นิพนธ์ต้นฉบับ *Original Article*

เปรียบเทียบระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัดริดสีดวงทวาร โดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกระหว่างการใช้อุปกรณ์ Stapled กับ วิธี closed (Ferguson)

ปริญญา สันติชาติงาม, พบ.*
ณัฏฐ์ บุญนิธิ, พบ.*

บทคัดย่อ

บทนำ ริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย การใช้อุปกรณ์ Stapled ศึกษาครั้งแรกในปี พศ. 2536 ไม่เคยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ Stapled ร่วมกับวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ ***วัตถุประสงค์*** เปรียบเทียบระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ระหว่างการใช้อุปกรณ์ Stapled กับวิธี closed (Ferguson) ***ผู้ป่วยและวิธีการ*** prospective purposive sampling ผู้ป่วยริดสีดวงทวารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (พย. 43 -มีค. 44) กลุ่มทดลอง (48 ราย) ใช้ อุปกรณ์ Stapled เทคนิคของ Longo A กลุ่มควบคุม (46 ราย) ผ่าตัดโดยวิธีดั้งเดิม ใช้วิธีฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลพื้นฐาน ระยะเวลาผ่าตัด การปวดแผลหลังผ่าตัด (visual analog self-rating method) จำนวน paracetamol ใน 24 ชั่วโมงแรก (มีแบบบันทึกและ pill count) ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่กลับทำงานได้ภายใน 7 วัน (independent-blind evaluator) สถิติ ใช้ mean, SD, %, 95% CI Chi-square analysis with Yates correction หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม unpaired t–test (two tails) และ survival analysis ***ผลการศึกษาและวิจารณ์*** การปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าทางสถิติ ระยะเวลากลับไปทำงาน (3.9 วันกับ 9.1 วัน) และจำนวนผู้ป่วยที่ทำงานได้ภายใน 7 วัน (93.8% กับ 34.8%) แตกต่างทางคลินิกและสถิติ ($P<0.001$) แม้ว่าในการศึกษานี้ไม่ใช่เป็น RCT แต่กลุ่มที่ใช้อุปกรณ์ Stapled เป็นกลุ่มที่กลัวต่อความเจ็บปวด กลับให้ผลการศึกษาที่ดีกว่า ***สรุป*** การใช้วิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ในการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้อุปกรณ์ Stapled มีระยะเวลากลับไปทำงานน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางทางคลินิกและสถิติ เป็นทางเลือกใหม่ในการผ่าตัด

คำสำคัญ การผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยใช้เครื่องมือพิเศษ, การฉีดยาชาเฉพาะที่, ระยะเวลากลับไปทำงาน

---

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
รางวัลผลงานวิจัยดีเด่น การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2544

Abstract: **Comparison Outpatient local anesthesia for stapled to closed (Ferguson) hemorrhoidectomy in return to normal activity**

Prinya Santichatngam, M.D., Nut Boonniti, M.D.

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

Nakhon Ratch Med Bull 2003;27:39-47.

Introduction. Hemorrhoid is the common disease among the general population. Longo A described circular stapled hemorrhoidectomy in 1993. There was no reported about return to normal activity of outpatient local anesthesia for stapled hemorrhoidectomy. *Objective.* To compare return to normal activity of outpatient local anesthesia for stapled with closed (Ferguson) hemorrhoidectomy. *Patients and methods.* We prospective purposive sampling in surgical patients of hemorrhoidal disease in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during November 2000 and March 2001. Independent-blinded evaluator follow-up postoperative patients at 1, 7, 14, 28 days after surgery. Statistical analysis were used mean, SD, %, 95% CI , Chi–square analysis with Yates correction or Fisher's exact test as appropriate, unpaired t–test (two tails) and survival analysis. *Results and discussion.* There was statistical significant of postoperative pain in stapled group less than conventional group. Stapled hemorrhoidectomy resulted clinical and statistical significant in shorter return to normal activity, probably there was no morbidity from perianal wounds. *Conclusion.* Outpatient local anesthesia for stapled hemorrhoidectomy resulted clinical and statistical significant in shorter period of convalescence. This procedure should be the alternative treatment of hemorrhiodectomy.

