

5-1-1998

The biopsychosocial aspects of peptic ulcers

S. Sinthamrongkul

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Sinthamrongkul, S. (1998) "The biopsychosocial aspects of peptic ulcers," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 42: Iss. 5, Article 5.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol42/iss5/5>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

มุมมองด้านจิตสังคมของโรคแผลเปปติก

ศิริลักษณ์ สินธำรงกุล*

**Sinthamrongkul S. The biopsychosocial aspects of peptic ulcers. Chula Med J 1998
May; 42(5): 373-83**

Concepts of the etiology and treatment of peptic ulcer disease have changed in the past few years. This condition is now recognized as being most often due to chronic infection with Helicobacter pylori. However, there remains little doubt that peptic ulcer is a psychosomatic disorder. This article reviews biopsychosocial factors affecting peptic ulcers such as specific psychological process, less specific theories about chronic anxiety and the variety of risk factors. The more contemporary approach focusing on life stress and personality variables has therapeutic implications, particularly for those patients who relapse after drug treatment, and in whom chronic life stress or an anxious personality diathesis predispose them to recurrence of peptic ulcers. Some psychological treatments or various stress management techniques may be beneficial in this group.

Key words : Peptic ulcer, Biopsychosocial factors, Therapeutic implication.

Reprint request : Sinthamrongkul S, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. March 15, 1998.

โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ หรือแผลเปปติก (Peptic ulcer) เป็นโรคที่พบได้บ่อย แม้ว่าแนวคิดหลักบางอย่างเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาจะมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเช่นให้ความสำคัญเกี่ยวกับการติดเชื้อเรื้อรังของแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* และมีกลุ่มยาหลายชนิดให้เลือกใช้ในการรักษา อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งยังคงมีอาการเรื้อรังหรือแผลกลับเป็นซ้ำบ่อย ดังนั้น คงมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อโรคนี้ สิ่งหนึ่งที่นำพาพิจารณา คือ โรคนี้เป็นหนึ่งในต้นแบบฉบับของ Psychosomatic disorder หรือมีชื่อเรียกในปัจจุบันว่า Psychological factor affecting medical condition

แผลเปปติก หมายถึง แผลของเย็บในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) และลำไส้ (duodenal ulcer) แผลอาจเป็นเฉียบพลันหรือเรื้อรัง, เดี่ยวหรือหลายแผล ความชุกและรูปแบบของแผลเปปติกแตกต่างกันในประเทศต่างๆ แผลในกระเพาะพบมากกว่าแผลในลำไส้ ในประเทศญี่ปุ่น ในขณะที่ กลับกัน ในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ อุบัติการณ์ของแผลเปปติกในสหรัฐอเมริกาพบประมาณ 12% ของผู้ชาย และ 6% ของผู้หญิง⁽²⁾ นอกจากนี้รูปแบบยังเปลี่ยนไปตามกาลเวลาเช่น แต่ก่อนมักพบมากในผู้ที่มีเศรษฐกิจทางสังคมสูง มีตำแหน่งหน้าที่การงานสำคัญ มีความรับผิดชอบสูง แต่ปัจจุบันพบความชุกมากขึ้นในกลุ่มชนชั้นเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ

สาเหตุ

พยาธิกำเนิดของจุดเริ่มต้นและการคงอยู่ของการบาดเจ็บของเย็บกระเพาะอาหารและลำไส้เกิดจากหลายปัจจัยดังตาราง 1 ผลของความไม่สมดุลของปัจจัยปกป้องและปัจจัยทำลาย นำไปสู่การเกิดแผล^(1,3) วิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่วนใหญ่ผ่านทาง adrenergic hypothalamic-vagal pathway ซึ่งมีการกระตุ้น alpha-adrenergic ไปยังกระเพาะอาหาร เมื่อระดับการกระตุ้นน้อยจะมีการหลั่ง 5-HT ซึ่งกระตุ้นการสร้างกรด

ในกระเพาะอาหาร เมื่อมีการกระตุ้นมากขึ้น จะมีผลโดยตรงต่อการหดตัวของหลอดเลือดในเย็บ และชั้นใต้เย็บ (ซึ่งอาจลดผลด้านการปกป้องเย็บกระเพาะอาหาร) แต่ในขณะเดียวกันอาจลดการสร้างกรดและทำให้เกิดการย้อนกลับของสารในลำไส้เล็กเข้าสู่กระเพาะอาหาร⁽⁴⁾ หรือทำให้การว่างของกระเพาะอาหารช้าลง (delayed gastric emptying) ส่งผลให้มีกรดอยู่ในกระเพาะอาหารมากและนาน วิธีทางดังกล่าวนี้ถูกควบคุมโดยไฮโปทาลามัสส่วนบนและข้าง (dorsal and lateral parts of the hypothalamus) โดยได้รับอิทธิพลจาก limbic system ซึ่งได้รับอิทธิพลต่อมาจากการกระตุ้นทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สามารถทำให้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงเส้นเลือด การเคลื่อนไหว และการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารได้ ดังนั้น สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้มีการกระตุ้นทางจิตใจอยู่นานมีผลต่อการสร้างกรดมากขึ้น และมีการระคายเคืองกระเพาะอาหารจนเป็นแผลและอาจเลือดออกได้⁽⁵⁾ Engel พบว่าทั้งการกระตุ้นอารมณ์พึงพอใจ และไม่พึงพอใจทำให้มีการสร้างกรดมากขึ้นในทารกอายุ 15 เดือน⁽⁶⁾ ส่วนอารมณ์อื่นๆ เช่น โกรธ รุ้สึกไม่มั่นคงก็มีผลเพิ่มการหลั่งกรดเช่นกัน⁽⁷⁾

ปัจจัยทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ได้ โดยทางแรกคือ มีผลต่อการตอบสนองทางพฤติกรรม เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้ยาแก้ปวดแอสไพริน เป็นต้น ทางที่สองคือ มีผลโดยตรงต่อกลไกทางระบบประสาทและฮอร์โมน (ไฮโปทาลามัสและระบบประสาทอัตโนมัติ) บทบาทของปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อความโน้มเอียง จุดเริ่มต้น การคงอยู่ หรือการกำเริบ กลับเป็นซ้ำของโรคแผลเปปติก อธิบายจากแนวคิดทฤษฎีหรือผลการศึกษา^(8,9) ที่สำคัญ ได้แก่

ทฤษฎีที่จำเพาะ (Specific theory)

Franz Alexander⁽¹⁰⁾ ได้ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยแผลเปปติกรู้สึกทุกข์ทรมานเรื้อรังเกี่ยวกับความขัดแย้ง

Table 1. Some factors affecting mucosal integrity.

Protective factors

Anatomic and physiological

- Mucus (maintains acid away from cell membrane)
- HCO₃ (buffers acid both in mucus in stomach and duodenum)
- H⁺ exchange
- Membrane potential
- Prostaglandin E₂
- Blood flow
- Cell regeneration

Exogenous

- H⁺ suppression with H₂ blockers, omeprazole, antacids
- Maintenance of metabolic support during physiological assaults

Injurious factors

Anatomic and physiological

- H⁺ back-diffusion
- Proteinases (pepsins and cathepsins)
- Presence of bile salts in stomach
- Decreased blood flow
- Genetic predisposition to hypersecretion (Zollinger-Ellison syndrome, antral G-cell hyperplasia), elevated pepsinogen levels

Exogenous

- Stressful experience
- Cigarette smoking
- Alcohol

Factors decreasing protection

Anatomical and physiological

- Inhibited motor function with bile reflux
- Deficient pancreatic secretion

Exogenous

- Helicobacter pylori infection
 - Nonsteroidal anti-inflammatory agents (NSAIDs)
 - Salicylates
-

ระหว่างการพึ่งพิง (dependency) และการเป็นอิสระไม่
ต้องพึ่งพิง (independency) กล่าวคือ มีความต้องการ
ความรักและการเอาใจใส่ดูแลจากผู้อื่น แต่พยายามกด
เก็บไม่แสดงออก เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึก
โกรธไม่พอใจ หรือพยายามต่อต้านและลบเลือนความ
ต้องการนี้เนื่องจากรู้สึกผิดและละอาย ผู้ป่วยจึงใช้กลไก
ทางจิตแบบเก็บกดและทำในสิ่งตรงกันข้าม (reaction
formation) ซึ่งแสดงออกโดยมีความทะเยอทะยานสูง
มั่นใจในตนเอง แสดงความก้าวร้าวแบบแข่งขัน เมื่อ
ความรู้สึกขัดแย้งนี้ถูกกระตุ้นในเวลาต่อมา ความต้อง
การเหล่านี้ในจิตไร้สำนึกถูกแสดงออกในรูปความหิว
กระหายและความโกรธ ซึ่งมีผลต่อระบบประสาท
อัตโนมัติพาราซิมพาเทติกผ่านทางเส้นประสาทเวกัส
ทำให้มีการหลั่งน้ำย่อยและกรดในกระเพาะอาหารมาก
ขึ้น กระเพาะอาหารมีการบีบตัวและเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น
ประกอบกับความแปรปรวนของเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร
ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ได้

Weiner และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่เกิดแผล
ในลำไส้ มีระดับพื้นฐานของการผลิตเปปซินในเจนนสูง
และมีลักษณะบุคลิกภาพที่โน้มเอียงต่อการเกิดโรคแผล
เปปติคเช่นที่กล่าวโดย Alexander คือเป็นแบบพึ่งพิง
และมักเกิดในช่วงที่เครียดมากกว่าผู้ที่มีการผลิตเปปซิ
โนเจนปกติหรือต่ำ ระดับของการผลิตเปปซินเจนนอาจ
ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมและอาจถ่ายทอดแบบ
autosomal recessive การวิจัยเมื่อไม่นานนี้พบว่ามีหลาย
ชนิดของเปปซินเจนน แต่ยังไม่ทราบกระจ่างชัดว่าชนิด
ใดซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแผลเปปติค

ทฤษฎีที่ไม่จำเพาะและแนวคิดต่าง ๆ

Mahl และ Karper⁽¹²⁾ พบว่า ขณะที่มีความวิตก
กังวลสูงเกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร
มากขึ้น แต่ถ้ามีการแสดงออกทางคำพูดเกี่ยวกับความ
ต้องการพึ่งพิงหรือความคับข้องใจสัมพันธ์กับการสร้าง
น้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง

การศึกษาหลายแห่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยแผล

ในลำไส้มีลักษณะหรืออาการของความวิตกกังวล⁽¹³⁾
ดังเคย^(14, 15) ความไม่มั่นคง⁽¹⁴⁾ หรืออาการทางโรค
ประสาท (neurasthenia⁽¹⁶⁾, neuroticism^(17, 18)) สูงกว่ากลุ่ม
ควบคุม ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะตอบสนองมากต่อสิ่ง
กระตุ้นทางอารมณ์ ปัจจัยทางจิตใจ 3 ประการ ที่มีความ
สัมพันธ์ทางบวกกับระดับพื้นฐานของซีรัมแกสตริน
ได้แก่ การไม่ต้องพึ่งพา, ความต้องการความก้าวหน้า
บรรลุผลสำเร็จ (achievement orientation) และการชอบ
แสดงออก (expressiveness)⁽¹⁹⁾

มีรายงานเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยแผลใน
ลำไส้ พบว่ามีลักษณะก้าวร้าว ทะเยอทะยาน เข้มแข็ง
มีชีวิตที่กระตือรือร้น ซึ่ง Dunbar⁽²⁰⁾ เห็นว่าคล้ายกับรูป
แบบบุคลิกภาพชนิด A แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนโดย
ผลงานของผู้อื่น เช่น Langeluddecke และคณะ⁽²¹⁾ และ
บางท่านเห็นว่าผู้ป่วยมีลักษณะพึ่งพายอมตามผู้อื่น^(13, 22)
อย่างไรก็ตามการพึ่งพา ถูกมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญใน
การเกิดโรคแผลเปปติคซึ่งอาจแสดงออกโดยตรงหรือ
โดยบางรูปของกลไกป้องกันทางจิตแบบตรงกันข้าม
(reaction formation)^(10, 13) นอกจากนี้บุคลิกภาพที่มี
ลักษณะไม่ค่อยเป็นมิตร หงุดหงิดง่าย อ่อนไหว และ
ความสามารถในการปรับตัวบกพร่อง มีความสัมพันธ์
อย่างมีนัยสำคัญกับระดับซีรัมเปปซินเจนนในผู้ป่วยโรค
แผลเปปติค และ Feldman และคณะ⁽²²⁾ พบว่า การคิด
หมกมุ่นว่าตนเองป่วยเป็นโรค (hypochondriasis),
การรับรู้เหตุการณ์ชีวิตในแง่ลบ, การพึ่งพา และ ego
strength ที่ต่ำ เป็นตัวแปรสี่ประการซึ่งแยกผู้ป่วยโรค
แผลเปปติคจากกลุ่มควบคุม⁽²³⁾

การศึกษาโดยใช้แบบทดสอบทางบุคลิกภาพ
สามารถจำแนกผู้ป่วยแผลในลำไส้ได้เป็น 3 กลุ่มย่อย คือ

1. วิตกกังวลและพึ่งพา
2. วิตกกังวลและอาการทางประสาท
(neurotic)
3. บุคลิกภาพแบบสมดุลหรือปกติ

โดยทั้ง 3 กลุ่มนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญเกี่ยวกับอายุ เพศ ระยะเวลาป่วย ระดับซีรัม

เปปซิโนเจน หรือจำนวนบูทรีที่สูบต่อวัน⁽¹⁸⁾

Nemiah⁽²⁴⁾ เสนอว่าการไม่สามารถแสดงออกของอารมณ์ทางคำพูด (alexithymia) และชีวิตที่ขาดจินตนาการจะทำให้พลังงานทางจิตใจนี้ถูกปล่อยออกมาผ่านทางระบบร่างกาย ซึ่งอาจโดยการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติหรือต่อมไร้ท่อ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคไซโคโซมาติก บางท่านพบหลักฐานว่า alexithymia อาจพบในผู้ป่วยแผลในลำไส้⁽²⁵⁾ แต่บางท่านไม่พบความแตกต่างในการเก็บกดไม่ว่าความโกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า ในผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม⁽²⁶⁾ การศึกษาเกี่ยวกับการสะกดจิตพบว่า ถ้าชักนำให้เกิดความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า เกี่ยวข้องกับการหลังกรดน้อยลง^(26, 27) อย่างไรก็ตามความกลัวเกี่ยวข้องกับอัตราการหลังกรดสูงสุด⁽²⁸⁾ กล่าวคือ การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเกิดเองหรือโดยการสะกดจิตสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการหลังกรดได้

