

ปัจจัยเสี่ยงและอัตราการเกิดการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นใน (Esophagogastroduodenoscopy) โรงพยาบาลกุมภวาปี

นพ.กษิซ อัครประเสริฐกิจ พ.บ., ศัลยแพทย์ทั่วไป

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงและอัตราการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (H.pylori) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกุมภวาปี

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบตามรุ่นย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2565

ผลการศึกษา : ประชากรทั้งหมด 94 ราย เป็นเพศชาย 52 ราย เป็นเพศหญิง 42 ราย อายุเฉลี่ย 57 ± 14.95 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.11 ± 4.29 กก/ม² มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.4 มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 20.2 มีประวัติการใชยาสมุนไพร ร้อยละ 19.1 มีประวัติดื่มกาแฟ ร้อยละ 36.2 มีประวัติดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 37.2 มีภาวะเครียด ร้อยละ 90.4 อาเจียนปนเลือด (Upper gastrointestinal hemorrhage) ร้อยละ 50 อาการปวดจุกแน่นท้อง (Indigestion) ร้อยละ 27.7 แสบร้อนท้อง (Burning pain) ร้อยละ 16 ท้องผูกถ่ายลำบาก (Constipation) ร้อยละ 4.3 เหนื่อยเพลีย (Fatigue) ร้อยละ 2.1 มีอาการปวดท้องนานกว่า 2 สัปดาห์ ร้อยละ 52.1 มีภาวะการขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 16 และพบว่าการติดเชื้อ H.pylori ร้อยละ 54.3 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori คือประวัติการใชยาสมุนไพร (p-value=0.048) อาการปวดจุกแน่นท้อง (p-value=0.018) และอาการแสบร้อนท้อง (p-value=0.029)

ข้อสรุป : จากการศึกษพบว่าอัตราการติดเชื้อ H.pylori อยู่ที่ร้อยละ 54.3 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori ได้แก่ ประวัติการใชยาสมุนไพร อาการจุกแน่นท้องและอาการแสบร้อนท้อง

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

Risk factor and incidence of Helicobacter pylori infection in patient undergoing esophagogastroduodenoscopy in Kumphawapi hospital

Kasichuch Akaraprasertkij, M.D., General surgeon,
Surgery department, Kumphawapi hospital, Kumphawapi, Udonthani, Thailand

Abstract

Objectives : To identify risk factors and incidence of Helicobacter pylori infection in patients undergoing esophagogastroduodenoscopy in Kumphawapi hospital.

Materials and Methods : A retrospective cohort study was carried out on 94 patients who underwent esophagogastroduodenoscopy and tissue sampling for rapid urease test for H.pylori infection between July 1, 2020, and June 30, 2022.

Results : From 94 patients (52 males and 42 females), the average age was 57 ± 14.95 , the average BMI was 23.11 ± 4.29 kg/m², Smoking 23.4%, Alcohol drinking 20.2%, Herbal use 19.1%, Coffee drinking 36.2%, Soft drink drinking 37.2%, Stress condition 90.4%, Upper gastrointestinal hemorrhage 50%, Indigestion 27.7%, Burning pain 16%, Constipation 4.3%, Fatigue 2.1%, Abdominal pain more than 2weeks 52.1%, Change in bowel habit 16%. The incidence of H.pylori infection was 54.3%. The risk factor associated with H.pylori infection was Herbal use (p-value=0.048), Clinical symptoms of indigestion (p-value=0.018) and burning pain (p-value=0.029)

Conclusions : In this study, the incidence of H.pylori infection was 54.3%. Herbal use, clinical symptoms of indigestion, and burning pain were risk factors for H. pylori infection.