Key words: Stapled hemorrhoidectomy, local anesthesia, prospective, return to normal activity

บทนำ

โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย [1] สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด[2] มีรายงานอุบัติการณ์ในประเทศทางตะวันตกพบได้ ร้อยละ 50 ของประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปี[2] ประเทศไทยพบร้อยละ 10 ของประชากรอายุ 20-70 ปี ชายมากกว่าหญิง 3:1[3] ชนิดของริดสีดวงทวาร แบ่งได้เป็นชนิดภายใน (internal) และภายนอก (external) การรักษาริดสีดวงทวารเริ่มตั้งแต่แนะนำและปฏิบัติตัวให้ถูกต้องร่วมกับการรักษาทางยา การผ่าตัด (Hemorrhoidectomy) ทำในริดสีดวงทวารชนิดภายใน ระยะที่ 3 หรือ 4 และริดสีดวงทวารชนิดภายนอก[4] ผลผ่าตัดมีการหายจากอาการริดสีดวงทวาร ร้อยละ 95[2] ภาวะแทรกซ้อนเรื่อง urinary retention พบประมาณร้อยละ 4-30[5-6] การผ่าตัดริดสีดวงทวารมีหลายวิธีเช่น closed (Fergu-son) hemorrhoidectomy, open (Milligan and Mor-gan) hemorrhoidectomy, submucosal (Parks) hemorrhoidectomy วิธีที่นิยมทำในประเทศไทยคือ closed (Ferguson) hemorrhoidectomy หลังผ่าตัดริดสีดวงทวารการปวดแผลหลังผ่าตัดยังเป็นเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยทกข์ทรมานและต้องการการแก้ไข การรักษาโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร (circular stapler) เริ่มมีการศึกษาครั้งแรกโดย Longo A[7] ในปี พศ. 2536 รายงานในปี พศ. 2541 ด้วยเหตุผลตามทฤษฎีของ Thomson[8] ซึ่งเชื่อว่า ริดสีดวงทวารเกิดจาก anal cushions และ prolapsed of rectal mucosa การผ่าตัดโดยใช้เครื่อง

มือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารจะมีข้อดีคือ ลดเลือดที่มาเลี้ยงจาก superior hemorrhiodal artery, มีการตัด redundant rectal mucosa, ช่วย venous drainage ให้ดีขึ้น, บริเวณบาดแผลอยู่เหนือ dentate line ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความเจ็บปวดน้อย

ประเทศไทยเริ่มมีการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารในปี พศ. 2543 แต่ไม่มีการศึกษาที่ใช้การระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ในการผ่าตัดร่วมกับเครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร[7, 9-17] จากการสืบค้นถึงเดือนพฤศจิกายน พศ. 2543 รายงานนี้มีวัตถุประสงค์ต้องการเปรียบเทียบระยะเวลากลับไปทำงานหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารโดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกระหว่างการใช้อุปกรณ์ Stapled กับวิธีดั้งเดิม

ผู้ป่วยและวิธีการ

Setting: โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Study design: prospective purposive sampling ผู้ป่วยริดสีดวงทวาร

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณจากการกลับไปทำงานหลังผ่าตัดในกลุ่ม Stapled สามารถกลับทำงานได้ ร้อยละ 80 ใน 1 สัปดาห์ กลุ่มวิธีดั้งเดิมสามารถกลับทำงานได้ ร้อยละ 50 ใน 1 สัปดาห์ (ข้อมูลจากการศึกษานำร่อง) ประชากรสองกลุ่มไม่เกี่ยวข้องกัน เป็นอิสระต่อกัน α-error = 0.05 power = 0.8 ได้จำนวนประชากรกลุ่มละ 32 ราย

