (ค่ามัธยฐาน Q1 และ Q3 คือ 51 และ 72 ปี ตามลำดับ) ภาวะร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (26.45%) เบาหวาน (8.95%) โรคตับ (3.12%) และโรคมะเร็ง (3.33%) ผู้ป่วยบางราย (18.75%) มีประวัติการใช้สเตียรอยด์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดของปอด (16.87%) การติดเชื้อในกระแสเลือด (15.00%) ภาวะไตวาย (13.75%) และปอดอักเสบ (10.62%) นอกจากนี้ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) อยู่ที่ 15.41% โดยมีอัตราการเสียชีวิตรวมอยู่ที่ 5.83% ในด้านตำแหน่งและขนาดของแผล พบว่า แผลในกระเพาะอาหารที่ทะลุส่วนใหญ่อยู่ในบริเวณ Pre-pyloric (36.66%) และลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) (33.54%) โดยขนาดแผลเฉลี่ยอยู่ที่ 5 มม. (ช่วง Q1 และ Q3 อยู่ระหว่าง 3-10 มม.)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการมีระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้แพทย์วางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินความแม่นยำของเครื่องมือพยากรณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วย PPU หลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาการดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อหาประสิทธิภาพการพยากรณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลใน

กระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

1.3.2 เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยและหาขนาดของโอกาสการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1. **ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 จำนวน 480 คน

2. **ด้านเวลา** ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นเวลา 2 เดือน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดย

ใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 480 คน โดยมีเพศชาย 372 คน คิดเป็นร้อยละ 77.50 และ เพศหญิง 108 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61 ปี โดยค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 51 ปี (Q1) และ 72 ปี (Q3) สำหรับการใส่สายเตียรอยด์ พบว่าผู้ป่วย 90 คน (ร้อยละ 18.75) มีประวัติการใส่สายเตียรอยด์ ในขณะที่ผู้ป่วย 386 คน (ร้อยละ 80.41) ไม่มีประวัติ

การใช้ และผู้ป่วยอีก 4 คน (ร้อยละ 0.83) ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใส่สายเตียรอยด์

ภาวะร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง โดยพบในผู้ป่วย 127 คน คิดเป็นร้อยละ 26.45 รองลงมาคือเบาหวานในผู้ป่วย 43 คน (ร้อยละ 8.95) โรคตับในผู้ป่วย 15 คน (ร้อยละ 3.12) และโรคมะเร็งในผู้ป่วย 16 คน (ร้อยละ 3.33) เวลาที่เกิดแผลทะลุเฉลี่ยอยู่ที่ 10 ชั่วโมง โดยค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 6 ชั่วโมง (Q1) ถึง 24 ชั่วโมง (Q3)

2. ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death)

จากการวิจัย พบว่า ภาวะล้มเหลวของปอด (Pulmonary failure) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย โดยพบใน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 16.87 รองลงมาคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งพบใน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และ ภาวะไตวาย (Renal failure) พบใน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75

ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบ ได้แก่ ปอดอักเสบ (Pneumonia) ในผู้ป่วย 51 คน (ร้อยละ 10.62) การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดในผู้ป่วย 17 คน (ร้อยละ 3.54) และแผลปริในผู้ป่วย 25 คน (ร้อยละ 5.20) นอกจากนี้ มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย 8 คน (ร้อยละ 1.66) สำหรับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) มีผู้ป่วยถูกส่งต่อทั้งหมด 74 คน คิดเป็นร้อยละ 15.41 โดยมีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ที่ 28 คน หรือร้อยละ 5.83 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death) จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต (Complications/Death)	จำนวน (N)	ร้อยละ
ภาวะล้มเหลวของปอด (Pulmonary failure)	81	16.87
ปอดอักเสบ (Pneumonia)	51	10.62
โรคหัวใจ เช่น CHF, arrhythmia	26	5.41
การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Surgical site infection)	17	3.54
แผลปริ (Wound dehiscence)	25	5.20
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	72	15.00
ภาวะไตวาย (Renal failure)	66	13.75

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death) จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต (Complications/Death)	จำนวน (N)	ร้อยละ
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)	8	1.66
ส่งต่อ ICU (Transfer ICU)	74	15.41
การเสียชีวิต (Dead)	28	5.83

3. ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Complications and Death) จากการวิจัย พบว่า พบว่าแผลที่เกิดบริเวณ Pre-pyloric เป็นตำแหน่งที่พบ บ่อยที่สุดในผู้ป่วย โดยมีจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมาคือแผลที่เกิดบริเวณ ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) ในผู้ป่วย 161 คน คิดเป็นร้อยละ

33.54 และแผลใน กระเพาะอาหาร (Stomach) ในผู้ป่วย 141 คน คิดเป็นร้อยละ 29.37 ขณะที่ไม่มีข้อมูลตำแหน่งของแผล และในด้านขนาดของแผลทะลุ พบว่าขนาดแผลเฉลี่ยอยู่ที่ 5 มม. โดยค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ในช่วง 3 มม. (Q1) ถึง 10 มม. (Q3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตำแหน่งและขนาดของแผลทะลุ (Perforated Site and Size) จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ตำแหน่งแผลทะลุ (Perforated Site)	จำนวน (N)	ร้อยละ
Pre-pyloric	176	36.66
กระเพาะอาหาร (Stomach)	141	29.37
ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum)	161	33.54
ไม่มีข้อมูล (No data)	2	0.41

ขนาดของแผลทะลุ (Size of perforation):

Median: 5 มม.

Q1: 3 มม.

Q3: 10 มม.

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผล ในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต หลังการผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่:

โรคเบาหวาน: ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีโอกาส เสียชีวิตสูงกว่า 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มี โรคเบาหวาน (OR = 30.74, 95%CI = 12.86 – 73.52, p-value < 0.001)

โรคตับ: ผู้ป่วยที่มีโรคตับมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคตับ (OR = 35.769, 95%CI = 20.929 – 61.132, p-value < 0.001)

โรคมะเร็ง: ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งมีโอกาสเสียชีวิต สูงกว่า 38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคมะเร็ง (OR = 38.667, 95%CI = 22.121 – 67.586, p-value < 0.001)

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ: การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่า โอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ ไม่ติดเชื้อ (OR = 23.600, 95%CI = 15.369 – 36.239, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร

ตัวแปร	เสียชีวิต		OR	95%CI		χ^2	p-value
	เสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
โรคเบาหวาน							
ป่วย	18(64.30)	25(5.50)	30.74	12.86	73.52	111.60	<0.001
ไม่ป่วย	10(35.70)	427(94.50)					
โรคตับ							
ป่วย	15(53.60)	0(0.00)	35.769	20.929	61.132	249.95	<0.001
ไม่ป่วย	13(46.40)	452(100)					
โรคมะเร็ง							
ป่วย	16(57.10)	0(0.00)	38.667	0.724	22.121	67.586	<0.001
ไม่ป่วย	12(42.90)	452(100)					
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ							
พบ	8(28.6%)	0(0.00)	23.600	15.369	36.239	131.332	<0.001
ไม่พบ	20(71.4%)	452(100)					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พ.ศ. 2563-2567 ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

โรคเบาหวาน: ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคเบาหวาน (OR = 30.74, 95%CI = 12.86 – 73.52, p-value < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัย Shen et al.⁸ ได้ทำการศึกษารื่อง "The association between glycemic variability and all-cause mortality in diabetic patients receiving hemodialysis" โดยผลการวิจัยพบว่า Glycemic Variability (GV) ในกลุ่มที่มีค่า CV quartile สูงสุด เพิ่มโอกาสเสียชีวิตจากทุกสาเหตุถึง 1.9 เท่า (Hazard Ratio = 1.887, 95% CI: 1.407–2.531, p < 0.001) และสอดคล้องกับ Zhang et al.⁶ ได้ทำการศึกษารื่อง "Association of Diabetes Mellitus With Postoperative Complications and Mortality After Non-Cardiac Surgery: A Meta-

Analysis and Systematic Review" โดยผลการวิจัยพบว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทุกประเภท (Odds Ratio = 1.653, 95% CI: 1.487–1.839) และความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด (Odds Ratio = 1.606, 95% CI: 1.178–2.191) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, IDDM) และสอดคล้องกับ Curran et al.⁷ ได้ทำการศึกษารื่อง "The impact of hypoalbuminemia on postoperative outcomes after outpatient surgery: a national analysis of the NSQIP database" โดยผลการวิจัยพบว่า hypoalbuminemia (albumin < 3.5 g·dL⁻¹) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัด (Adjusted Odds Ratio [aOR] = 1.92, 95% CI: 1.44–2.57, P < 0.001) การเสียชีวิต (aOR = 3.03, 95% CI: 1.72–5.34, P < 0.001) และการติดเชื้อ (aOR = 1.49, 95% CI: 1.23–1.82, P < 0.001) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก

โรคตับ: ผู้ป่วยที่มีโรคตับมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคตับ ($OR = 35.769$, $95\%CI = 20.929 - 61.132$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัย ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, และคณะ⁹ ได้ศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยที่มีผลหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่า ผลรวมของระยะเวลาของประชากรในแต่ละราย ตั้งแต่เข้ามาในการศึกษาจนเสียชีวิตเท่ากับ 1,127 คน-เดือน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับมีอัตราการตายเท่ากับ 62 ต่อ 100 คน-ปี ส่วนภายนอกตับมีอัตราการตายเท่ากับ 43 ต่อ 100 คน-ปี อัตราการรอดชีวิตใน 1 และ 3 ปี เท่ากับร้อยละ 46.75 และ 13.48 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ และอัตราการรอดชีวิตใน 1 และ 2 ปีเท่ากับร้อยละ 57.14 และ 21.43 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการรอดชีวิต หลังการผ่าตัดเท่ากับ 11 เดือนสำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ และเท่ากับ 16 เดือนในมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอายุ เพศ lymph node metastasis resection margin histological type และ histological grading พบว่า resection margin และ lymph nodes ยังเป็นปัจจัยสำคัญทางสถิติ หลักการผ่าตัด resection margin ที่มีผลบวกมีอัตราการตาย 2.46 เท่ามากกว่าที่มีผลลบ และในกรณีที่มี lymph node metastasis มีอัตราการตาย 2.98 เท่ามากกว่าที่ไม่มี metastasis และสอดคล้องกับ Elabd NS et al.¹⁰ ได้ศึกษา Risk of surgery in patients with liver cirrhosis ในกลุ่มผู้ป่วยตับแข็ง พบว่าสาเหตุหลักของการไม่ได้รับการผ่าตัดมาจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนน Child-Pugh อยู่ในระดับ A หรือ B (42.7% และ 44.5% ตามลำดับ) ขณะที่ระดับ C พบเพียง 12.8% ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากตับ การเสื่อมสภาพของตับ และการติดเชื้อในช่องท้อง พบมากในผู้ป่วยที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินินที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดพบได้บ่อยในผู้ป่วยตับแข็งที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินินที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง การดูแลที่เหมาะสมก่อนและหลังการผ่าตัดสามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคมะเร็ง: ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคมะเร็ง ($OR = 38.667$, $95\%CI = 22.121 - 67.586$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัย สอดคล้องกับ Elabd NS et al.¹⁰ ได้ศึกษา Risk of surgery in patients with liver cirrhosis ในกลุ่มผู้ป่วยตับแข็ง พบว่าสาเหตุหลักของการไม่ได้รับการผ่าตัดมาจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนน Child-Pugh อยู่ในระดับ A หรือ B (42.7% และ 44.5% ตามลำดับ) ขณะที่ระดับ C พบเพียง 12.8% ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากตับ การเสื่อมสภาพของตับ และการติดเชื้อในช่องท้อง พบมากในผู้ป่วยที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินินที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดพบได้บ่อยในผู้ป่วยตับแข็งที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C มากกว่าระดับ A การเสียชีวิตหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาวและครีเอตินินที่สูงขึ้น คะแนน MELD สูง และระดับอัลบูมินในเลือดที่ลดลง การดูแลที่เหมาะสมก่อนและหลังการผ่าตัดสามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Kosuge และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีผล resection margin (R1) เป็นบวก มีอัตราการตายสูง 2.88 เท่า

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ: การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า 23 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ ($OR = 23.600$, $95\%CI = 15.369 - 36.239$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัย วรรณา ตาลเพชร¹² ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง พบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ไตวายเฉียบพลัน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปวดแน่นท้อง ภาวะช็อค วิตกกังวล ภาวะน้ำท่วมปอด ปวดแผลผ่าตัด ซึ่งผลการดูแลรักษาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดได้แก่ เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดออกง่าย หายดยาก เสี่ยงต่อการหายใจของแผลซ้ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อแผลติดเชื้อและเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งได้รับการป้องกันติดตาม และเฝ้าระวัง ทำให้ทุกปัญหาไม่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- 1) การพัฒนาโมเดลพยากรณ์ความเสี่ยงสำหรับการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้ตัวแปรสำคัญ