Keywords : Risk factor, Helicobacter pylori infection, Esophagogastroduodenoscopy

ความสำคัญ

เชื้อ *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบแบบแท่ง (Gram negative rod bacteria) ซึ่งอาศัยอยู่ในกระเพาะอาหารของมนุษย์ เชื้อ *H.pylori* สามารถขยายพันธุ์และทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะอาหาร โดยการอักเสบสามารถดำเนินต่อไปจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของลักษณะเยื่อบุอาหารจนไปถึงการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารได้^(1,2,3) การติดเชื้อ *H.pylori* พบเจอได้มากถึง 50% ของประชากรโลก⁽⁴⁾ และยังพบว่าเชื้อ *H.pylori* มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในทางเดินอาหารส่วนต้น (Peptic ulcer) รวมถึงการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric cancer)⁽⁵⁾ มะเร็งกระเพาะอาหารที่เกิดจากเชื้อ *H.pylori* ถือเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมดและเป็นอันดับ 2 จากการตายของมะเร็งในโลก⁽⁶⁾ วิธีการตรวจหาเชื้อ *H.pylori* สามารถทำได้หลายวิธี แต่จะแบ่งออกเป็นหลักๆ 2 ประเภท คือ invasive test และ noninvasive test⁽⁷⁾ หนึ่งในวิธีที่เป็นที่นิยมคือการตรวจ Rapid Urease test โดยเป็นการตรวจหา urease enzyme ที่ผลิตออกมาจากเชื้อ *H.pylori* โดยการตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อบุกระเพาะอาหารผ่านวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น^(8,9) สามารถรู้ผลได้เร็ว ราคาไม่แพง แพร่หลาย และค่อนข้างจำเพาะเจาะจง จึงเป็นวิธีที่ค่อนข้างได้รับความนิยม^(8,10)

การศึกษาวินิจฉัยก่อนหน้านี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H.pylori* นั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ลักษณะของครอบครัวและลักษณะภูมิประเทศ⁽¹¹⁾ สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการได้รับเชื้อ *H.pylori*⁽¹²⁾ และปัจจัยอื่นๆ เช่น การดื่มน้ำที่ไม่สะอาด ประวัติมะเร็งกระเพาะอาหารในครอบครัว ลักษณะอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อ *H.pylori*^(13,14) แต่ก็มีอีกหลายงานวิจัยที่ยังไม่สามารถอธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ *H.pylori* ได้เช่นกัน โรงพยาบาลกุมภวาปีสามารถทำการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นได้ในผู้ป่วยที่มาด้วยโรคต่างๆ เช่น ปวดจุกแน่นท้อง อาเจียนปนเลือด แสบร้อนท้อง เป็นต้น และจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ *H.pylori* เป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลของอุบัติการณ์การติดเชื้อ รวมไปถึงการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงสำหรับการเกิดการติดเชื้อ *H.pylori* ในผู้ป่วย

ด้วยเหตุนี้ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจอยากจะทราบถึงอัตราการติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ *H.pylori* ในกลุ่มประชากรของอำเภอกุมภวาปีและอำเภอลูกซ้าย เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม เพื่อลดอัตราการเกิดแผลในกระเพาะอาหารจนไปถึงการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตามรุ่นย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2565

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและได้รับการตัดชิ้นเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารเพื่อทำการตรวจ Rapid urease test

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและไม่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารเพื่อทำการตรวจ Rapid urease test ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายในสี่สัปดาห์ก่อนเข้ารับการส่องกล้องซึ่งอาจจะทำให้เกิดผลลบจากการตรวจ

ขั้นตอนการดำเนินการ

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลกุมภวาปี รหัสโครงการ KPEC 2/2566 และหากผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของทั้งข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใชยาสมุนไพร อาการสำคัญ เช่น ปวดจุกท้อง แสบร้อนท้อง เป็นต้น และเก็บข้อมูลจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและการทำ Rapid urease test เพื่อหาเชื้อ H.pylori จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเกิดการติดเชื้อ H.pylori โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ T-test , risk regression , Fisher's exact test โดยใช้ p-value < 0.05 ในการพิสูจน์ว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติหรือไม่

