

เทคนิคการผ่าตัดแบบใหม่ เปรียบเทียบกับเทคนิคของ Longo A ในการผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร*

ปริญญา สันติชาติงาม พ.บ.**

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร (circular stapler) เริ่มมีการศึกษาครั้งแรกโดย Longo A ในปี พ.ศ. 2536 และเริ่มในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 การใช้เทคนิคของ Longo A มีข้อจำกัดในกรณีที่มีผู้ป่วยมีร่องก้น (gluteal groove) ลึก แคบกว่า 90 องศา

วัตถุประสงค์: ต้องการเปรียบเทียบระยะเวลาของการผ่าตัด stapled hemorrhoidectomy ด้วยเทคนิคใหม่ เปรียบเทียบกับเทคนิคของ Longo A

ผู้ป่วยและวิธีการ: ผู้ป่วยริดสีดวงทวารที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหารajahนครราชสีมา ด้วยเทคนิคใหม่ โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารร่วมกับการฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก จำนวน 41 ราย เปรียบเทียบกับการผ่าตัด ด้วยเทคนิคของ Longo A จำนวน 48 ราย สถิติสำหรับข้อมูล descriptive ใช้ mean, SD, percent, และ 95% CI ข้อมูล continuous ใช้ unpaired t-test (two tails)

ผลการศึกษา: พบความแตกต่างทางสถิติในระยะเวลาการผ่าตัด (10 เปรียบเทียบกับ 16 นาที, $p < 0.0001$)

สรุป: ผู้ป่วยริดสีดวงทวารที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยเทคนิคใหม่โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารร่วมกับการฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาการผ่าตัดสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก สามารถผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้ ถือเป็นทางเลือกใหม่ในการผ่าตัด

*รางวัลนิตยสารจากสำนักงานสาธารณสุขเขต 5 และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2544

**กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหารajahนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

ABSTRACT: The New Surgical Technique Compared to Longo's Technique in Stapled Hemorrhoidectomy

Prinya Santichatngam, M.D.

Department of Surgery, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2002;26:29-39.

Introduction: Hemorrhoid is a common disease. Longo A described circular stapled hemorrhoidectomy in 1993.

Objective: To compare the operative time of the new surgical technique for stapled with Longo A hemorrhoidectomy in outpatient under local anesthesia.

Materials and methods: We prospectively studied patients with hemorrhoids, who had undergone the new surgical technique for stapled, and compare the outcomes with Longo A technique. Statistical analysis was performed using mean, %, 95% CI, Chi-square analysis with Yates correction or Fisher's exact test as appropriate, unpaired t-test (two tails).

Results: The operative time used by the new surgical technique for stapled technique was less than time used by Longo A (10 vs 16 minutes) ($p < 0.001$).

Conclusion: Stapled hemorrhoidectomy under local anesthesia by the new surgical technique required less time than by Longo A. This technique should be the treatment of choice for stapled hemorrhoidectomy.

Key words: Stapled hemorrhoidectomy, new surgical technique

โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยมีอาการทางทวารที่สำคัญคือเลือดออกขณะและหลังถ่ายอุจจาระ และคั่งเนื้อขอบทวาร อาการในระยะแรกมักเป็น ๆ หาย ๆ ไม่รุนแรง อุบัติการณ์ยังไม่ทราบแน่ชัด⁽¹⁾ ในประเทศตะวันตกพบได้ร้อยละ 50 ของประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปี⁽²⁾ ประเทศไทยพบร้อยละ 10 ของประชากรอายุ 20-70 ปี ชายมากกว่าหญิง 3 : 1⁽³⁾ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด⁽²⁾ ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคเช่นกรรมพันธุ์ การที่มนุษย์อยู่ในท่ายืน การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน การตั้งครรภ์ การมีเนื้อออกในอุ้งเชิงกราน ท้องผูกหรือท้องเสียบ่อย ๆ การเพิ่มความดันในช่องท้องหรือแม้กระทั่งการทำงานหนัก ชนิดของริดสีดวงทวารแบ่งได้เป็นชนิดภายใน (internal) และภายนอก (external) แยกกันโดยใช้ dentate line (pectinal

line หรือ anorectal line) ริดสีดวงทวารชนิดภายในแบ่งออกเป็นระยะต่าง ๆ (degree) เพื่อบอกความรุนแรงเป็น 4 ระยะ คือ^(1,4)

ระยะที่ 1 มีเลือดออกโดยไม่มีก้อนเนื้อโผล่ออกมาทางทวาร

ระยะที่ 2 มีก้อนเนื้อโผล่ออกมาขณะเบ่งถ่ายแล้วหดคืนเข้าไปได้เองหลังถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 3 มีก้อนเนื้อปลิ้นออกมา แต่ไม่หดกลับเข้าไปเอง ต้องใช้นิ้วช่วยดันเข้า

ระยะที่ 4 มีก้อนเนื้อโผล่ค้างอยู่ไม่สามารถดันกลับคืนได้

การรักษาโรคริดสีดวงทวารเริ่มตั้งแต่แนะนำและปฏิบัติตัวให้ถูกต้องร่วมกับการรักษาทางยา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการและตรวจพบในระยะที่มากขึ้น ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่งมีหลายวิธีตามระยะและ