Study population: ผู้ป่วยนอกริดสีดวงทวารที่มารับการรักษาของหน่วยศัลยกรรมตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พศ. 2543 ถึง 31 มีนาคม พศ. 2544

inclusion criteria

1) อายุตั้งแต่ 15 ปี

2) ริดสีดวงทวารชนิดภายนอกหรือริดสีดวงทวารชนิดภายใน (ระยะที่ 3 หรือ 4)

exclusion criteria

1) หญิงตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์

2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นโรคตับ ไตวาย หัวใจวาย โรคเลือด โรคมะเร็ง Morbidobesity[18] โรคทางสมอง ปัญญาอ่อน drug intoxication หรือความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 mmHg

3) ผู้ป่วยที่มีภาวะ urinary retention จากสาเหตุอื่น เช่น behign prostatic hypertrophy, urethral stricture

4) มีประวัติแพ้ยาชา หรือแพ้ยาที่ใช้ในการวิจัยนี้

5) มี deep gluteal groove

6) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การเตรียมผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระและปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด วิธีระงับความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ submucosal technique[19, 20] ใช้ยาชาทั้งหมดประมาณ 20-30 ml [*maximum safety dose*[21]: lidocaine 7 mg/kg(with epinephrine)]

กลุ่มทดลอง(48 ราย)คือกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารใช้ Stapled เทคนิคของ Longo A[7] ใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร circular 33-mm stapling device(Procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) set) ของบริษัท Ethicon endo-surgery ผู้ป่วยอยู่ในท่า Prone jackknife position วิธีการ aseptic หลังจากระงับความรู้สึกแล้ว ใช้ anal retractor and obturator ใส่เข้าไปใน anal canal เย็บ fix obturator กับบริเวณ perineum หลังจากนั้นจึงใส่ purse-string anoscope เพื่อเย็บ purse-string บริเวณ 4 เซนติเมตร เหนือ dentate line หลังจากนั้นจึงใส่ circular 33-mm stapling device เข้าไปใน anal canal แล้วจึงรูดส่วนที่เย็บ purse-string แล้วทำการตัดต่อหัวริดสีดวง จะได้ anastomosis อยู่เหนือ dentate line ประมาณ 2 เซนติเมตร หลังจากนั้นจึงทำการห้ามเลือด

กลุ่มควบคุม (46 ราย) ผ่าตัดโดยวิธีดั้งเดิม (closed (Ferguson) hemorrhoidectomy[2, 4])

การรักษาและการแนะนำหลังผ่าตัดทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน ยกเว้นในกลุ่มทดลองให้ยาปฏิชีวนะ Norfloxacin (400 mg) 1x2 pc 10 tablets และก่อนผู้ป่วยกลับบ้านต้องสามารถปัสสาวะเอง ผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก การนัดตรวจหลังผ่าตัด จะนัดตรวจในวันที่ 1, 7, 14, 28 หลังผ่าตัด

การเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค symptom severity scoring[10] การรักษาที่ได้รับ บันทึกจำนวนหัวและแผลผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ทำผ่าตัด (นาที) (เริ่มนับจากระยะเวลาที่เริ่มฉีดยาชาจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ) ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด visual analog self-rating method[21] ประเมินในวันที่ 1, 7, 14, 28 หลังผ่าตัด บันทึกปริมาณ (เม็ด) paracetamol ที่ผู้ป่วยรับประทานใน24ชั่วโมงแรก โดยมีแบบบันทึกให้ผู้ป่วยลงจำนวนยาและนับ pill count ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปทำงานหลังผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่สามารถกลับทำงานได้ภายใน 7 วัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[2] ผลข้างเคียงของยา

การตรวจหลังผ่าตัดวันที่ 28 จะมีการวัดการเป็นซ้ำ และประเมินเรื่อง symptom severity scoring[10] แพทย์ผู้ที่ประเมินเป็น independent-

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในกลุ่ม Stapled กับ วิธีดั้งเดิม