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกุมภวาปีตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 386 ราย ได้รับการทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจ Rapid urease test ทั้งหมด 94 ราย พบว่ามีข้อมูลทั่วไปดังตารางที่1 เป็นเพศชาย 52 ราย (ร้อยละ55.3) เป็นเพศหญิง 42 ราย (ร้อยละ44.7) อายุเฉลี่ย 57 ± 14.95 ปี (ระหว่าง15-89 ปี) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.11 ± 4.29 กก/ม² มีประวัติการสูบบุหรี่ 22 ราย (ร้อยละ23.4) มีประวัติการดื่มสุรา 19 ราย (ร้อยละ20.2) มีประวัติการใชยาสมุนไพร 18 ราย (ร้อยละ19.1) มีประวัติดื่มกาแฟ 34 ราย

(ร้อยละ36.2) มีประวัติดื่มน้ำอัดลม 35 ราย (ร้อยละ37.2) มีภาวะเครียด 85 ราย (ร้อยละ90.4) โดยมีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลดังนี้ อาเจียนปนเลือด (Upper gastrointestinal hemorrhage) 47 ราย (ร้อยละ50) อาการปวดจุกแน่นท้อง (Indigestion) 26 ราย (ร้อยละ27.7) แสบร้อนท้อง (Burning pain) 15 ราย (ร้อยละ16) ท้องผูกถ่ายลำบาก (Constipation) 4 ราย (ร้อยละ4.3) เหนื่อยเพลีย (Fatigue) 2 ราย (ร้อยละ2.1) มีอาการปวดท้องนานกว่า 2 สัปดาห์ 49 ราย (ร้อยละ52.1) มีภาวะการขับถ่ายผิดปกติ 15 ราย (ร้อยละ16) และพบว่ามีกรดติดเชื้อ H.pylori ทั้งหมด 51 ราย (ร้อยละ 54.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกุมภวาปี

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
1. ข้อมูลทั่วไป	
- เพศ	
- ชาย	52 (55.3)
- หญิง	42 (44.7)
- อายุ, ปี mean (SD)	57 (14.95)
- BMI, kg/m ² mean (SD)	23.11 (4.29)
- ประวัติการสูบบุหรี่*	22 (23.4)
- ประวัติการดื่มสุรา*	19 (20.2)
- ประวัติการใช้อยาสมุนไพรร*	18 (19.1)
- ประวัติการดื่มกาแฟ*	34 (36.2)
- ประวัติการดื่มน้ำอัดลม*	35 (37.2)
- มีภาวะเครียด*	85 (90.4)

(ต่อ) ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกุมภวาปี

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
2. ข้อมูลตัวโรค	
- อาการสำคัญ	
- Upper gastrointestinal hemorrhage*	47 (50)
- Indigestion*	26 (27.7)
- Burning pain*	15 (16)
- Constipation*	4 (4.3)
- Fatigue*	2 (2.1)
- อาการปวดท้องนานกว่า 2 สัปดาห์*	49 (52.1)
- ภาวะการขับถ่ายผิดปกติ เช่น ถ่ายยาก ถ่ายกระปริดกระปรอย*	15 (16)
- ผล Rapid urease test	51 (54.3)
- Positive	43 (45.7)
- Negative	