ชนิดของริดสีดวงทวารดังนี้

1. ริดสีดวงทวารภายในระยะที่ 1 ในรายที่ไม่มีอาการไม่ต้องรักษา การรักษาทำโดยรับประทานอาหารที่มีกาก การผูกมัดที่หัวริดสีดวงทวาร (rubber band ligation) การฉีดยาที่หัวริดสีดวงทวาร (sclerotherapy) หรือ electrocoagulation

2. ริดสีดวงทวารภายในระยะที่ 2 การรักษาใช้การผูกมัดที่หัวริดสีดวงทวาร หรือ electrocoagulation

3. ริดสีดวงทวารภายในระยะที่ 3 การรักษาใช้การผูกมัดที่หัวริดสีดวงทวาร electrocoagulation หรือการผ่าตัด (hemorrhoidectomy)

4. ริดสีดวงทวารภายในระยะที่ 4 การรักษาใช้การผ่าตัด

5. Thrombosed external hemorrhoids ในกรณีที่ปวดมากใช้การผ่าตัด

6. Perianal skin tags หรือ hypertrophied anal papillae ในกรณีที่มีอาการ รักษาโดยการผ่าตัด การรักษาโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร (circular stapler) เริ่มมีการศึกษาครั้งแรกโดย Longo A⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2536 รายงานในปี พ.ศ. 2541 ด้วยเหตุผลทางทฤษฎีของ Thomson⁽⁶⁾ เชื่อว่า ริดสีดวงทวารเกิดจาก anal cushions และ prolapsed of rectal mucosa การผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ stapler มีข้อดีคือ

- ลดเลือดที่มาเลี้ยงจาก superior hemorrhoidal artery
- มีการตัด redundant rectal mucosa
- ช่วย venous drainage ให้ดีขึ้น
- บริเวณที่บาดแผลอยู่เหนือ dentate line ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความเจ็บปวดน้อย ทำให้มีระยะเวลา กลับมาทำงานสั้นกว่า conventional hemorrhoidectomy

ประเทศไทยเริ่มมีการผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ stapler ในปี พ.ศ. 2543 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์

ต้องการเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัดเทคนิคใหม่ โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารร่วมกับการ ฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบกับ เทคนิคของ Longo A

ผู้ป่วยและวิธีการ

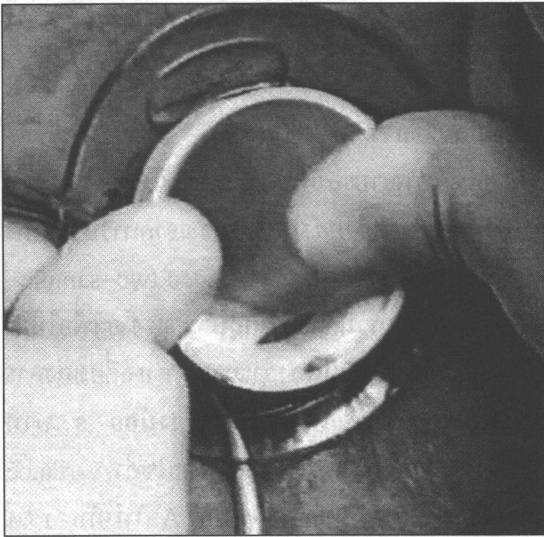
Setting: โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง: จำนวนจากการประชากร สองกลุ่มไม่เกี่ยวข้องกัน (two-sided two-sample-test) ต้องการจำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 39 ราย เพื่อให้ได้ power 90% ที่จะแสดงว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการ ผ่าตัดทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 3 นาที ที่ระดับความเชื่อมั่น $p = 0.005$ โดยใช้ค่า variance ของการผ่าตัดเทคนิคของ Longo A เท่ากับ 16.4 (SD = 4.05)⁽⁷⁾

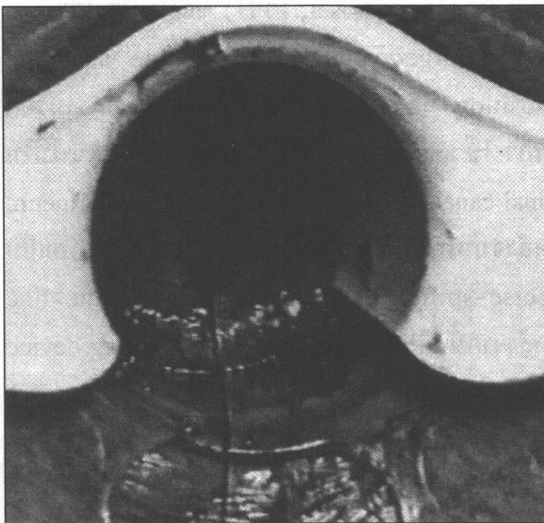
กลุ่มควบคุม (48 ราย) คือกลุ่มผู้ป่วยที่ เข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยใช้ stapler ด้วย เทคนิคของ Longo A⁽⁶⁾ ใช้อุปกรณ์ stapled circular 33-mm stapling device (procedure for prolapse and hemorrhoids set, PPH) ของบริษัท Ethicon Endo-Surgery ผู้ป่วยอยู่ในท่า prone jackknife position วิธีการ aseptic หลังจากระงับความรู้สึก แล้ว ใช้ anal retractor and obturator ใส่เข้าไปใน anal canal เย็บ fix obturator กับบริเวณ perineum หลังจากนั้นจึงใส่ purse-string anoscope เพื่อเย็บ purse-string บริเวณ 4 cm เหนือ dentate line หลังจากนั้นจึงใส่ circular 33-mm stapling device เข้าไปใน anal canal แล้วจึงรัดส่วนที่เย็บ purse-string แล้วทำการตัดต่อหัวริดสีดวง จะได้ anastomosis อยู่เหนือ dentate line ประมาณ 2 cm หลังจากนั้นจึงทำการห้ามเลือด (ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2543 ถึง 31 มีนาคม 2544)