	กลุ่ม Stapled(n=48)	กลุ่มวิธีดั้งเดิม(n=46)
ชาย : หญิง	36 : 12	22 : 24
อายุ (ปี)	46.6±12.60	40.9±10.38
อาชีพ (ร้อยละ)		
- อยู่บ้าน	8(16.7)	11(23.9)
- ค้าขาย	13(27.1)	0
- รับจ้าง	10(20.8)	17(37.0)
- เกษตรกรรม	1(2.1)	11(23.9)
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14(29.2)	5(10.9)
- พระภิกษุ	2(4.1)	2(4.3)
การวินิจฉัยโรค (ร้อยละ)		
- external hemorrhoid	28(58.3)	28(60.9)
- internal hemorrhoid		
- grade 3	33(68.8)	45(97.8)
- grade 4	15(31.2)	1(2.2)
- skin tags	1(2.1)	2(4.3)
- mucosal prolapse	0	0
Symptom severity scoring	4.29±1.00	3.9±0.64
(95 % CI)	(3.92, 4.48)	(3.73, 4.22)
การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้(ร้อยละ)		
- ยา	48(100)	46(100)
- band ligation	0	0
- การผ่าตัด	1(2.1)	0

blinded evaluator

สถิติที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติค่า *P* ที่ 0.05 สถิติสำหรับข้อมูล descriptive ใช้ Percent, mean ± SD, 95% CI ข้อมูล nominal ใช้สถิติ Chi–square analysis with Yates correction หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม ข้อมูล continuous ใช้สถิติ unpaired t–test (two tails)ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปทำงานใช้สถิติ unpaired t–test (two tails) และ survival analysis

*ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม*งานวิจัยขออนุญาตผ่านคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมและมี informed consent

ผลการศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดในกลุ่ม Stapled กับ วิธีดั้งเดิม

	กลุ่ม Stapled(n=48)	กลุ่มวิธีดั้งเดิม(n=46)	*P*
ระยะเวลาผ่าตัด(นาที)	16.2±4.08	11.9±2.75	< 0.001*
(95 % CI)	(15.06, 17.36)	(11.10, 12.81)	
จำนวนหัว/แผลผ่าตัด	- (ไม่มีแผลภายนอก)	2.3±0.76	
การปวดแผลหลังผ่าตัด (scoring)			
- วันที่ 1	47.9±21.46	64.4±19.39	<0.001*
- วันที่ 7	15.9±17.15	42.0±22.33	<0.001*
- วันที่ 14	5.2±13.67	16.7±17.61	0.001*
- วันที่ 28	1.8±8.15	6.3±11.74	0.03*
จำนวน(เม็ด) paracetamol ใน 24 ชั่วโมงแรก	4.5±2.42	5.2±1.96	0.12
ภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ)			
- urinary retention	1(2.1)	0	1
- bleeding	5(10.4)	2(4.3)	0.44
- infection	3(6.3)	1(2.2)	
- fissure	1(2.1)	0	
- tags	0	1(2.2)	
recurrent hemorrhoids	1(2.1)	0	
ระยะเวลาที่เริ่มกลับไปทำงาน(วัน)			<0.001*
(95 % CI))	3.9±2.50	9.1±5.50	
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถทำงานได้			<0.001*
ภายใน 7 วัน(ราย)(ร้อยละ)	45(93.8)	16(34.8)	

วิจารณ์

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยด้านเพศ ในกลุ่ม Stapled(48 ราย) มีจำนวนผู้ป่วย ชาย : หญิง เท่ากับ 3 : 1 ซึ่งแตกต่างกับในกลุ่มวิธีดั้งเดิม(46 ราย) มีจำนวนผู้ป่วย ชาย : หญิง ประมาณ 1 : 1 ความแตกต่างดังกล่าว