ในแง่ประสบการณ์ในวัยเด็กของผู้ป่วยแผลเปปติก พบว่าอาจเกี่ยวข้องกับความแตกแยกในครอบครัว⁽²⁹⁾ และการสูญเสียมารดา^(30, 31)

เหตุการณ์ในชีวิตหรือความยุ่งยากที่พบว่าเกี่ยวข้องกับจุดเริ่มต้นของโรคแผลในลำไส้ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เรื้อรัง ซึ่งมีอยู่ยาวนานเกิน 6 เดือน ความเครียดเรื้อรังจากงาน⁽³²⁾ การขาดความช่วยเหลือหรือการประคับประคองทางสังคมหรือในชีวิตสมรส เช่น แยกกันอยู่หม้าย หรือหย่า⁽³³⁾ และปัญหาหรือความยุ่งยากเนื่องจากความคับข้องใจเกี่ยวกับเป้าหมายชีวิตมีผลมากกว่าปัญหาที่คุกคาม⁽³⁴⁾ ส่วนความเครียดแบบเฉียบพลันอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ชั่วคราวในชีวิตไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับจุดเริ่มต้นของโรคแผลในลำไส้⁽³³⁾ จึงเชื่อว่าการเครียดที่มีระยะเวลาสั้นพอกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างเรื้อรังในระบบทางเดินอาหาร

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบอัตราความชุกของการป่วยทางจิตเวชบางโรคสูงกว่าทั่วไปในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ทั่วไปได้ วยเรื่องอาการของระบบทางเดินอาหาร และโรคแผลเปปติก เช่น โรคซึมเศร้า,

โรคตกใจกลัว (panic disorder) หรือโรคกลัว (agoraphobia)^(35, 36) และบางการศึกษาพบความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย และสัมพันธ์กับความรุนแรงของแผล⁽¹⁹⁾ แต่บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์นี้⁽²⁵⁾

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรคขึ้นกับ

1. โครงสร้างทางบุคลิกภาพ และปมขัดแย้งในจิตไร้สำนึก^(37, 38)
2. ความหมายและความสำคัญของอวัยวะที่ถูกกระทบหรือชนิดโรคที่มีต่อผู้ป่วย
3. ความรุนแรงและธรรมชาติของอวัยวะหรือโรคนั้นในแง่ปมขัดแย้งในจิตไร้สำนึก
4. ผลด้านจิตพลวัต (psychodynamic effect) ของความเชื่อนั้นเกี่ยวกับสาเหตุของโรค⁽³⁹⁾
5. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม⁽⁴⁰⁾ และการศึกษา⁽⁴¹⁾
6. สภาวะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในปัจจุบันของผู้ป่วย
7. ขอบเขตปัญหาที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่และผลที่ตามมาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย
8. ประสบการณ์ที่เคยมีต่อโรค
9. สภาวะการรับรู้และความสามารถด้านการทำงานของสมองของผู้ป่วย
10. ระดับการยอมรับของผู้ป่วยในแง่บทบาทการป่วย⁽⁴²⁾
11. ความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย

แนวคิดปัจจุบันเชื่อว่า⁽⁴³⁾ มีปัจจัยที่สำคัญ 3 อย่างในการก่อให้เกิดโรคแผลเปปติก แนวคิดนี้สอดคล้องกับรูปแบบทางจิตสังคมของโรค (biopsychosocial model) ตามทฤษฎีของ Engel⁽⁴⁴⁾ ปัจจัยทั้งสามดังกล่าวได้แก่

1. ปัจจัยทางร่างกาย โดยเฉพาะความโน้มเอียงทางพันธุกรรม พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลเปปติกมีระดับ

พลาสมาเปปซิโนเจน การหลั่งกรดและเปปซินสูงกว่าในคนปกติ และเชื่อว่าเป็นอิทธิพลของพันธุกรรม^(45,46) ความต้านทานของเชื้อเมื่อกระทบเพาะอาหารมักลดลง อาจมีประวัติการป่วยเป็นโรคนี้อีกในรอบครัว ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้อีกเพิ่มขึ้น พบได้บ่อยในพวกที่มีกลุ่มเลือด 0 ในระยะหลังให้ความสำคัญของการติดเชื้อ H. pylori แต่คงไม่ใช่ปัจจัยเดียวในการเกิดแผลเปปติกเนื่องจากคนจำนวนมากตรวจพบเชื้อนี้ได้โดยไม่มีแผล หรือพบเพียงการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหาร โดยไม่ถึงกับเป็นแผล⁽⁴⁷⁾