กลุ่มทดลอง (41 ราย) ผ่าตัดด้วยเทคนิคใหม่ โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารร่วมกับการ ฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้คิดขึ้น

เทคนิคของ Longo A

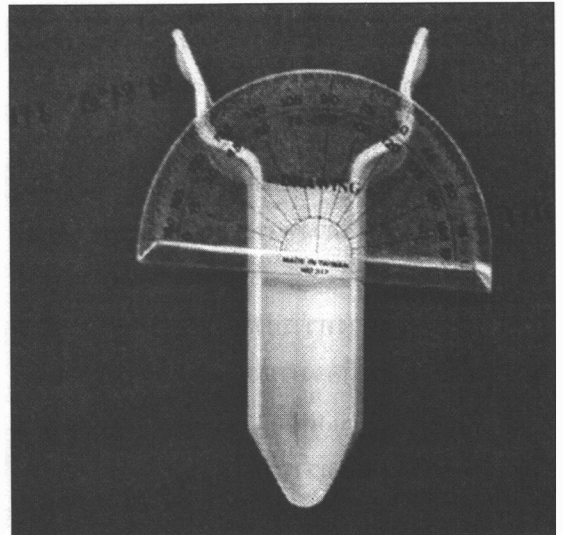


1. ใช้ anal retractor and obturator ใส่เข้าไปใน anal canal (เย็บ fixed กับ perineum) แล้วจึงเอา obturator ออกจาก anal retractor

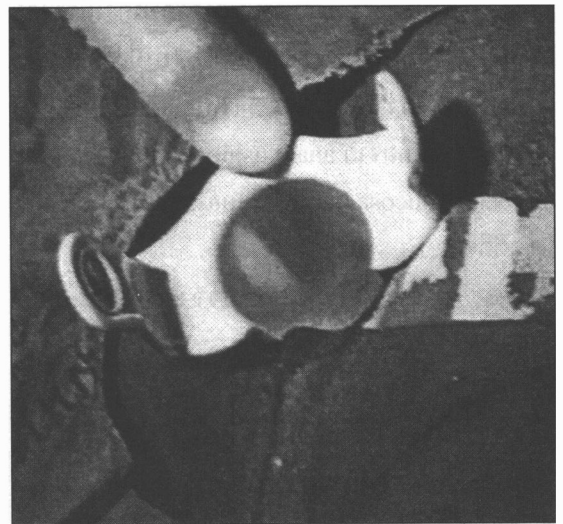


2. หลังจากนั้นจึงใส่ purse string suture anoscope (ผ่านเครื่องมือ anal retractor) เพื่อเย็บ purse-string suture บริเวณ 4 cm เหนือ dentate line

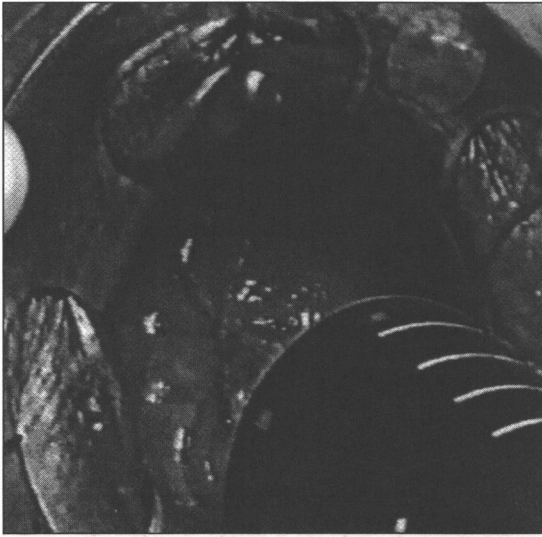
เทคนิคใหม่



1. ใช้มือตัด purse-string suture anoscope ให้ด้านปีก ทั้ง 2 ข้าง งอขึ้นไปเป็นมุมฉาก