เป็นข้ออ่อนของระเบียบวิจัยจากการเลือกผู้ป่วยแบบ purposive sampling ในการประเมินความเจ็บปวดด้านเพศ เพศชายน่าจะมีความทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าโดยเฉพาะความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บหรือทวารหนักเนื่องจากเพศหญิงมีประสบการณ์จากการปวดประจำเดือน หรือการคลอดบุตร แต่เพศชายอาจจะมีหน้าที่การงานที่ต้องรีบกลับไปทำงานได้มากกว่าเพศหญิง ประเด็นนี้จะเป็นข้อสังเกตในบทวิจารณ์ต่อไป ในด้านอายุ กลุ่ม Stapled มีค่าเฉลี่ย 46.6 ปีมากกว่ากลุ่มวิธีดั้งเดิม 40.9 ปี เล็กน้อย แต่ยังมีความคล้ายคลึงกัน ในด้านอาชีพ กลุ่ม Stapled ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.1 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง กลุ่มวิธีดั้งเดิม ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ร้อยละ 60.9 ความแตกต่างดังกล่าวเป็นข้อจำกัดเนื่องจากระเบียบวิจัยเช่นเดียวกันในกลุ่มอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย หรือรับจ้างบางประเภทเป็นกลุ่มที่มีสวัสดิการเรื่องค่าใช้จ่ายของ Stapled หรือจ่ายค่ารักษาเอง ในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมอาจจะมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ประเด็นนี้น่าจะเป็นข้อสังเกตในบทวิจารณ์ต่อไป ข้อมูลลักษณะของโรคก่อนผ่าตัดด้านการวินิจฉัยโรค กลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิมใกล้เคียงกัน ด้าน symptom severity scoring[10] ก่อนผ่าตัดในกลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิมมีค่าใกล้เคียงกัน (4.2 กับ 3.9) ด้านการรักษาที่ได้รับ กลุ่ม Stapled และกลุ่มวิธีดั้งเดิม ทั้งหมดรักษาด้วยวิธีทางยามาก่อน ข้อมูลระหว่างผ่าตัด ด้านระยะเวลาผ่าตัด กลุ่ม Stapled 16.2 นาที กลุ่มวิธีดั้งเดิม 11.9 นาที มีความแตกต่างทางสถิติ ($P<0.001$) แต่ยังไม่มีความแตกต่างทางคลินิกเนื่องจากความแตกต่าง ไม่ได้เป็นความเสี่ยงของการผ่าตัดทางศัลยกรรม ในกลุ่มวิธีดั้งเดิมมีค่าเฉลี่ยของจำนวนหัว/แผลผ่าตัด 2.3 หัว/แผล ในกลุ่ม Stapled แผลทั้งหมดเป็นแผลที่อยู่ภายใน anal canal (ประมาณ 2 เซนติเมตร เหนือ dentate line) ข้อมูลหลังผ่าตัด (ไม่มีผู้ป่วยที่ loss follow up) ไม่พบความแตกต่างทางสถิติและทางคลินิกระหว่างกลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิม ของจำนวน paracetamol ใน 24 ชั่วโมงแรก ค่าเฉลี่ย 4.5 เม็ด กับ 5.2 เม็ด ($P = 0.12$) ภาวะแทรกซ้อน urinary retention 1 ราย (ร้อยละ 2.1) กับ 0 ราย ($P = 1$) bleeding 5 ราย (ร้อยละ 10.4) กับ 2 ราย (ร้อยละ 4.3) ($P = 0.44$) การศึกษานี้เป็นการศึกษาติดตามผลแบบ short term จากการศึกษาของ Cheetham MJ[11] พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการใช้อุปกรณ์ Stapled ในเรื่อง persistent pain และ fecal urgency หลังผ่าตัด เป็นรายงานประสบการณ์ในการผ่าตัดโดยใช้ Stapled 22 ราย มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว 5 รายจากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง น่าจะเป็นได้จาก technical หรือ operator-dependent factors ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะในการผ่าตัด ในการศึกษานี้ด้าน recurrent hemorrhoids กลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิม พบ 0 ราย กับ 1 ราย Symptom severity scoring[10,21] หลังผ่าตัดพบความน้อยกว่าทางสถิติของกลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิมในวันที่ 1 ($P< 0.001$) วันที่ 7 ($P < 0.001$) วันที่ 14 ($P = 0.001$) วันที่ 28 ($P = 0.03$) ด้านระยะเวลาที่เริ่มกลับไปทำงานน้อยกว่าทางสถิติและทางคลินิกในกลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิม ค่าเฉลี่ย 3.9 วัน กับ 9.1 วัน ($P < 0.001$) (ความแตกต่างของจำนวนวันเท่ากับ 5.2 วัน) การวิเคราะห์โดยใช้ survival analysis และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงานได้ภายใน 7 วัน กลุ่ม Stapled กับกลุ่มวิธีดั้งเดิม มีความแตกต่างทางสถิติและทางคลินิก 45 ราย (ร้อยละ 93.8) กับ 16 ราย (ร้อยละ 34.8) ($P < 0.001$) ในการวิเคราะห์ความแตกต่างพื้นฐานของผู้ป่วยในด้านเพศและอาชีพ พบว่าเป็นข้อสนับสนุนผลงานวิจัยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เนื่องจากในกลุ่ม Stapled มีการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าและการกลับไปทำงานเร็วกว่า แม้ว่า