2. ปัจจัยทางจิตใจ ความขัดแย้งภายในจิตใจทำให้มีการตรึงแน่น และการถดถอยที่ระยะปาก (oral fixation and regression) ผู้ป่วยส่วนมากมีบุคลิกภาพแบบระยะปาก (oral character) คือ ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันทางอารมณ์ มีลักษณะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรค

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยว่าโรคแผลเปปติกในผู้ป่วยรายใดมีความผิดปกติแบบ Psychological factor affecting medical condition ร่วมด้วย อาศัยเกณฑ์วินิจฉัยตาม A DSM-IV⁽⁴⁸⁾ คือ

ก. พบภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (ในที่นี้คือโรคแผลเปปติก)

ข. ปัจจัยทางจิตใจส่งผลเสียต่อภาวะความเจ็บป่วยทางกายโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ต่อไปนี้

1. มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรค ซึ่งเห็นจากมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตใจกับการเกิด การกำเริบ หรือการหายซ้ำของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (ในที่นี้คือโรคแผลเปปติก)
2. ส่งผลต่อการรักษาของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

3. มีส่วนให้เสี่ยงต่อโรคสูงขึ้น
4. มีผลทางสรีระจากปัจจัยทางจิตใจที่กระตุ้นหรือทำให้อาการของภาวะความเจ็บป่วยทางกายกำเริบ

ชนิดของปัจจัยทางจิตใจที่มีผล อาจระบุได้ว่าเป็น

- ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า
- อาการทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลทำให้โรคแผลเปปติกกำเริบ
- ลักษณะบุคลิกภาพหรือรูปแบบการปรับตัว เช่น การต้องพึ่งพาผู้อื่น
- พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่
- การตอบสนองทางสรีรวิทยาที่สัมพันธ์กับความเครียดเช่น ความเครียดทำให้โรคแผลเปปติกกำเริบ
- ปัจจัยทางจิตใจอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การรักษา

เป้าหมายในการรักษา ได้แก่ กำจัดหรือลดอาการ, ช่วยในการหายของแผล, ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดใหม่ของแผล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น บุหรี่ แต่โดยทั่วไปในปัจจุบันสำหรับโรคแผลเปปติก ไม่มีคำแนะนำห้ามโดยเฉพาะเกี่ยวกับอาหาร เว้นแต่ผู้ป่วยรายนั้น ๆ มีอาหารจำเพาะที่ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ส่วนเครื่องดื่มที่มีอัลกอฮอล์ก็เช่นกัน อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพทั่วไปก็มีความสำคัญ⁽⁴⁹⁾

การรักษาทางยา ปัจจุบันมียาให้เลือกใช้หลายกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ ดังตาราง 2 รวมถึงการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อ H. pylori ระยะเวลาที่เหมาะสมของแต่ละรูปแบบการรักษายังคงบอกได้ยาก ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งรับประทานยาสม่ำเสมอไม่จำเป็นต้องใช้การรักษา

ทางจิตใจมากนัก อย่างไรก็ตามแพทย์ควรช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ในวิถีชีวิตที่อาจก่อให้เกิดความเครียด และแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สิ่งที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และความเห็นอกเห็นใจ

ด้านต่าง ๆ วิธีการทำโดย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกในใจ ปัญหาชีวิต ความเครียดต่างๆ โดยแพทย์อาจช่วยแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา ให้ความมั่นใจ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม

Table 2. Pharmacological treatment of peptic ulcer disease.

Agent	Action
Antacids	Reduce intraluminal acid
H ₂ blockers (cimetidine, ranitidine)	Reduce acid secretion
Proton pump inhibitor (omeprazole)	Reduce acid secretion
Prostaglandin (E series)	Reduce acid secretion, increase mucosal defense
Anticholinergic (selective M1)	Reduce acid secretion
Sucralfate	Prevent autodigestion, increase mucosal defense
Colloidal bismuth subcitrate	Prevent autodigestion, increase mucosal defense, eradicate <i>Helicobacter pylori</i>
Antibiotics	Eradicate <i>H. pylori</i>

การใช้ยาทางจิตเวช มีการศึกษาการใช้ยาด้านซึมเศร้าซึ่งมีผลต่อต้านฮีสตามีน เช่น Doxepin พบว่าช่วยในการหายของแผลเปปติกดีกว่ายาหลอก⁽⁵⁰⁾ แต่ยังไม่มียข้อบ่งชี้ในการใช้ชัดเจน ยกเว้นในรายในที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลเด่นชัด การใช้ยาด้านซึมเศร้าหรือยาคลายกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁵¹⁾

