

Hemorrhoidectomy : Open versus Closed technique at Mahasarakham Hospital

Sudchai Loeivanichjaroen, M.D.*

ABSTRACT

Background : Hemorrhoid was common diseases in elderly age. Open and Closed technique Hemorrhoidectomy was common in the worldwide.

Objective : The aim of this study compared closed (Ferguson) hemorrhoidectomy to open (Milligan-Morgan) regarding postoperative conditions, complications, and long-term results.

Methods : This was a randomized retrospective study of 50 patients with 3-degree or 4-degree hemorrhoids suitable for hemorrhoidectomy in Mahasarakham Hospital, since 1 August 2009 to 31 August 2011. In 25 patients had open hemorrhoidectomy, and in 25 patients had closed hemorrhoidectomy. Operative time, length of hospital stay, wound healing time and postoperative complications were recorded. Pain was assessed by visual analog scale. Follow-up was done at 2 weeks, 4 weeks, and 3 month. T-test analysis was used.

Results : Statistically significant differences were found good outcome in closed hemorrhoidectomy regarding in 48 hours post-operative pain ($p < 0.01$), wound healing time ($p < 0.01$) and mild-moderate hemorrhage complications ($p < 0.01$). No statistically significant difference was found between the two methods regarding operative time ($p > 0.01$), length of hospital stay ($p > 0.01$), postoperative pain in 24 hours ($p > 0.01$) and severe hemorrhage ($p > 0.01$), anal stricture and fecal incontinence complications ($p > 0.01$).

Conclusion : Closed hemorrhoidectomy efficient treatment for hemorrhoids. The closed method has advantage in lower postoperative pain in 48 hours, and faster wound heal, and lower mild to moderate bleeding.

Key words : Hemorrhoidectomy, Complication, Post-operative pain, wound healing

*Chief of General Surgery, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province.

การผ่าตัดริดสีดวงทวาร : แบบแผลเปิดและแผลปิด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

สุดชาย เลยวานิชย์เจริญ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบบ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการรักษาคือการผ่าตัดริดสีดวง ซึ่งนิยมกันคือการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบแผลเปิด และการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบแผลปิด

จุดประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัดริดสีดวงทวารทั้งแบบแผลเปิด และแบบแผลปิด

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบเก็บย้อนหลัง (Retrospective Data collection) โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นริดสีดวงทวารแบบใน เกรด 3 และ เกรด 4 ที่ไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Open technique จำนวน 25 ราย และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Closed technique 25 ราย จากทะเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2554 โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีที (t-test)

ผลการศึกษา : พบว่าการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบปิดดีกว่าแบบเปิดคือ มีอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงที่น้อยกว่า การหายของแผลที่ดีกว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเรื่องภาวะเลือดออกเล็กน้อยถึงปานกลางที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนที่ไม่แตกต่างคือระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาอนที่โรงพยาบาล อาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเรื่องภาวะเลือดออกมาก และผลแทรกซ้อนเรื่องกลิ่นอุจจาระไม่อยู่ รุทวารตีบแคบ

สรุป : พบว่า การผ่าตัดริดสีดวงแบบ Closed hemorrhoidectomy มีข้อดีหลายประการ เช่น การปวดหลังผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมงน้อยกว่า ผลแทรกซ้อนของการมีเลือดออกน้อยหลังผ่าตัดก็น้อยกว่า และแผลหายเร็วกว่า

คำสำคัญ : การผ่าตัดริดสีดวงทวาร, ผลแทรกซ้อน, ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด, การหายของแผลผ่าตัด

บทนำ

ริดสีดวงทวารเป็นโรคที่เกิดจากการขยายตัวของเส้นเลือดดำบริเวณทวาร¹ เป็นโรคที่พบบ่อยในทุกอายุและทุกเพศ² มีการประมาณคร่าวๆว่ามีผู้เป็นโรคริดสีดวงทวารถึงร้อยละ 50 ของประชากรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป³ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มอายุจากระยะมีเลือดปน⁴ ซึ่งมักพบในกลุ่มที่ผู้อยู่ตึกินดี กลุ่มผู้ออกกำลังกาย ร่วมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค⁵