* อาจพบได้หลายความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ H.pylori พบว่า มีผู้ป่วยเพศชายติดเชื้อ H.pylori 32 ราย จากทั้งหมด 52 ราย (ร้อยละ 61.5) ผู้ป่วยเพศหญิงติดเชื้อ H.pylori 19 ราย จากทั้งหมด 42 ราย (ร้อยละ 45.2) จากการศึกษพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศและการติดเชื้อ H.pylori ในกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่า 50 ปีและมากกว่าเท่ากับ 50 ปี พบการติดเชื้อ H.pylori 14 ราย (ร้อยละ 56) และ 37 ราย (ร้อยละ 53.6) ตามลำดับ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มอายุและการติดเชื้อ H.pylori ในกลุ่มดัชนีมวลกาย ดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 18.5 , 18.5-22.9 , 23-27.5 และมากกว่าเท่ากับ 27.5 พบมีการติดเชื้อ H.pylori 7 ราย (ร้อยละ 50) 18 ราย (ร้อยละ 48.6) 18 ราย (ร้อยละ 60) และ 8 ราย (ร้อยละ 61.5) ตามลำดับ โดยไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มดัชนีมวลกายและการติดเชื้อ H.pylori ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ พบมีการติดเชื้อ H.pylori 12 ราย (ร้อยละ 54.5) ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราพบมีการติดเชื้อ H.pylori 13 ราย (ร้อยละ 68.4) ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มกาแฟพบมีการติดเชื้อ H.pylori 21 ราย (ร้อยละ 61.8) ผู้ป่วยที่มีประวัติ ดื่มน้ำอัดลมพบมีการติดเชื้อ H.pylori 22 ราย (ร้อยละ 62.9) และผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดพบมีการติดเชื้อ H.pylori 45 ราย (ร้อยละ 52.9) ในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Corresponding : marushithesurgeon@gmail.com

Received : February 2025

Accepted : May - August 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2

เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

E 277539

เมื่อเทียบระหว่างปัจจัยเสียงและการติดเชื้อ H.pylori ส่วนในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรพบว่า มีการติดเชื้อ H.pylori 6 ราย จากทั้งหมด 18 ราย (ร้อยละ 33.3) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.048) เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มที่มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรและการติดเชื้อ H.pylori

ปัจจัยในกลุ่มอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล กลุ่มที่มาด้วยอาการปวดพบบีการติดเชื้อ H.pylori 27 ราย (ร้อยละ57.4) กลุ่มอาการท้องผูกถ่ายลำบากพบบีการติดเชื้อ H.pylori 2 ราย (ร้อยละ50) กลุ่มอาการเหนื่อยเพลียพบบีการติดเชื้อ H.pylori 1 ราย (ร้อยละ50) กลุ่มอาการปวดท้องนานกว่า 2 สัปดาห์ พบบีการติดเชื้อ H.pylori 27 ราย (ร้อยละ55.1) และกลุ่มอาการที่มีภาวะการขับถ่ายผิดปกติพบว่ามีเชื้อ H.pylori 10 ราย (ร้อยละ66.7) โดยกลุ่มอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลเหล่านี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มปัจจัยเสี่ยงและการติดเชื้อ H.pylori ส่วนในกลุ่มอาการที่มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง (Indigestion) พบว่ามีเชื้อ H.pylori 9 ราย จากทั้งหมด 26 ราย (ร้อยละ34.6) และกลุ่มอาการที่มาด้วยแสบร้อนท้อง (Burning pain) พบว่ามีเชื้อ H.pylori 12 ราย จากทั้งหมด 15 ราย (ร้อยละ80) ทั้งสองกลุ่มนี้พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มปัจจัยเสี่ยงและการติดเชื้อ H.pylori

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ H. pylori ในกลุ่มผู้ป่วย

ปัจจัย	ติดเชื้อ H.pylori จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ติดเชื้อ H.pylori จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
- ชาย	32 (61.5)	20 (38.5)	0.115
- หญิง	19 (45.2)	23 (54.8)	0.115
อายุ			
- < 50 ปี	14 (56)	11 (44)	0.838
- ≥ 50 ปี	37 (53.6)	32 (46.4)	0.838
BMI			
- < 18.5 kg/m ²	7 (50)	7 (50)	0.729
- 18.5-22.9 kg/m ²	18 (48.6)	19 (51.4)	0.379
- 23-27.5 kg/m ²	18 (60)	12 (40)	0.444
- > 27.5 kg/m ²	8 (61.5)	5 (38.5)	0.570

(ต่อ) ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ H. pylori ในกลุ่มผู้ป่วย