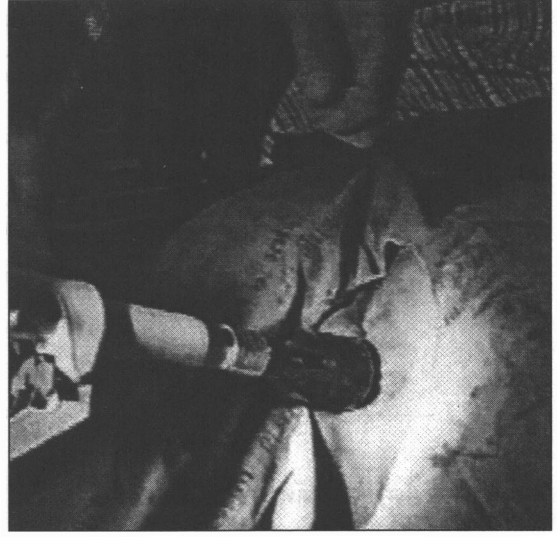


2. หลังจากนั้นจึงใส่ purse-string anoscope (ที่ตัดแล้ว) เพื่อเย็บ purse-string suture บริเวณ 4 cm เหนือ dentate line (ไม่ต้องใช้ anal retractor and obturator)



3. ใส่ circular 33-mm stapling device (ผ่าน anal retractor) เข้าไปใน anal canal แล้วจึงรัดส่วนที่เย็บ purse-string suture แล้วทำการตัดต่อหัวริดสีดวง จะได้ anastomosis อยู่เหนือ dentate line (ในกรณีที่ผู้ป่วยมีร่องก้นลึก จะทำให้ anal retractor ถูกดันออกมา เมื่อใส่ purse-string suture anoscope เพื่อเย็บ purse-string suture ทำให้เย็บได้ต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 4 cm)

4. Anastomosis อยู่เหนือ dentate line ประมาณ 2 cm หลังจากนั้นจึงทำการห้ามเลือดให้เรียบร้อย (ในกรณีที่ผู้ป่วยมีร่องก้นลึก anastomosis มักจะอยู่ต่ำกว่า 2 cm เหนือ dentate line)



3. ใส่ circular 33-mm stapling device เข้าไปใน anal canal แล้วจึงรัดส่วนที่เย็บ purse-string suture แล้วทำการตัดต่อหัว ริดสีดวง (ขณะหมุนหนีบเครื่องมือ ต้องคอยระมัดระวังไม่ให้เนื้อเยื่อจากบริเวณ anal verge เข้าไปใน anvil) จะได้ anastomosis อยู่เหนือ dentate line (ในกรณีที่ผู้ป่วยมีร่องก้นลึก การดึงอบังของ purse-string suture anoscope ทำให้เย็บได้ตำแหน่งที่เหมาะสม 4 cm เหนือ dentate line)

4. Anastomosis อยู่เหนือ dentate line ประมาณ 2 cm หลังจากนั้นจึงทำการห้ามเลือดให้เรียบร้อย

(ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2544 ถึง 17 พฤษภาคม 2544)

(เปรียบเทียบขั้นตอนการผ่าตัดตามภาพ)

ทั้งสองกลุ่มใช้วิธีฉีดยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก

Study population: ผู้ป่วยนอกริดสีดวงทวารที่มารับการรักษาของหน่วยศัลยกรรมทั่วไป

Inclusion criteria:

- 1) อายุตั้งแต่ 15 ปี
- 2) ริดสีดวงทวารชนิดภายนอกหรือ ริดสีดวงทวารชนิดภายใน (ระยะที่ 3 หรือ 4)

Exclusion criteria:

- 1) หญิงตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ วินิจฉัยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือทำ urine

pregnancy test

- 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นโรคตับ ไตวาย หัวใจวาย โรคเลือด โรคมะเร็ง morbid obesity (morbid obesity⁽⁶⁾ คือ $BW > \text{ideal weight} \times 2$ เท่า) โรคทางสมอง ปัญญาอ่อน drug intoxication หรือ ความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 mmHg

- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะ urinary retention จากสาเหตุอื่น เช่น benign prostatic hypertrophy (BPH) และ urethral stricture

- 4) มีประวัติแพ้ยาชา หรือแพ้ยาที่ใช้ในการวิจัยนี้

- 5) มี deep gluteal groove

- 6) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 1 วิธีการประเมิน symptom severity scoring (maximum possible scores = 15)

Symptom severity score	Pain	Pruritis	Prolapse	Bleeding	Soiling	Incontinence to gas
0	None	None	Never	Never	Never	Never
1	Only with stool	Occasionally	With staining	Spotting	Mucous discharge	Occasional
2	Constant	Permanent	Permanent	Dripping into pan	Occasional soiling	No control
3				Without stool	Incontinent	
4				Staining underwear		

การเตรียมผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ผ่าตัดในท่า prone jackknife position วิธีระงับความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดใช้วิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ แบบ submucosal technique^(9,10)

วิธีการ: ภายหลังจากทำ digital examination ด้วย 2% lidocaine jelly ใช้ small proctoscope เพื่อฉีดยาชา 1% lidocaine with 1:100,000 epinephrine 3 ml ที่ 2 mm เหนือ dentate line (ใช้เข็มเบอร์ 25 ยาว 1.5 นิ้ว) ให้ทำ 4 quadrants หลังจากนั้นให้ใช้นิ้วชี้ใส่เข้าไปใน anal canal เพื่อ

