

การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ปริญา สันติชาติงาม พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย การรักษาโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร(circular stapler) เริ่มมีการศึกษาครั้งแรกโดย Longo A ในปี พ.ศ. 2536 สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารในปี พ.ศ. 2543 *วัตถุประสงค์* เพื่อรายงานประสบการณ์การผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร และประสบการณ์การผ่าตัดโดยใช้วิธีนิตยสาเฉพาะที่กับเครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา *ผู้ป่วยและวิธีการ* ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2543 จำนวน 18 ราย ผ่าตัดโดยผู้รายงานผู้ป่วย 2 รายได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีนิตยสาเข้าไขสันหลัง และ 16 รายโดยวิธีนิตยสาเฉพาะที่ การผ่าตัด ใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร Circular 33-mm stapling device (procedure for prolapse and hemorrhoids set) เทคนิคของ Longo A *ผลการศึกษา* ผู้ป่วยรายแรกและผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักผ่าตัดโดยนิตยสาเข้าไขสันหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยรายแรกคือ bleeding ที่บริเวณ anastomosis ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้โดยใช้ conservative treatment ระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติเฉลี่ย 2.6 วัน *วิจารณ์และสรุป* การผ่าตัดผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักด้วยวิธีนิตยสาเฉพาะที่ โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร มีระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติเฉลี่ย 2.6 วัน สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ลดภาวะแทรกซ้อนเรื่อง urinary retention และแพทย์สามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยคามมั่นใจและปลอดภัย ดังนั้นการผ่าตัดด้วยวิธีนี้น่าจะเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาริดสีดวงทวารหนัก

Abstract: Circular Stapler Hemorrhoidectomy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Prinya Santichatgam, M.D.

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

Nakhon Ratch Med Bull 2000;24. 145-51.

Introduction. Hemorrhoids is a common disease amongst the general population. Longo A described circular stapler hemorrhoidectomy in 1993. In Thailand the circular staple hemorrhoidectomy was started in 2000. *Objective.* To report on the experience of circular stapler hemorrhoidectomy and circular stapler hemorrhoidectomy with local anesthesia at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Patients and methods.* Prospective study of 18 cases of circular stapler hemorrhoidectomy during November and December 2000 in Maharat Nakohn Ratchasima Hospital. Two cases were under spinal anesthesia and sixteen were under local anesthesia. Longo's technique with circular stapling device (procedure for prolapse and hemorrhoids set) was used. *Results.* Spinal anesthesia was used in 2 cases which were the first case and an epileptic patient. Postoperative bleeding was reported in the first case and the patient was treated by conservative treatment. Average time of return to normal activity was 2.6 days. *Discussion and conclusion.* Out patient circular stapler hemorrhoidectomy under local anesthesia showed an average of 2.6 days before returning to normal activity and decreased postoperative urinary retention. This procedure should be the treatment of choice for hemorrhoidectomy.

บทนำ

โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีอาการสำคัญคือเลือดออกขณะและหลังถ่ายอุจจาระ และคั่งเนื้อขอบทวาร อาการในระยะแรกมักเป็น ๆ หาย ๆ ไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมักขึ้นพบไม่มากนัก และมักกินเวลานานหลายปีก่อนจะถึงระดับที่รุนแรง อุบัติการณ์ยังไม่ทราบแน่ชัด⁽¹⁾ ในประเทศตะวันตกพบได้ร้อยละ 50 ของประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปี⁽²⁾ ประเทศไทยพบร้อยละ 10 ของประชากรอายุ 20-70 ปี ชายมากกว่าหญิงเป็นอัตราส่วน 3:1⁽³⁾ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด⁽²⁾ ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค เช่น กรรมพันธุ์ ทำயีนของมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน การตั้งครรภ์ เนื้องอกในอุ้งเชิงกราน ท้องผูกหรืออุจจาระร่วงบ่อย ๆ การเพิ่มความดันในช่องท้อง หรือแม้กระทั่งการทำงานหนัก ชนิดของริดสีดวงทวารหนักแบ่งได้เป็นชนิดภายใน (internal) และภายนอก (external) แยกกันโดยใช้ dentate line (pectinal line หรือ anorectal line) ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในแบ่งออกเป็นระยะต่าง ๆ (degree) เพื่อบอกความรุนแรงเป็น 4 ระยะด้วยกันคือ^(1,4)