Biofeedback อาจช่วยลดการหลั่งกรดและการบีบตัวของกระเพาะอาหาร⁽⁵²⁾ มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดเนื่องจากแผลและช่วยลดการใช้ยาเคลือบกระเพาะ⁽⁵³⁾

การรักษาทางจิตใจ⁽⁵⁴⁾ ได้แก่

จิตบำบัดแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจด้วยการลดความเครียด

จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ มีเป้าหมายเพื่อพยายามแก้ไขหรือปรับปรุงส่วนที่บกพร่องในด้านจิตใจ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่เป็นต้นเหตุให้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะอาหารแปรปรวนไป วิธีการทำโดย ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกหรือความคับแค้น ถ้าประสบการณ์ชีวิตที่ถูกเก็บสะสมไว้ในใจ ซึ่งบางส่วนระลึกได้ และบางส่วนอยู่ในจิตไร้สำนึกซึ่งไม่รู้ตัว โดยแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเองและรูปแบบความสัมพันธ์ของคนต่อผู้อื่น ตระหนักรู้ถึงข้อขัดแย้งซึ่งอยู่ในจิตไร้สำนึก และการใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะปมขัดแย้งเกี่ยวกับการต้องพึ่งพา ไม่ไว้ใจผู้อื่นหรือไม่เป็นมิตร การแสวงหาสถานการณ์ชีวิตที่มีการแข่งขันและเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งเป็นความพยายามที่จะปฏิเสธความต้องการแบบพึ่งพาที่แฝงอยู่ในใจ จึงทำให้เกิดความเครียด

เรื้อรัง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตเช่นนี้อาจมีความสำคัญ สัมพันธภาพที่ไม่คุกคาม แต่ระดับประคองจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย ทำให้ความวิตกกังวลลดลงเมื่อเผชิญกับความไม่แน่นอน และช่วยให้มีอิสระมากขึ้นที่จะแสดงความคับข้องใจและความไม่พอใจออกมา⁽⁴³⁾

จิตบำบัดกลุ่ม⁽⁵⁵⁾ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของโรค และความสัมพันธ์กับความเครียดโดยให้กลุ่มผู้ป่วยอภิปรายความเครียดและปัญหายุ่งยากในชีวิต

การให้คำปรึกษาครอบครัว⁽⁵⁶⁾ เพื่อให้ความสนใจต่อสุขภาพ ไม่ใช่สนใจการเจ็บป่วย พฤติกรรมหลายอย่างของผู้ป่วยเกิดขึ้นหรือคงอยู่เนื่องจากได้รับแรงเสริม การที่ครอบครัวดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากเกินไป ในขณะที่เจ็บป่วยเท่ากับเป็นการให้แรงเสริม ทำให้อาการนั้นเกิดขึ้นเรื่อยๆ ไม่สิ้นสุด ครอบครัวให้การดูแลตามที่ควร โดยไม่ต้องแสดงความตกใจหรือหวงกังวล แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยหายจากอาการเหล่านี้หรือพยายามทำตัวให้แข็งแรงขึ้น ควรให้ความสนใจผู้ป่วยทันที ด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ว่าเมื่อตนแข็งแรง ครอบครัวจะให้ความสนใจและมีปฏิสัมพันธ์ในทางบวกกับตน พฤติกรรมแห่งสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามแรงเสริม ในขณะที่พฤติกรรมแห่งการเจ็บป่วย จะลดลง

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความแข็งแกร่ง เพิ่มประสิทธิภาพ ความสามารถในการปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ เช่นส่งเสริมความสามารถด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยถนัด เพื่อสร้างความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองความรู้สึกลี้ภัยจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในอารมณ์มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อาการทางกายดีขึ้นด้วย

วิธีการจัดการกับความเครียด (Stress management training) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบทางเดินอาหาร กลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดมีดังนี้คือ⁽⁵⁷⁾

- 1. การเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

เช่น รับประทานอาหารที่มีคุณค่า, ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ, นอนหลับให้เพียงพอ, หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เครียด โดยปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม เปลี่ยนแปลงบรรยากาศชั่วคราว, ปรับปรุงการทำงาน, ให้ความสำคัญกับที่อยู่อาศัย

3. การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ เช่น มองโลกในหลาย ๆ แง่มุม มีอารมณ์ขัน ให้อภัย ไม่ทำอะไร

4. การฝึกผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น การใช้เทคนิคความเจ็บ การใช้จินตนาการ การทำงานศิลปะ การใช้เสียงเพลง การใช้เทพเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง เป็นต้น