นวดยาชาให้ต่ำลงกว่า dentate line จนถึง anal verge จะเกิดการ relaxed ของ anal canal หลังจากนั้นให้ใส่ Hill-Ferguson anal speculum เพื่อฉีดยาชาที่ 2 mm ต่ำกว่า dentate line 2 ml ให้ทำ 4 quadrants ที่ subcutaneous plane หลังจากนั้นจึงฉีดยาชาที่ anal verge และ perianal skin บริเวณที่ผ่าตัด (ใช้เข็มเบอร์ 27 ยาว 1 นิ้ว) ใช้ยาชาทั้งหมด ประมาณ 20-30 ml maximum safety dose⁽¹¹⁾: lidocaine 7 mg/kg (with epinephrine)

การสังการักษาหลังผ่าตัดทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการรักษาเหมือนกันดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มเทคนิคใหม่ เปรียบเทียบกับเทคนิคของ Longo A

	จำนวน	
	เทคนิคใหม่ (41 ราย)	เทคนิคของ Longo A (48 ราย)
ชาย : หญิง (ร้อยละ)	27 : 14 (66 : 34)	36 : 12 (75 : 25)
อายุ (ปี), mean (SD) (95% CI)	46.8 (13.00) (42.82, 50.78)	46.6 (12.60) (43.04, 50.16)
อาชีพ (ร้อยละ)		
- อยู่บ้าน	7 (17.1)	8 (16.7)
- ค้าขาย	5 (12.2)	13 (27.1)
- รับจ้าง	6 (14.6)	10 (20.8)
- เกษตรกร	0	1 (2.1)
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22 (53.7)	14 (29.2)
- พระภิกษุ	1 (2.4)	2 (4.1)

- Regular diet
 - Milk of magnesia 30 ml orally hs
 - Idarac (floctafenine) 200 mg
1 cap qid pc 20 capsules
 - Diclofenac (25 mg)
1 tab tid pc 20 tablets
 - Norfloxacin (400 mg)
1 tab bid pc 10 tablets
 - Paracetamol (500 mg)
1-2 tab prn for pain q 4-6 hr 30 tablets
- (ทั้งสองกลุ่มจะไม่ให้ analgesic drugs แบบ parenteral) แจกใบแนะนำการปฏิบัติตัว และ Sitz baths หลังผ่าตัดวันละ 2 ครั้งหรือหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง
- การเก็บข้อมูล**

บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค symptom severity scoring (ตารางที่ 1)⁽¹²⁾ การ

รักษาที่ได้รับบันทึกจำนวนหัวและแผลผ่าตัดระยะเวลาที่ใช้ทำผ่าตัด (นาที) เริ่มนับจากระยะเวลาที่เริ่มฉีดยาชาจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติค่า p ที่ 0.05 สถิติสำหรับข้อมูล descriptive ใช้ mean (ค่าเฉลี่ย), SD, percent, 95 % CI (ความเชื่อมั่น) ข้อมูล continuous ใช้สถิติ unpaired t-test (two tails)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม อุปกรณ์ stapled เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและความปลอดภัยโดยการรับรองของประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษานี้ได้ขออนุญาตคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย (informed consent)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 3 ลักษณะของโรก่อนผ่าตัดกลุ่มเทคนิคใหม่ เปรียบเทียบกับเทคนิคของ Longo A

	จำนวน	
	เทคนิคใหม่ (41 ราย)	เทคนิคของ Longo A (48 ราย)
การวินิจฉัยโรค (ร้อยละ)		
- External hemorrhoid	22 (53.7)	28 (58.3)
- Internal hemorrhoid		
grade 3	34 (82.9)	33 (68.8)
grade 4	7 (17.1)	15 (31.2)
- Skin tags	0	1 (2.1)
- Mucosal prolapse	0	0
Symptom severity scoring	4.2 (0.83)	4.2 (1.00)
(pain, pruritis, prolapse, bleeding, soiling, incontinence to gas)	(3.95, 4.45)	(3.92, 4.48)
(mean) (SD) (95% CI)		
การรักษาที่ได้รับก่อนหน้า (ร้อยละ)		
- ยา	41 (100)	48 (100)
- Band ligation	0	0
- การผ่าตัด	0	1 (2.1)