ประวัติการสูบบุหรี่	12 (54.5)	10 (45.5)	0.975
ประวัติการดื่มสุรา	13 (68.4)	6 (31.6)	0.165
ประวัติการใช้ยาสมุนไพร	6 (33.3)	12 (66.7)	0.048*
ประวัติการดื่มกาแฟ	21 (61.8)	13 (38.2)	0.271
ประวัติการดื่มน้ำอัดลม	22 (62.9)	13 (31.1)	0.197
มีภาวะเครียด	45 (52.9)	40 (47.1)	0.501
Upper gastrointestinal hemorrhage	27 (57.4)	20 (42.6)	0.535
Indigestion	9 (34.6)	17 (65.4)	0.018*
Burning pain	12 (80)	3 (20)	0.029*
Constipation	2 (50)	2 (50)	1.000
Fatigue	1 (50)	1 (50)	1.000
อาการปวดท้องนานกว่า 2 สัปดาห์	27 (55.1)	22 (44.9)	0.863
ภาวะการขับถ่ายผิดปกติ	10 (66.7)	5 (33.3)	0.293

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori พบว่ากลุ่มอาการปวดจุกแน่นท้อง (Indigestion) มีโอกาสที่จะติดเชื้อ H.pylori เป็น 2.854 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดจุกแน่นท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรมีโอกาสที่จะติดเชื้อ H.pylori เป็น 2.839 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาสมุนไพรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มอาการแสบร้อนท้องเมื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าเป็นปัจจัยป้องกันในการติดเชื้อ H.pylori แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มผู้ป่วย โดย univariable and multivariable logistic regression analysis

ปัจจัย	Univariable			Multivariable		
	OR	(95%CI)	p-value	OR	(95%CI)	p-value
ประวัติการใช้ยา สมุนไพร	2.903	0.984-8.562	0.053	2.839	0.904-8.911	0.074
Indigestion	3.051	1.187-7.846	0.021	2.854	1.042-7.817	0.041
Burning pain	0.244	0.064-0.931	0.039	0.432	0.105-1.780	0.245

อภิปราย

การติดเชื้อ *H.pylori* ในพื้นที่ต่าง ๆ นั้นเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกัน เช่น อายุ เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ การศึกษา และที่อยู่อาศัย ในประเทศกำลังพัฒนาพบการติดเชื้อ *H.pylori* สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว^(15,16) ตัวอย่างเช่น พบอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ในประเทศเอธิโอเปีย ร้อยละ 93⁽¹⁷⁾ และพบอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ร้อยละ 97 and 94.5 ในประเทศกานา⁽¹⁸⁾ และในประเทศโมซัมบิก⁽¹⁹⁾ ตามลำดับ ในประเทศพัฒนาแล้ว อย่างประเทศสวีเดนพบอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ลดลงอย่างมากในระยะเวลา 10 ปี⁽²⁰⁾ และเช่นกันกับประเทศจีนที่พบว่าการติดเชื้อ *H.pylori* ลดลง เนื่องจากการเติบโตทางเศรษฐกิจ สภาพสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัย มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น⁽²¹⁾ ส่วนในประเทศไทยนั้นจากศึกษาก่อนหน้านี้ของโรงพยาบาลศิริราชพบอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ร้อยละ 63.3⁽²²⁾ และการศึกษาก่อนหน้านี้ของโรงพยาบาลราชวิถีพบอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ร้อยละ 64⁽²³⁾ และจากการศึกษานี้พบว่าอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ของโรงพยาบาลกุมภวาปีนั้นอยู่ที่ร้อยละ 54.3 ก็ถือว่าใกล้เคียงกับการศึกษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ในประเทศไทย คาดว่าที่พบอัตราการติดเชื้อที่ต่ำกว่า เกิดจากกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษามีจำนวนน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นมีจำนวนทั้งสิ้น 386 ราย แต่ได้รับการทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจ Rapid urease test ทั้งหมด 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 หากมีการตรวจ Rapid urease test มากขึ้นอาจจะพบเจอการติดเชื้อ *H.pylori* มากขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H.pylori* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือประวัติการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกันกับงานวิจัยของ Amal M Abd El-Latif และคณะที่ทำการศึกษาในประเทศอียิปต์ที่พบว่าการใช้สารสเตียรอยด์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H.pylori*⁽²⁴⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ M Zajackowska และคณะในประเทศโปแลนด์ที่พบว่าการใช้ยาสเตียรอยด์เป็นระยะ

เวลานานมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori⁽²⁵⁾ สาเหตุคาดว่าเกิดจากได้ที่ได้รับสารสเตียรอยด์ซึ่งเป็นสารกดภูมิคุ้มกันทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ H.pylori ได้มากขึ้น

ส่วนในการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญชัดเจนที่เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อ H.pylori จากงานวิจัยของ Suppadech Tunruttanakul ที่ รพ.ศิริราช พบว่าความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ชายที่อายุมากกว่า 60 ปี⁽²⁶⁾ และจากงานวิจัยของ วุฒิชัย ถาพรผาด รพ.สีหภูมิ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori ได้แก่ เพศหญิง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคเกาต์ และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม⁽²⁷⁾

นอกจากนั้นจากการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มอาการสำคัญที่มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง (Indigestion) และแสบร้อนท้อง (Burning pain) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori ซึ่งพบว่าสอดคล้องกันกับการศึกษาของ Kouitcheu Mabeku และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในประเทศแคเมอรูนพบว่าอาการปวดจุกแน่นท้องเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ H.pylori⁽¹³⁾

ข้อสรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกุมภวาปีพบการติดเชื้อ H.pylori คิดเป็นร้อยละ 54.3 และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อคือกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง (Indigestion) และแสบร้อนท้อง (Burning pain) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ยิ่งเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ H.pylori มากขึ้น ดังนั้นแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงเรื่องการทำการตรวจ Rapid urease test เพื่อหาการติดเชื้อ H.pylori ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อพบว่าให้การรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรจะต้องทำการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อตรวจหาเชื้อ H.pylori เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดจากการติดเชื้อ H.pylori สูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเพื่อที่จะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น แผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ และมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. Akbar DH, El Tahawy AT. Helicobacter pylori infection at a university hospital in Saudi Arabia, prevalence, comparison of diagnostic modalities and endoscopic findings. Indian journal of pathology and. Microbiology. 2005;48(2):181–5.
2. Alkout AM, Blackwell CC, Weir DM. Increased inflammatory responses of persons of blood group O to Helicobacter pylori. J Infect Dis. 2000;181:1364–9.
3. Alkout AM, Blackwell CC, Weir DM, Poxton IR, Elton RA, Luman W, Palmer K. Isolation of a cell surface component of Helicobacter pylori that binds H type 2, Lewis a and Lewis b antigens. Gastroenterology. 1997;112(4):1179–87.
4. The EUROGAST Study Group. Epidemiology of, and risk factors for, *Helicobacter pylori* infection among 3194 asymptomatic subjects in 17 populations. Gut. 1993;34:1672–6.
5. Jenkins DJ. *Helicobacter pylori* and its interaction with risk factors for chronic disease. Bmj. 1997;315:1481–2.
6. Atherton JC, Blaser MJ. Coadaptation of Helicobacter pylori and humans: ancient history, modern implications. J Clin Investig. 2009;119:2475–87.
7. Ozbey G, Hanafiah A. Epidemiology, Diagnosis, and Risk Factors of *Helicobacter pylori* Infection in Children. Euroasian J Hepato-Gastroenterol 2017;7(1):34-39.
8. Garza-González E, Perez-Perez GI, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ, Javier F. A review of *Helicobacter pylori* diagnosis, treatment, and methods to detect eradication. World J Gastroenterol. 2014 Feb;20(6):1438–1449.
9. Rajindrajith S, Devanarayana NM, de Silva HJ. *Helicobacter pylori* infection in children. Saudi J Gastroenterol. 2009 Apr;15(2):86–94.
10. Seth AK, Kakkar S, Manchanda GS. Role of biopsy from gastric corpus in diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in patients on acid suppression therapy. Med J Armed Forces India. 2003 Jul;59(3):216–217.
11. Tsai CJ, Perry S, Sanchez L, Parsonnet J. *Helicobacter pylori* infection in different generations of Hispanics in the San Francisco Bay Area. Am J Epidemiol. 2005 Aug;162(4):351–357.