แม้ว่ายังไม่มีการศึกษาที่สรุปได้แน่ชัดถึงผลของจิตบำบัดต่อการดำเนินโรค Don Lipsitt เห็นว่าจิตบำบัดมีประโยชน์ต่อการปรับตัวทางสังคม และช่วยลดอาการของผู้ป่วย การกลับเป็นซ้ำและภาวะแทรกซ้อนเมื่อเข้าร่วมกับการรักษาทางยาเมื่อเทียบกับการให้ยาเพียงอย่างเดียว

สรุป

โรคแผลเปปติค เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลของปัจจัยปกป้องและปัจจัยทำลายที่มีผลต่อกระเพาะอาหาร ในผู้ป่วยแต่ละรายปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของการเกิดแผลอาจไม่เหมือนกัน การมองผู้ป่วยโดยคำนึงถึงปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสังคม มีผลต่อการรักษา กล่าวคือ เป็นการรักษาแบบผสมผสานทั้งทางอายุรกรรมและจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการกำเริบหรือแผลกลับเป็นซ้ำบ่อย

อ้างอิง

1. Garrick TR. Gastrointestinal disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive

- Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
2. Oken D. Gastrointestinal disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.
 3. McGuigan JE. Peptic ulcer and gastritis. In: Isselbacher KJ, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 13th ed. New York: McGraw-Hill 1994.
 4. Salim AS. Stress, the adrenergic hypothalamo vagal pathway, and the etiology of chronic duodenal ulceration. *J Psychosom Res* 1987; 31(2): 231-7
 5. Wolf S. The Stomach. New York: Oxford, 1965.
 6. Engel GL, Reichsman F, Segal HL. A study of an infant with a gastric fistula, behavior and rate of total hydrochloric acid secretion. *Psychosom Med* 15 1956 Sep-Oct; 18 (5): 374-98
 7. Mittelman B, Wolff HG. Emotions and gastroduodenal function: experimental studies on patients with gastritis, duodenitis and peptic ulcer. *Psychosom Med* 1942 Jan; 4 (1): 5-61
 8. Tennant CC, Piper DW. Psychosocial causes of duodenal ulcer. In: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR, eds. Handbook of studies on general hospital psychiatry. New York: Elsevier 1991.
 9. Stoudemire A. Psychological factor affecting medical conditions. Am Psychiatric Press, 1995.
 10. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York, WW Norton, 1987.
 11. Weiner H, Thaler M, Reiser MF. Etiology of duodenal ulcer, I: relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosom Med* 1957 Jan; 19 (1): 1-10.
 12. Mahl GF, Karpe R. Emotions and hydrochloric acid secretion during psychoanalytic hours. *Psychosom Med* 1953; 15 : 312-27
 13. Lyketsos G, Arapakis G, Psaras M, Photiou I, Blackburn IM. Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients. *J Psychosom Res* 1982; 26 (2): 255-62
 14. McIntosh JH, Nasiry RW, Frydman M, Waller SL, Piper DW. The personality pattern of patients with Chronic peptic ulcer. A case-control study. *Scand J Gastroenterol* 1983 Oct; 18 (7): 945-50
 15. Fung LH, Gilligan IJ, Talley NJ, Piper DW. chronic duodenal ulcer, marital status and personality pattern. A case control study. *J Gastroenterol Hepatol* 1986; 1 : 251-6
 16. Magni G, Salmi A, Paterlini A, Merlo A. Psychological distress in duodenal ulcer and acute gastroduodenitis. A controlled study. *Dig Dis Science* 1982 Dec; 27 (12): 1081-4
 17. Kanter VB, Hazelton JE. An Attempt to measure some aspects of personality in young men with duodenal ulcer by means of questionnaires and a projective test. *J Psychosom Res* 1964 Dec; 8 : 297-309
 18. Magni G, Di Mario F, Rizzardo R, Pulin S, Naccarato R. Personality profiles of patients with duodenal ulcer. *Am J Psychiatry* 1986 Oct; 143 (10): 1297-1300