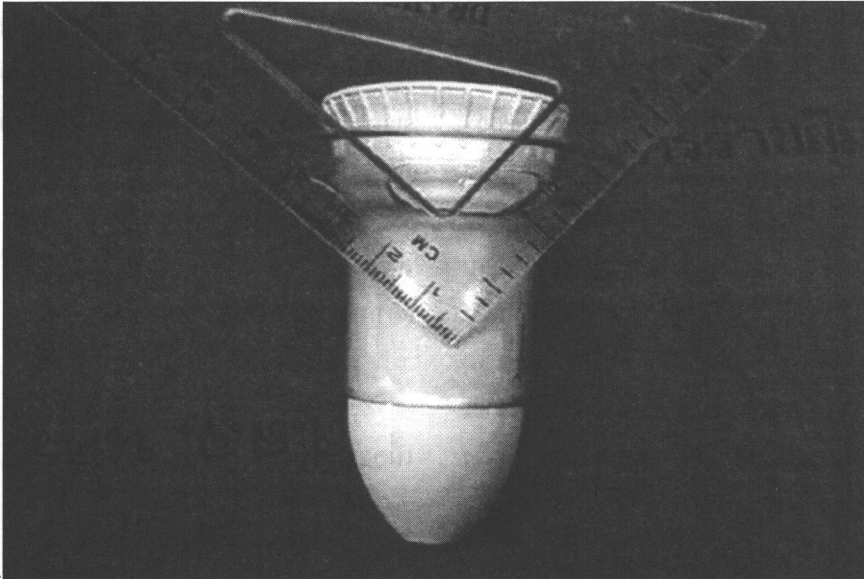
ตารางที่ 4 ข้อมูลระหว่างผ่าตัดกลุ่มเทคนิคใหม่ เปรียบเทียบกับเทคนิคของ Longo A

	จำนวน		P
	เทคนิคใหม่ (41 ราย)	เทคนิคของ Longo A (48 ราย)	
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	9.9 (1.79)	16.2 (4.08)	< 0.0001*
(mean) (SD) (95% CI)	(9.34, 10.46)	(15.06, 17.36)	

วิจารณ์

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยด้านเพศในกลุ่มเทคนิคใหม่ (41 ราย) มีจำนวนผู้ป่วย ชาย : หญิง ประมาณ 2 : 1 ซึ่งแตกต่างกับในกลุ่มเทคนิคของ Longo A (48 ราย) มีจำนวนผู้ป่วย ชาย:หญิง เท่ากับ 3 : 1 ความแตกต่างดังกล่าวเป็นข้ออ่อนของระเบียบวิจัย เนื่องจากการเลือกผู้ป่วยแบบ purposive sampling ต่างช่วงเวลากัน แต่ความแตกต่างทางเพศไม่ได้มีผลในการศึกษาเรื่องระยะเวลาผ่าตัด เนื่องจากใช้เทคนิคแบบเดียวกันในผู้ป่วยทั้งสองเพศ ในด้านอายุ กลุ่มเทคนิคใหม่ มีค่าเฉลี่ย 46.8 ปีคล้ายคลึงกับกลุ่มเทคนิคของ Longo A 46.6 ปี และมีค่า 95% ความเชื่อมั่นยังคร่อมกันอยู่ (42.82, 50.78 กับ 43.04, 50.16) ในด้านอาชีพ แม้ว่าจะไม่เหมือนกันในบางกลุ่มอาชีพ ความแตกต่างดังกล่าวเป็นข้อจำกัดเนื่องจากระเบียบวิจัยเช่นเดียวกัน และไม่ได้มีผลในการศึกษาเรื่องระยะเวลาผ่าตัด ข้อมูลลักษณะของโรคก่อนผ่าตัดด้านการวินิจฉัยโรคในสองกลุ่ม ทั้งหมดเป็น internal hemorrhoid grade 3 หรือ 4 การวินิจฉัยโรคในส่วนที่เป็น external hemorrhoid ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53.7 กับ 58.3) ด้าน symptom severity scoring⁽¹²⁾ ก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นการประเมินในด้าน pain, pruritis, prolapse, bleeding, soiling, incontinence to gas ในกลุ่มเทคนิคใหม่ มีค่าเฉลี่ย 4.2 คล้ายคลึงกับกลุ่มเทคนิคของ Longo A ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.2 และมีค่า 95% ความเชื่อมั่นยังคร่อมกันอยู่ (3.95, 4.45 กับ 3.92, 4.48) ด้านการรักษาที่ได้รับ ทั้งสอง

กลุ่ม ทั้งหมดรักษาด้วยวิธีทางยามาก่อน มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.1) ในกลุ่มเทคนิคของ Longo A ที่เคยรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ข้อมูลระหว่างผ่าตัดด้านระยะเวลาผ่าตัด กลุ่มเทคนิคใหม่ มีค่าเฉลี่ย 9.9 นาที มีความแตกต่างทางคลินิกและทางสถิติ ($p < 0.0001$) กับกลุ่มเทคนิคของ Longo A 16.2 นาที และมีค่า 95% ความเชื่อมั่นอยู่ในช่วงใกล้เคียงกัน (9.34, 10.46 กับ 15.06, 17.36) เป็นความแตกต่างทางการผ่าตัดของศัลยกรรม เทคนิคของ Longo A มีข้อจำกัดในการผ่าตัดในกรณีที่มีผู้ป่วยมีร่องก้น (gluteal groove) ลึก เป็นมุมน้อยกว่า 90 องศา (เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่า prone jackknife position และดึงถ่างบริเวณผ่าตัดด้วยพลาสติกแล้ว) (รูปที่ 1) ทำให้ตัว circular anal dilator และ purse-string suture anoscope ถูกดันออกมา จึงเย็บ purse-string suture ได้ในตำแหน่งใกล้ dentate line ทำให้เกิดปัญหาาระหว่างผ่าตัดไม่ได้ hemorrhoidal tissue ครบวง และตำแหน่ง anastomosis อยู่ใกล้ dentate line ทำให้ปวดแผลได้มากกว่า ผู้วิจัยได้พัฒนาเทคนิคผ่าตัด stapled hemorrhoidectomy ให้สามารถผ่าตัดในผู้ป่วยมีร่องก้น (gluteal groove) ลึก ทำงาน และมีความปลอดภัย สามารถทำผ่าตัดได้แม้ในผู้ป่วยที่มีก้นลึกได้ถึง 60 องศา (รูปที่ 2) มีรายงานการศึกษาของ Ho และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าการใช้เทคนิคของ Longo A นั้นต้องใช้ circular anal retractor ขนาด 37 mm การทำ endorectal ultrasound พบว่ามี fragment ของ internal sphincter