เช่น โรคประจำตัว (เบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง) และการติดเชื้อ (เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ) เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างเหมาะสม

- 2) ควรมีการประเมินผลของการจัดการโรคเบาหวาน ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการควบคุมค่ากลูโคสในเลือดและ Glycemic Variability (GV) ต่ออัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการออกแบบการจัดการที่เหมาะสม เช่น การปรับใช้ระบบติดตามระดับน้ำตาลในเลือดแบบเรียลไทม์ หรือการปรับยาอินซูลินก่อนและหลังผ่าตัด

- 3) ควรมีการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ การวิจัยควรเน้นการพัฒนาการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับ โดยเฉพาะในผู้ที่มีคะแนน Child-Pugh ระดับ B และ C เช่น การเพิ่มระดับอัลบูมินในเลือดก่อนการผ่าตัด หรือการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับตับอย่างใกล้ชิด

- 4) ควรมีการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบของ resection margin และ lymph node metastasis ต่ออัตราการเสียชีวิตและการศึกษาในเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาวิธีการผ่าตัดที่ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มโรคนี

เอกสารอ้างอิง

1. Testini M, Portincasa P, Piccinni G, Lissidini G, Pellegrini F, Greco L. Significant factors associated with fatal outcome in emergency open surgery for perforated peptic ulcer. **World J Gastroenterol.** 2003;9(10):2338-2340. doi:10.3748/WJG.V9.I10.2338
2. Bas G, Eryilmaz R, Okan I, Şahin M. Risk factors of morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcer. **Acta Chir Belg.** 2008;108(4):424-427. doi:10.1080/00015458.2008.11680254
2. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. **Lancet.** 2015;386(10000):1288-1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7
3. Arveen S, Jagdish S, Kadambari D. Perforated peptic ulcer in South India: An institutional perspective. **World J Surg.** 2009;33(9):1600-1604. doi:10.1007/s00268-009-0056-9
4. Møller MH, Adamsen S, Wøjdemann M, Møller AM. Perforated peptic ulcer: How to improve outcome? **Scand J Gastroenterol.** 2009;44(1):15-22. doi:10.1080/00365520802307997

5. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. Long-term mortality in patients operated for perforated peptic ulcer: Factors limiting longevity are dominated by older age, comorbidity burden and severe postoperative complications. **World J Surg.** 2017;41(2):410-418. doi:10.1007/s00268-016-3747-z
6. Zhang X, Hou A, Cao J, Liu Y, Lou J, Li H, et al. Association of Diabetes Mellitus with Postoperative Complications and Mortality After Non-Cardiac Surgery: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:841256. doi: 10.3389/fendo.2022.841256. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.841256/full>.
7. Curran S, Apruzzese P, Kendall MC, De Oliveira G. The impact of hypoalbuminemia on postoperative outcomes after outpatient surgery: a national analysis of the NSQIP database. *Can J Anaesth*. 2022;69(9):1099-1106. doi: 10.1007/s12630-022-02280-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35761062/>.
8. Shen R, Wu Y, Cheng Y. The impact of corporate social responsibility on firm value: The role of customer awareness. *J Financ Econ*. 2021;142:675-690. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872719312334?via%3Dihub>
9. ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, ภาสกร โสภารัตน์, ยุทธพงษ์ ชำนาญเอื้อ, พุฒิพงษ์ ศักดิ์แสน, อรทัย สืบเมืองซ้าย. อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและปัจจัยที่มีผลหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(1):137-46. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/234/226>
10. Elabd NS, Mohammed HI, Abd Alrahman AI, Eid MA, Seleem HEM. Risk of surgery in patients with liver cirrhosis. *Afro-Egyptian Journal of Infectious and Endemic Diseases*. 2022;12(4):367-82. Available from: <https://aeji.journals.ekb.eg/>
11. Kosuge T, Yamamoto J, Shimada K, Yamasaki S, Makuuchi M. Improved surgical results for hilar cholangiocarcinoma with procedures including major hepatic resection. *Ann Surg* 1999;230:66.
12. วรณา ตาลเพชร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง: กรณีศึกษา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ. 2024 Sep 30;9(3):444-454.