19. Wolcott DL, Wellisch DK, Robertson CR, Arthur RJ. Serum gastrin and the family environment in duodenal ulcer disease. *Psychosom Med* 1981 Dec; 43 (6): 501-7
20. Dunbar F. *Emotions and Bodily Change*. 3rd ed. New York: Columbia University Press, 1947.
21. Langeluddecke PM, Goulston KJ, Tennant CC. Type A behavior and other psychological traits in peptic ulcer patient : a controlled study. *J Psychosom Res* 1987 ; 31 (3): 335-40
22. Feldman M, Walker P, Green JL, Weingarden K. Life events stress and psychological factors in men with peptic ulcer disease. A multidimensional case-controlled study. *Gastroenterology* 1986 Dec; 91(6): 1370-9
23. Walker P, Luther J, Samloff IM, Feldman M. Life events stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. II : Relationships with serum pepsinogen concentrations and behavioral risk factors. *Gastroenterology* 1988 Feb; 94 (2): 323-30
24. Nemiah JC. Alexithymia theoretical considerations. *Psychother Psychosoma* 1977; 28 (1-4): 199-206
25. Tennant C, Goulston K, Dent O. Clinical psychiatric illness in prisoners of war of the Japanese: forty years after release. *Psychol Med* 1986 Nov; 16 (4): 833-9
26. Talley NJ, Ellard K, Jones M, Tennant C, Piper DW. Suppression of emotions in essential dyspepsia and chronic duodenal ulcer. A case control study. *Scand J Gastroenterol* 1988 Apr; 23(3): 337-40
27. Kehoe M, Ironside W. Studies on the experimental evocation of depressive responses using hypnosis. II. The influence of depressive responses upon the secretion of gastric acid. *Psychosom Med* 1963 Sep-Oct; 25 (5): 403-19
28. Eichhorn R, Tracktir J. The effect of hypnosis upon gastric secretion. *Gastroenterology* 1955 Sep; 29 (3): 417-21
29. Sjodin I. Psychotherapy in peptic ulcer disease. A controlled outcome study. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 1983 ; 307 : 1-90
30. Monson RR. Familial factors in peptic ulcer. Am J II. Family structure in duodenal ulcer. *Epidemiol* 1970 May; 91 (5): 460-6
31. Polednak AP. Some early characteristics of peptic ulcer decedents. *Gastroenterology* 1974 Dec; 67 (6): 1094-100
32. Cobb S, Rose RM. Hypertension, peptic ulcer, and diabetes in air traffic controllers. *JAMA* 1973 Apr 23; 224 (4): 489-92
33. Gilligan I, Fung L, Piper DW, Tennant C. Life event stress and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study. *J Psychosom Re* 1987; 31(1): 117-23
34. Ellard K, Beaurepaire J, Jone M, Piper D, Tennant C. Acute and chronic stress in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology* 1990 Dec; 99 (6): 1628-32
35. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy Bryne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Am J Med* 1992 (1A): 26s-30s.
36. Rigier DA, Myers JK, Kramer M, Robing LM, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Historical context, major bojectives,

- and study populations characteristics. Arch Gen Psychiatry 1984 Oct; 41 (10): 934-41
37. Beres D, Brenner C. Mental reactions in patients with neurological disease. Psychoanal Quart 1950 Apr; 19 :170-91
38. Kahana RJ, Bibring GL. Personality types in medical management. In: Zinberg EN, eds. Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital. New York: International University Press, 1964.
39. Bard M, Dyk RB. Psychodynamic significance of beliefs regarding the cause of serious illness. Psychoanal Rev 1956 Apr; 43 :146-62
40. Saunders L. Cultural Differences and Medical Care. New York: Russell Sage Foundation, 1954.
41. Mabry JH: Lay concepts of etiology. J Chronic Dis 1964 Apr; 17 (4): 371-86
42. Mechanic D: The concept of illness behavior. J Chron Dis 1962 Feb; 15 (2): 189-94
43. จำลอง ดิษขวิช. โรคทางกายสาเหตุจากจิตใจ. ใน: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
44. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977 Apr 8; 196 (4286): 129-36
45. Mirsky IA. Physiologic, psychologic and social determinants in the etiology of duodenal ulcer. Am J Dig Dis 1958 Apr; 3 (4): 285-314
46. Williford DJ, Ormsbee HS 3d, Norman W, Harmon JW, Garvey TQ 3d, DiMicco JA, Gillis RA. Hind-bran GABA receptors influence parasympathetic outflow to the stomach. Science 1982 Oct 9; 214 (4517): 193-4
47. Walsh JH. Peterson WL. Treatment of H. pylori infection in peptic ulcer. Med Digest Special Issue. Sept 1996: 38-44
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Press. 1994.
49. Howden CW. Gastric and Duodenal ulcers. In: Friedman G, eds. Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher S. 1997
50. Thompson TL. Psychosomatic Disorder. In: eds. Textbook of Psychiatry. Edited by Talbot JA, Hales RE, Yudofsky SC. Washington DC. American Psychiatric Press, 1988.
51. สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติกร แก้วคนีกรังษี. คู่มือจิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536: 126-31
52. Whitehead WE, Renault PF. Goldiamond I. Modification of human gastric acid secretion with operant conditioning procedure. J Appl Behav Anal 1975; 8: 147-152
53. Brooks GR, Richardson FC. Emotional skill training : a treatment program for duodenal ulcer. Behav Res Ther 1980 : 11; 198-207.
54. Stoudemire A, Epstein SA, Wise TN, Goldberg RL. Gastroenterology. In: Fogel BS. Psychiatric care of the Medical Patient. New York, Oxford. Oxford University Press 1993
55. Chappell NM, Stefano JJ, Rogerson JS. The Value of group psychological procedures in the treatment of peptic ulcer. Am J Dig Dis 3: 813-817
56. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. การเจ็บป่วยทางกายอันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด, 2540.
57. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.