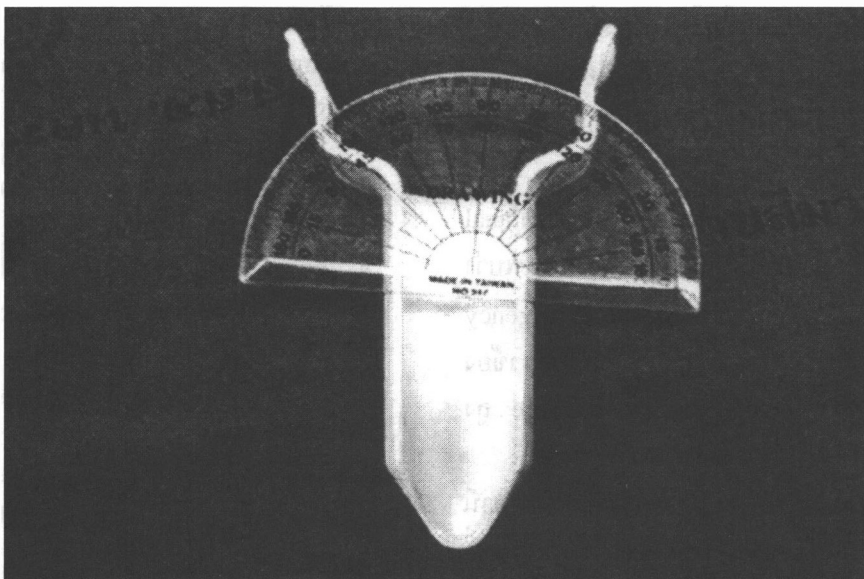


รูปที่ 1 ผู้ป่วยมีร่องก้นลึก แยกกว่า 90 องศา ทำให้ circular anal retractor และ purse-string suture anoscope ถูกดันออกมา

ในการศึกษาเรื่อง stapled hemorrhoid-ectomy มีข้อแนะนำเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากการศึกษาของ Molloy⁽¹⁴⁾ ในปี พ.ศ. 2543 พบว่าหลังการผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ stapler ควรให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อทุกราย ระยะเวลา

ในการให้ยา 5 วัน

การผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ stapler มีข้อได้เปรียบวิธีดั้งเดิมในเรื่องของความปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า น่าจะเป็นเพราะขนาดแผลเกือบทั้งหมดอยู่เหนือ dentate line ผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบ



รูปที่ 2 การงอ purse-string suture anoscope ตามรูปเพื่อให้สามารถผ่าตัดกับผู้ป่วยที่มีร่องก้นลึกได้ถึง 60 องศา

ระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัดริดสีดวงทวาร โดยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกระหว่างการใช้อุปกรณ์ stapler กับวิธี closed (Ferguson) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามีการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าทางสถิติ ระยะเวลากลับไปทำงาน (3.9 เทียบกับ 9.1 วัน) และจำนวน ผู้ป่วยที่ทำงานได้ภายใน 7 วัน (ร้อยละ 93.8 เทียบกับ 34.8) แตกต่างทางคลินิกและสถิติ ($p < 0.001$) รายงานในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2544 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ stapler ยังพบความแตกต่างในเรื่องของความปวดแผลหลังผ่าตัด และระยะเวลากลับไปทำงาน^(12,15-21) น่าจะเนื่องจาก

1. การปวดแผลมีความแตกต่างจากประสบการณ์เดิมด้านความเจ็บปวด ระยะเวลากลับไปทำงานขึ้นกับความเจ็บปวด และความจำเป็นต้องรีบกลับไปทำงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้าน เพศ และอาชีพ

2. ระยะทางจาก dentate line ในการเย็บ pursestring suture ใช้การประมาณเพื่อการเย็บให้ได้ระยะ 4 เซนติเมตร ทำให้ไม่มีความแม่นยำ อันส่งผลถึงการปวดแผลหลังผ่าตัด การเย็บที่ตื้นมาก ๆ จะทำให้ปวดแผลหลังผ่าตัดได้

3. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งขึ้น donut ที่ตัดออกมาตรวจทางพยาธิวิทยา เนื่องจากถ้าตัดเอาส่วนกล้ามเนื้อออกมาด้วยจะทำให้มีผลเรื่องการปวดแผล หลังผ่าตัด