Corresponding : marushithesurgeon@gmail.com

Received : February 2025

Accepted : May - August 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2

เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

E 277539

12. Yucel O, Sayan A, Yildiz M. The factors associated with asymptomatic carriage of *Helicobacter pylori* in children and their mothers living in three socio-economic settings. Jpn J Infect Dis. 2009 Mar;62(2):120–124.
13. Kouitcheu Mabeku, L.B., Noundjeu Ngamga, M.L. & Leundji, H. Potential risk factors and prevalence of *Helicobacter pylori* infection among adult patients with dyspepsia symptoms in Cameroon. BMC Infect Dis 18, 278 (2018).
14. Basílio, I. L. D., et al. (2018). "Risk factors of *Helicobacter pylori* infection in an urban community in Northeast Brazil and the relationship between the infection and gastric diseases." Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 51.
15. Megraud F, Brassens-Rabbe MP, Denis F, Belbouri A, Hoa DQ. Seroepidemiology of *Campylobacter pylori* infection in various populations. J Clin Microbiol 1989; 27: 1870-3.
16. Brown LM. *Helicobacter pylori*: epidemiology and routes of transmission. Epidemiol Rev 2000; 22: 283-97.
17. Henriksen T, Nysaeter G, Madebo T, Setegn D, Brorson O, Kebede T, Berstad A. Peptic ulcer disease in South Ethiopia is strongly associated with *Helicobacter pylori*. Trans Roy Soc Trop Med Hyg. 1999;93(2):171–3.
18. Kidd M, Louw JA, Mark NI. *Helicobacter pylori* in Africa: observation on an ‘enigma within an enigma’. J Gastroenterol Hepatol. 1999;14:851–8.
19. Carrilho C, Modcoicar P, Cunha L, Ismail M, Guisseve A, Lorenzoni C, Fernandes F, Peleteiro B, Almeida R, Figueiredo C, David L, Lunet N. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection, chronic gastritis, and intestinal metaplasia in Mozambican dyspeptic patients. Virchows Arch. 2009;54:153–60.
20. Tkachenko MA, Zhannat NZ, Erman LV, Blashenkova EL, Isachenko SV, Isachenko OB, Graham DY, Malaty HM. Dramatic changes in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection during childhood: a 10-year follow-up study in Russia. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2007;45:428–32.
21. Nagy P, Johansson S, Molloy-Bland M. Systematic review of time trends in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in China and the USA. Gut Pathogens. 2016;8:8.

22. Kachintorn U, Luengrojanakul P, Atisook K, Theerabuttra C, Tanwandee T, Boonyapisit S, et al. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer diseases: prevalence and association with antral gastritis in 210 patients. *J Med Assoc Thai* 1992; 75: 386-92.
23. Sirinthornpunya S. Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection in Patients with Peptic Disease. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (Suppl. 3): S22-S27.
24. El-Latif AMA, Ali ASA, Abdel-Hady M, Borai MBM. Seroprevalence of *Helicobacter pylori* in secondary immunocompromised children. *J Am Sci.* 2011;7(9):592–595.
25. Zajackowska M, Durakiewicz T, Papierkowski A. The assessment of *Helicobacter pylori* eradication with the urea breathing test (13C UBT) *Pol Merkur Lek organ Pol Tow Lek.* 2000;8(46):230–232.
26. Tunruttanakul, S., & Wairangkool, J. (2018). Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection in Patients with Perforated Peptic Ulcer in a Tertiary Hospital in Thailand: A Single Tertiary Hospital Study. *Siriraj Medical Journal*, 70(2), 139–144.
27. ถาวรผาด ว. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น. *Reg 4-5 Med J [อินเทอร์เน็ต].* 30 มิถุนายน 2024 [อ้างถึง 16 มิถุนายน 2025];43(2):265-7.