ในกลุ่ม Stapled จะมีเพศชายมากกว่าและส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง ซึ่งอาจจะมีความทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่า

ในการศึกษาเรื่อง Stapled hemorrhoidectomy มีข้อแนะนำเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะ จากการศึกษาของ Molloy RG[13] ในปี พศ. 2543 พบว่าหลังการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวาร ควรให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อทุกราย ระยะเวลา 5 วัน ในการศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของยาปฏิชีวนะและความแตกต่างของการติดเชื้อ

การใช้อุปกรณ์ Stapled มีข้อได้เปรียบวิธีดั้งเดิม ในเรื่องของการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า น่าจะเป็นเพราะบาดแผลทั้งหมดอยู่เหนือ dentate line ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ Stapled ยังพบความแตกต่างในเรื่องของการปวดแผลหลังผ่าตัดและระยะเวลากลับไปทำงาน น่าจะเป็นเพราะ

1. การปวดแผลมีความแตกต่างจากประสบการณ์เดิมด้านความเจ็บปวด ระยะเวลากลับไปทำงานขึ้นกับความเจ็บปวด และความจำเป็นต้องรีบกลับไปทำงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านเพศอาชีพ

2. ระยะทางจาก dentate line ในการเย็บ purse-string suture ใช้การประมาณเพื่อการเย็บ ให้ได้ระยะ 4 เซนติเมตร ทำให้ไม่มีความแม่นยำ อันส่งผลถึงการปวดแผลหลังผ่าตัด การเย็บที่ต่ำมาก ๆ จะทำให้ปวดแผลหลังผ่าตัดได้

3. ถ้าตัดเอาส่วนกล้ามเนื้อออกมาด้วยจะทำให้มีผลเรื่องการปวดแผลหลังผ่าตัด ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ในชิ้น donut ที่ตัดออกมา

4. จากการศึกษาของ Cheetham MJ[11] การปวดหลังผ่าตัด น่าจะเกิดในผู้ป่วยที่มี resting pressure สูงก่อนผ่าตัด ทำให้มีการปวดหลังผ่าตัดมาก ๆ ได้

การผ่าตัดริดสีดวงทวารด้วยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ Stapled มีข้อดีคือสามารถผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก การปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลากลับไปทำงานได้ปกติเร็วกว่า ข้อด้อยของอุปกรณ์ดังกล่าวคือยังมีราคาแพง การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้น่าจะดำเนินต่อไป ในแง่ของการศึกษาต่อเนื่องในระยะ long term และ cost-effectiveness สำหรับในการศึกษานี้แม้ว่าไม่ใช่เป็น RCT แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกใช้อุปกรณ์ Stapled เป็นกลุ่มที่กลัวต่อความเจ็บปวด กลับให้ผลการศึกษาที่ปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลากลับไปทำงานได้ปกติเร็วกว่า ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาแบบ RCT[14-15,22-23] งานวิจัยนี้น่าจะเป็นงานวิจัยแรกๆ ในการผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ Stapled ด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่