ระยะที่ 1 มีเลือดออกโดยไม่มียก้นเนื้อโผล่ออก

มาทางทวารหนัก

ระยะที่ 2 มีก้อนเนื้อโผล่ออกมาขณะเบ่งถ่ายแล้วหดคืนเข้าไปได้เองหลังถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 3 มีก้อนเนื้อปลิ้นออกมา แต่ไม่หดกลับเข้าไปเอง ต้องใช้นิ้วช่วยดันเข้า

ระยะที่ 4 มีก้อนเนื้อโผล่คาอยู่ไม่สามารถดันกลับคืนได้

การรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักประกอบด้วย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ร่วมกับการรักษาทางยา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการและตรวจพบว่าเป็นมากขึ้น ควรพิจารณาให้การรักษาตามระยะและชนิดของริดสีดวงทวารหนักดังนี้

1. ริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 1 ในรายที่ไม่มีอาการไม่ต้องรักษา การรักษาใช้วิธีรับประทานอาหารที่มีกาก การผูกมัดที่หัวริดสีดวงทวารหนัก (rubber band ligation) การฉีดยาที่หัวริดสีดวงทวารหนัก (sclerotherapy) และ electrocoagulation

2. ริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 2 การรักษาใช้การผูกมัดที่หัวริดสีดวงทวารหนัก และ electrocoagulation

3. ริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3 การรักษาใช้การ

ผู้รัดที่หัวริดสีดวงทวารหนัก electrocoagulation และ การผ่าตัด (hemorrhoidectomy)

4. ริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 4 การรักษาใช้การ ผ่าตัด

5. Thrombosed external hemorrhoids ในกรณีที่มี ปวดมากใช้การผ่าตัด

6. Perianal skin tags หรือ hypertrophied anal papillae ในกรณีที่มีอาการรักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร (circular stapler) เริ่มมีการศึกษาครั้งแรกโดย Longo A⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2536 รายงานในปี พ.ศ. 2541 ด้วยเหตุผลทาง ทฤษฎีของ Thomson⁽⁶⁾ เชื่อว่าริดสีดวงทวารหนักเกิดจาก anal cushions และ prolapsed of rectal mucosa การ ผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารจะมีข้อดีคือ

- ลดเลือดที่มาเลี้ยงจาก superior hemorrhoidal artery
- มีการตัด redundant rectal mucosa
- ช่วย venous drainage ให้ดีขึ้น
- บริเวณที่บาดแผลอยู่เหนือ dentate line ซึ่งเป็น บริเวณที่มีความเจ็บปวดน้อย

ประเทศไทยเริ่มมีการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บ ตัดต่อริดสีดวงทวารในปี พ.ศ. 2543 โดยปริญญา ทวีชัย การรายงานผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง และไม่พบรายงานการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ในการผ่าตัดโดยใช้ เครื่องมือนี้^(5, 7-11)

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานประสพ- การณ์การผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร และการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ร่วมกับการใช้ เครื่องมือนี้ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดในโรง-

พยาบาลมหาราชนครราชสีมาโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อ ริดสีดวงทวาร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2543 จำนวน 18 ราย ผ่าตัดโดยผู้รายงาน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยและแยกโรคอื่นโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการทำ proctoscopy

เตรียมผ่าตัดโดยใช้ Unison® enema ส่วนทาง ทวารหนัก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระและปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด วิเคราะห์ความรู้สึกใช้

1. วิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ทำตามวิธีมาตรฐาน โดยงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ให้การรักษาแบบผู้ป่วย ในโดยผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น ทำใน ผู้ป่วยรายแรกและผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก

2. วิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ ใช้วิธี submucosal technique⁽¹⁵⁾ โดยภายหลังจาก digital examination ด้วย 2% lidocaine jelly แล้ว ใช้ small proctoscope เพื่อฉีด 1% lidocaine with 1:100,000 epinephrine (ในรายที่มี ข้อห้ามใช้ epinephrine ให้ใช้ชนิดที่ไม่มี epinephrine) จำนวน 3 ml ที่ตำแหน่ง 2 mm เหนือ dentate line (ใช้ เข็มเบอร์ 25 ยาว 1.5 นิ้ว) ให้ทำ 4 quadrants หลังจากนั้น ใช้นิ้วชี้ใส่เข้าไปใน anal canal เพื่อนวดยาชาให้ต่ำลง กว่า dentate line จนถึง anal verge จะเกิดการ relaxed ของ anal canal ต่อมาให้ใส่ Hill-Ferguson anal speculum เพื่อฉีดยาชาที่ตำแหน่ง 2 mm ต่ำกว่า dentate line จำนวน 2 ml ให้ทำ 4 quadrants ที่ subcutaneous plane หลังจากนั้น จึงฉีดยาชาที่ anal verge และ perianal skin บริเวณ ที่ผ่าตัด (ใช้เข็มเบอร์ 26 ยาว 0.5 นิ้ว) ใช้ยาชาทั้งหมด ประมาณ 20-30 ml (maximum safety dose⁽¹⁶⁾) ของ lidocaine with epinephrine เท่ากับ 7 mg/kg) ให้การรักษา แบบผู้ป่วยนอก หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยทั้ง 18 ราย ตั้งการรักษาลงมาดังนี้

- Regular diet
- Milk of magnesia 30 ml, orally hs
- Floctafenine (200 mg) 1 tab, orally qidpc, 20 capsules

- Diclofenac (25 mg) 1 tab, orally tid pc, 20 tablets
- Paracetamol (500 mg) 1-2 tab, orally prn for pain every 4-6 h, 30 tablets
- Norfloxacin (400 mg) 1 tab, orally bid pc, 10 tablets

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ได้รับ parenteral analgesic drugs

ผู้ป่วยได้รับคู่มือแนะนำการปฏิบัติตัว และ Sitz baths หลังผ่าตัดวันละ 2 ครั้ง หรือหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยทั้งหมดสามารถปัสสาวะเองได้ โดยไม่มีอาการผิดปกติ

การผ่าตัดใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร Circular 33-mm stapling device (procedure for prolapse and hemorrhoids set) ของบริษัท Ethicon Endo-Surgery เทคนิคของ Longo A⁽⁵⁾ ผู้ป่วยอยู่ในท่า prone jackknife position วิธีการ aseptic หลังจากระงับความรู้สึกแล้ว ใช้ anal retractor and obturator ใส่เข้าไปใน anal canal หลังจากนั้นจึงใส่ purse string anoscope เพื่อเย็บ purse string บริเวณ 4 เซนติเมตร เหนือ dentate line ใส่ Circular 33-mm stapling device เข้าไปใน anal canal แล้วจึงรัดส่วนที่เย็บ purse string แล้วทำการตัดต่อหัวริดสีดวง จะได้ anastomosis อยู่เหนือ dentate line ประมาณ 2 เซนติเมตร หลังจากนั้นจึงทำการห้ามเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยใช้การฉีดยาชาเข้าไขสันหลังจะกลับบ้านในวันรุ่งขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ สามารถกลับบ้านได้ทันที และนัดตรวจหลังผ่าตัดในวันที่ 7, 14 และ 28 หลังผ่าตัด ตามลำดับ

เก็บข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด โรคประจำตัว ชนิดของการระงับความรู้สึก ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติ (วัน) และการเป็นซ้ำของริดสีดวงทวาร สถิติที่ใช้ในการวิจัยเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อพิจารณาคำค้นจริยธรรมถือว่าเครื่องมือเย็บตัด

ต่อริดสีดวงทวารนี้เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัยโดยได้รับการรับรองใน ประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งหมด 18 ราย แสดงในตารางที่ 1 วิธีการผ่าตัดและผลการรักษาแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยรายแรกและผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักได้รับการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง และผู้ป่วยรายแรกมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ bleeding ที่บริเวณ anastomosis ซึ่งสามารถให้การรักษาโดยใช้ conservative treatment