4. ขาดการวัด resting pressure ของ anal canal เนื่องจากการศึกษาของ Cheetham⁽¹⁶⁾ พบว่ามีผู้ป่วยที่มี persistent pain และ fecal urgency หลังผ่าตัด จากการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง พบว่าน่าจะเกิดในผู้ป่วยที่มี resting pressure สูง ก่อนผ่าตัด ทำให้มีการปวดแผลมากหลังผ่าตัดได้

เทคนิคที่ผู้วิจัยคิดขึ้น แม้ว่าการศึกษานี้จะมีข้ออ่อนในด้านการเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่ประโยชน์ของเทคนิคใหม่ ในการผ่าตัด โดยใช้อุปกรณ์ stapler มีดังนี้

1. สามารถลดข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีร่องก้นลึกในการผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยใช้อุปกรณ์ stapler โดยสามารถผ่าตัดได้แม้ในผู้ป่วยที่มีร่องก้นลึกถึง 60 องศา

2. ใช้เวลาการผ่าตัดรวดเร็ว เนื่องจากลดขั้นตอนการผ่าตัดที่ต้องใส่เครื่องมือกับผู้ป่วย (จากประสบการณ์ ใช้เวลาการผ่าตัด 10 นาที)

3. มีความปลอดภัยกับผู้ป่วย

4. อาจจะมี sphincter injury น้อยกว่า เนื่องจากไม่ต้องใช้ circular anal retractor

สรุป

ผู้ป่วยริดสีดวงทวารที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยเทคนิคใหม่ โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร ร่วมกับการฉีดยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาการผ่าตัดสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และทางคลินิก (10 เทียบกับ 18 นาที) สามารถผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้ มีความปลอดภัยนับเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาริดสีดวงทวารโดยวิธีผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา วัฒนภาส. Common anorectal disorders. ใน: ณรงค์ ไททองกุล, ทองดี ชัยพานิช, เอชชัย กาญจนพิทักษ์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 13. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร; 2538. หน้า 102-8.
2. Corman ML. Colon and rectal surgery. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1989. p. 49-105.
3. จำรัส ปัญจศิริ. การกำจัดริดสีดวงทวารด้วยยา. สรรพสิทธิเวชสาร 2527;5:153-6.
4. Kodner IJ, Fry RD, Fleshman JW, Bimbaum EH, Read TE. Colon, rectum, and anus. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fisher JE, Galloway AC, editors. Principle of

- surgery. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1295-8.
5. Longo A. Treatment of hemorrhoid disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. Proceeding of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery 1998, Rome, Italy, June 1998: 3-6.
 6. Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1956;62:542-52.
 7. ปริญญา สันติชาติงาม, ณัฐรุ บุญนิธิ. เปรียบเทียบระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยวิธีการฉีดขยายเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกระหว่างการใช้อุปกรณ์ stapler กับวิธี closed (Ferguson); โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. รายงานการวิจัยเสนอในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 9 ประจำปี 2544. ศูนย์ประชุมไบเทค กรุงเทพฯ; 2544. 8-10 สิงหาคม 2544.
 8. Goldberg SM, Nivatvongs S, Rothenberger DA. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer, editors. *Principle of surgery*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 1994. p. 1181-2.
 9. Nivatvongs S. Local anesthesia in anorectal surgery. ใน: ธนิต วัชรพุกก์, จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 18. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจ เอส เค; 2542. หน้า 85-91.
 10. Nivatvongs S. An improved technique of local anesthesia for anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1982;25:259-60.
 11. สมศรี เผ่าสวัสดิ์, วราภรณ์ ไวกกุล. Postoperative pain management. ใน: ประพันธ์ กิตติสิน, พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ, ทองดี ชัยพานิช, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 15. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2540. หน้า 551-96.
 12. Beattie GC, Lam JPH, Loudon MA. A prospective evaluation of the introduction of circumferential stapled anoplasty in management of haemorrhoids and mucosal prolapse. *Colorectal Disease* 2000;2:137-42.
 13. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after staple haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000;355:810.
 14. Ho YH, Tsang C, Tang CL, et al. Anal sphincter injuries from stapling instrument introduced transanally: randomized controlled trial with endoanal ultrasound and anorectal manometry. *Dis Colon Rectum* 2001;43:169-73.
 15. Levanon A, Biterman A, Behar A, Cohen O. Hemorrhoidectomy using a circular stapler. *Harefuah* 2000;138:12-4.
 16. Cheetham MJ, Mortensen NJM, Nystrom P-O, Kamm MA, Phillips RKS. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000;356:730-3.
 17. Roseau E. Hemorrhoids, classical surgery or mechanical endoanal excision. *Presse Med* 2000;29:1005-6.
 18. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:782-5.
 19. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:779-81.
 20. Kohlstadt CM, Weber J, Prohm P. Stapler hemorrhoidectomy—a new alternative to conventional methods. *Zentralbl Chir* 1999;124:238-43.
 21. Roveran A, Susa A, Patergnani M. Hemorrhoidectomy with circular stapler in advanced hemorrhoid pathology. *G Chir* 1998;19:239-40.