สรุป

ผู้ป่วยริดสีดวงทวารที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด การใช้วิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ในการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือเย็บตัดต่อริดสีดวงทวารพบว่ามีระยะเวลาที่สามารถกลับไปทำงานได้ปกติเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกและทางสถิติ สามารถผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก น่าจะเป็นทางเลือกในผู้ป่วยที่เหมาะสมบางราย แพทย์สามารถสามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้โดยมีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา วัฒโนภาส. Common anorectal disorders. ใน: ณรงค์ ไวทยางกูล, ทองดี ชัยพานิช, เอาชัย กาญจนพิทักษ์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 13. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2538:หน้า102-8.
2. Corman ML. Colon and rectal surgery. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1989:p49- 105.
3. จำรัส ปัญจศิริ. การกำจัดริดสีดวงทวารด้วยยา. 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, eds. Principle of surgery. 7th ed. New York: McGraw-Hill, 1999:p1295-8.
5. Cataldo PA, Mazier WP.Hemorrhoids. In: Cameron JL, ed. Current surgical therapy. 14th ed. St Louis: Mosby -Year Book, 1992:p219-22.
6. ปริญญา สันติชาติงาม, ณัฏฐ์ บุญนิธิ. การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน urinary retention ของวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ แบบผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังแบบผู้ป่วยใน. รายงานการวิจัยเสนอในการประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต5 ครั้งที่ 2 ประจำปี 2543. โรงแรมทองธารินทร์, สุรินทร์ ; 2543. 11-12 มิถุนายน 2543.
7. Longo A. Treatment of hemorrhiod disease by reduction of mucosa and hemorrhiodal prolapse with circular suturing device: a new procedure. Proceedings of the6th World Congress of Endoscopic Surgery 1998, Rome, Italy, June 1998:p3-6.
8. Thomson WHF. The nature of haemorrhiods. Br J Surg 1956, 62:542-52.
9. Levanon A, Biterman A,Behar A, Cohen O. Hemorrhoidectomy using a circular stapler. Harefuah 2000; 138:12-4.
10. 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.
11. Cheetham MJ, Mortensen NJM, Nystrom P-O, Kamm MA, Phillips RKS. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000;356: 730-3.
12. Roseau E. Hemorrhoids, classical surgery or mechanical endoanal excision. Presse Med 2000; 29:1005-6.
13. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000; 355:810.
14. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2000; 355:782-5.
15. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy(stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2000; 355:779-81.
16. Kohlstadt CM, Weber J, Prohm P. Stapler hemorrhoidectomy-a new alternative to conventional methods. Zentralbl chir 1999; 124:238-43.
17. Roveran A, Susa A, Patergnani M. Hemorrhoidectomy with circular stapler in advanced hemorrhoid pathology. G Chir 1998; 19:239-40.
18. Goldberg SM, Nivatvongs S, Rothenberger DA. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer, eds. Principle of surgery. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 1994:1181-2.
19. Nivatvongs S. Local anesthesia in anorectal surgery. ใน: ธนิต วัชรพุกก์, จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 18. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ ฯ: เจ เอส เค การพิมพ์, 2542: หน้า85-91.
20. Nivatvongs S. An improved technique of local anesthesia for anorectal surgery. Dis Colon Rectum 1982; 25:p259-60.
21. สมศรี เผ่าสวัสดิ์, วราภรณ์ ไวคกุล. Postoperative Pain Management. ใน: ประพันธ์ กิติสิน, พัฒนพงศ์ นาวีเจริญ, ทองดี ชัยพานิช, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 15. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2540:หน้า551-96.
22. Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al. Stapled hemorrhoidectomy-cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments

at up to three months. Dis Colon Rectum 2000;43: 1666-75.

23. Boccasanta P, Capretti PG, Venturi M, et al. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. Am J Surg 2001; 182:64-8.