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	จำนวน
เพศ ชาย:หญิง	13:5
อายุ (ปี), mean (SD)	29-78, 48.3 (11.88)
อาชีพ (ร้อยละ)	
- ค้าขาย	6 (33.3)
- รับราชการ	4 (22.2)
- ไม่มีอาชีพ	4 (22.2)
- รับจ้าง	3 (16.7)
- พระภิกษุ	1 (5.6)
การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด* (ร้อยละ)	
- External hemorrhoid	11 (61.1)
- Internal hemorrhoid grade 3	6 (33.3)
- Internal hemorrhoid grade 4	12 (66.7)
- Anal skin tag	7 (38.9)
โรคประจำตัว	
- Epilepsy	1
- Ischemic heart disease	1
- Hypertension	1

*ผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 2 วิธีการผ่าตัดและผลการรักษา

	จำนวน
ชนิดของการระงับความรู้สึก	
- การฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง	2
- การฉีดยาชาเฉพาะที่	16
ระยะเวลาในการผ่าตัด	
(นาที), mean (SD)	10-25, 18.2 (4.04)
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	
- bleeding	1
ระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติ	
(วัน), mean(SD)	1-5, 2.6 (0.92)
การเป็นซ้ำของริดสีดวงทวาร	0

วิจารณ์

ในการศึกษานี้มีผู้ป่วย 18 ราย เป็น ชาย:หญิง 2.6:1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบในชายมากกว่าหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 3:1⁽³⁾ อายุระหว่าง 29-78 ปี เฉลี่ย 48.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.88 ปี) ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 33.3) และรับราชการ (ร้อยละ 22.2) การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเป็น external hemorrhoid ร้อยละ 61.1 internal hemorrhoid grade 3 ร้อยละ 33.3 internal hemorrhoid grade 4 ร้อยละ 66.7 anal skin tag ร้อยละ 38.9 ผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดมากกว่า 1 โรค โรคประจำตัวเป็นโรคลมชัก 1 ราย โรคหัวใจขาดเลือดและความดันโลหิตสูง 1 ราย ชนิดของการระงับความรู้สึกเป็นการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง 2 ราย ในการผ่าตัดผู้ป่วยรายแรกและผู้ป่วยที่มีโรคลมชักเป็นการฉีดยาชาเฉพาะที่ 16 ราย สามารถทำได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการผ่าตัด 10-25 นาที เฉลี่ย 18.2 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.04 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของปริญญา สันติชาติงาม และ ภัฏฐ์ บุญนิธิ ในการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักโดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ 108 ราย ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม

2543⁽¹⁷⁾ พบว่าใช้เวลาในการผ่าตัด 5-30 นาที ค่าเฉลี่ย 14.9 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.95 นาที ซึ่งจะพบว่าระยะเวลาในการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบ conventional ใกล้เคียงกัน ในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบมี bleeding ในผู้ป่วยรายแรกซึ่งใช้การฉีดยาชาเข้าไขสันหลังเนื่องจากตัวศัลยแพทย์ยังไม่มีความคุ้นเคยกับเครื่องมือและจากการห้ามเลือดบริเวณ anastomosis ไม่ได้ แต่ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถรักษาให้หายได้โดยใช้ conservative treatment จากการศึกษาที่มีข้อเสนอในการห้ามเลือดที่บริเวณ anastomosis ให้ดีเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารมีข้อเสนอแนะของ Molloy RG⁽¹⁰⁾ ในปี พ.ศ. 2543 ว่าหลังการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร ควรให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อทุกราย ระยะเวลาในการให้ยา 5 วัน ในการศึกษานี้ได้ให้ยาปฏิชีวนะเป็น norfloxacin เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเรื่อง urinary retention วิธีการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือวิธีการใช้ยาฉีดเข้าไขสันหลัง ซึ่งอาจพบภาวะแทรกซ้อนเรื่อง urinary retention ได้ถึงร้อยละ 30⁽¹⁸⁾ โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น สาเหตุการเกิด urinary retention ยังไม่ทราบแน่ชัด โดยอาจจะเป็นการทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะจากการตอบสนองต่อความเจ็บปวด การได้รับสารน้ำปริมาณมากระหว่างผ่าตัด หรือจาก psychological effect ในการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีรายงานการฉีดยาชาเฉพาะที่โดย Clery AD⁽¹⁹⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 และมีการพัฒนาเทคนิคดังกล่าวให้ดีขึ้นโดย สันทัด นีวาดวงศ์⁽²⁰⁾ ในปี พ.ศ. 2525 มีรายงานบางสถาบันใช้วิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่สำหรับการผ่าตัด excision of anal skin tag

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฉีดยาเข้าไขสันหลัง⁽²⁾ โดยพบภาวะแทรกซ้อน urinary retention ได้น้อยกว่า แต่วิธีดังกล่าวไม่ใช่เป็นวิธีมาตรฐานที่ทากันแพร่หลายในประเทศไทย ผู้รายงานศึกษาเปรียบเทียบแบบ prospective การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักโดยวิธีฉีดยาเฉพาะที่กับการฉีดยาเข้าไขสันหลัง ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักผ่าตัดโดยใช้การฉีดยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกมีภาวะแทรกซ้อนด้าน urinary retention ต่ำกว่าวิธีการฉีดยาเข้าไขสันหลังหรือดมยาสลบแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีความแตกต่างกันทางคลินิกและทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 4.0 เปรียบเทียบกับ 23.8 ($p < 0.0001$) มีความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 5.9⁽²¹⁾ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติในระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานยา paracetamol นับจากเวลาสิ้นสุดการผ่าตัด จำนวนครั้งของการรับประทานยา paracetamol ใน 24 ชั่วโมงแรก ปริมาณ (เม็ด) paracetamol ใน 24 ชั่วโมงแรก ความเจ็บปวดวันที่ 1 หลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการเป็นซ้ำของริดสีดวงทวารหนัก⁽²²⁾ ในการศึกษาวิธีฉีดยาเฉพาะที่ 18 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง urinary retention ระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติ 1-5 วัน ค่าเฉลี่ย 2.6 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Beattie GC⁽⁸⁾ ในการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร รายงานในปี พ.ศ. 2543 พบค่าเฉลี่ยกลางอยู่ที่ 4 วัน จะเห็นว่าระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติค่อนข้างสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีผ่าตัดแบบ conventional ในการศึกษาของ Mehogan BJ⁽¹¹⁾ ในปี พ.ศ. 2543 พบว่าระยะเวลาที่กลับไปทำงานสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การผ่าตัดแบบ conventional มีผลทำให้หายจากโรค ร้อยละ 95⁽²⁾ ไม่พบการเป็นซ้ำของริดสีดวงทวารในการศึกษา ผลการศึกษาในเรื่อง stricture จากการใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารคงต้องอาศัยระยะเวลาที่นานกว่านี้ แต่มีรายงานของ D' Agostino ในปี พ.ศ. 2543 ที่ทำการติดตามผลการรักษา

เป็นระยะเวลา 2 ปี ในผู้ป่วย 100 ราย ไม่พบการเป็นซ้ำ และ stricture อีกทั้งพบว่าแผลหายเร็วกว่า โดยแผลผ่าตัดหายใน 15-20 วันหลังผ่าตัด

รายงานนี้จะเป็นรายงานแรก ๆ ในการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารและการผ่าตัดโดยใช้วิธีฉีดยาเฉพาะที่กับเครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร การศึกษานี้แสดงประโยชน์ของการใช้วิธีฉีดยาเฉพาะที่ในการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารโดย

1. ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดให้กับผู้ป่วย เพราะเป็นการฉีดยาเฉพาะที่
2. พัฒนาระบบงานบริการด้านศัลยกรรม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้งเนื่องจากสามารถผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้ในวันตรวจวินิจฉัย ผู้ป่วยลดจำนวนวันที่ต้องลงงานมาเพื่อตรวจรักษา
3. ลดระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้ปกติ

สรุป

ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยมีระยะเวลากลับไปทำงานได้ปกติเฉลี่ย 2.6 วัน ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในเรื่อง urinary retention แต่ต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง bleeding

การผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่โดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารนี้ แพทย์สามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยความมั่นใจและปลอดภัย ดังนั้นการผ่าตัดโดยวิธีนี้น่าจะเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาริดสีดวงทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา วัฒนภาส. Common anorectal disorders. ใน: ณรงค์

- ไวทยางกุล, ทองดี ชัยพานิช, เอชชัยกาญจนพิทักษ์, 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. การกำจัดครีตีสีดวงทวารด้วยยา. สรรพสิทธิเวชสาร 2527;5:153-6.
 4. Kodner IJ, Fry RD, Fleshman JW, Birnbaum 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. 6th World Congress of Endoscopic Surgery, 1998, 777-84.
 6. Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. Br J Surg 1956;62:542-52.
 7. Levanon A, Biterman A, Behar A, Cohen O. Hemorrhoidectomy using a circular stapler. Harefuah 2000;138:12-4.
 8. 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.
 9. Roseau E. Hemorrhoids, classical surgery or mechanical endoanal excision. Presse Med 2000;29:1005-6.
 10. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000;355:810.
 11. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2000;355:782-5.
 12. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2000;355:779-81.
 13. Kohlstadt CM, Weber J, Prohm P. Stapler hemorrhoidectomy-a new alternative to conventional methods. Zentralbl Chir 1999;124:238-43.
 14. Roveran A, Susa A, Patergnani M. Hemorrhoidectomy with circular stapler in advanced hemorrhoid pathology. G Chir 1998;19:239-40.
 15. Nivatvongs S. Local anesthesia in anorectal surgery. ใน: ธนิต วิชรพุกก์, จักรพันธ์ เอื้อนเรศรชัย, ทองดี ชัยพานิช. บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 18. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจเอส เค การพิมพ์; 2542. หน้า 85-91.
 16. สมศรี เผ่าสวัสดิ์, วราภรณ์ ไวกกุล. Postoperative pain management. ใน: ประพันธ์ กิตติสิน, พัฒนพงษ์ นาวีเจริญ, ทองดี ชัยพานิช, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 15. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร; 2540. หน้า 551-96.
 17. ปริญญา สันติชาติงาม, ญัญญู บุญนิธิ. ข้อมูลการผ่าตัดครีตีสีดวงทวารแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีการฉีดยาเฉพาะที่ 108 รายระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2543; ห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา; 2543.
 18. Cataldo PA, Mazier WP. Hemorrhoids. In: Cameron JL, editor. Current surgical therapy. 14th ed. St Louis: Mosby Year Book; 1992. p. 219-22.
 19. Clery AD. Local anesthesia containing hyaluronidase and adrenaline for anorectal surgery: experiences with 576 operations. Proc R Soc Med 1993;66:680-1.
 20. Nivatvongs S. An improved technique of local anesthesia for anorectal surgery. Dis Colon Rectum 1982;25:259-60.
 21. ปริญญา สันติชาติงาม, ญัญญู บุญนิธิ. การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม การผ่าตัดครีตีสีดวงทวารหนักเปรียบเทียบกับภาวะแทรกซ้อน urinary retention ของวิธีฉีดยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับวิธีการฉีดยาเข้าไขสันหลังแบบผู้ป่วยใน. รายงานการวิจัยเสนอในการประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต 5 ครั้งที่ 2 ประจำปี 2543. โรงแรมทองธารินทร์, สุรินทร์; 11-12 มิถุนายน 2543.
 22. ปริญญา สันติชาติงาม, สุทธิสิทธิ์ บุญนิธิ. รายงานเบื้องต้นภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดครีตีสีดวงทวารหนักโดยวิธีฉีดยาเฉพาะที่ร่วมกับการให้ยาทางหลอดเลือดดำเปรียบเทียบกับวิธีการฉีดยาเข้าไขสันหลังหรือคดมยาสลบ: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม. รายงานการวิจัยเสนอในการประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต 5 ครั้งที่ 1 ประจำปี 2542. โรงแรมรอยัลปริ้นเซส, นครราชสีมา; 20-21 มิถุนายน 2542.