โรคริดสีดวงทวารมีอยู่ 2 ชนิด คือ External haemorrhoid และ Internal haemorrhoid ซึ่งแยกกันโดยบริเวณ Dentate line ชนิดที่เป็น Internal haemorrhoid แบ่งได้ 4 เกรด⁶ คือเกรด 1 ริดสีดวงยังอยู่ภายในทวารหนัก เกรด 2 ริดสีดวงออกมานอกทวารหนักแต่สามารถเข้าไปได้เอง เกรด 3 ริดสีดวงออกมานอกทวารหนักแต่ต้องใช้นิ้วดันเข้า และเกรด 4 ริดสีดวงออกมานอกทวารหนักและไม่สามารถดันเข้าได้

สำหรับริดสีดวงเกรด 1 และเกรด 2 การรักษาโดยส่วนมาก ก็ให้เปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค และพฤติกรรมประจำวัน ร่วมกับการฉีดสารเข้าริดสีดวง หรือใช้ยางรัดหัวริดสีดวง ส่วนริดสีดวงเกรด 3 และ 4 การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน

การผ่าตัดริดสีดวงทวารรู้จักกันดี โดยเริ่มตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 18 โดย Whitehead ต่อมาประมาณปี 1930 Milligan-Morgan ก็คิดค้นวิธีผ่าตัดใหม่ขึ้นมา โดยเรียกว่า Open technique ต่อมาปี 1952 D. Ferguson ก็คิดวิธีผ่าตัดโดยเรียกว่า Closed technique ต่อมาก็มีการคิดค้นวิธีผ่าตัดอื่นๆต่อมาเช่น Laser, Argon, Stapled techniques¹

ในการผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้มีหลักการที่เหมือนกันคือ การตัดตัดหัวริดสีดวง โดยการระวังไม่ให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก

ในการผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้มีลักษณะต่างกันคือ Open hemorrhoidectomy จะไม่เย็บปิดแผลเลย ส่วนวิธีแบบ Closed hemorrhoidectomy จะเย็บปิดแผลทั้งในและนอกทวารที่เป็นแผล ไม่เปิดให้มีรูระบายเลย

วิธีการผ่าตัดแบบ Open hemorrhoidectomy นิยมในอังกฤษ แต่ในอเมริกานิยมผ่าตัดแบบ Closed hemorrhoidectomy ซึ่งดีกว่าในเรื่องการปวดหลังผ่าตัด, เวลาที่แผลหายเร็ว, และผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁷⁻⁹

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัดริดสีดวงทวารทั้งแบบ Open technique และ Closed technique

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเก็บย้อนหลัง (Retrospective Data collection) โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นริดสีดวงทวารแบบใน เกรด 3 และ เกรด 4 ที่ไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Open technique จำนวน 25 ราย และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Closed technique 25 ราย จากทะเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2554 โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

ข้อมูลที่รวบรวมคือระยะเวลาของการผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล การเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Visual analogue scale : VAS) การหายของแผล และโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะสั้นเรื่องเลือดออกและระยะยาวเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายได้รับการติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 3 เดือน

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยริดสีดวงทวารแบบใน เกรด 3 และ เกรด 4 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Open technique จำนวน 25 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Closed technique 25 ราย

จากการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า (ดังที่แสดงในตารางที่ 1) อายุผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 50-60 ปี และพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเกี่ยวกับอายุ เพศ และผู้ป่วยทั้งหมดใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 26.68 นาที และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 28.52 นาที ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.48 วัน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.44 วัน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$)

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique มีค่าคะแนนความเจ็บปวด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เฉลี่ย 5.4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique มีค่าคะแนนความเจ็บปวด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 6.2 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique มีค่าคะแนนความเจ็บปวด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เฉลี่ย 3.4 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique มีค่าคะแนนความเจ็บปวด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เฉลี่ย 4.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

การหายของแผลหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique มีการหายของแผลภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique ไม่มีการหายของแผลใน 2 สัปดาห์ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ ($p<0.01$) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique มีการหายของแผลภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 100 และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique มีการหายของแผลใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 80 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ ($p<0.01$)

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique มีผลแทรกซ้อนเรื่องเลือดออกในระดับ mild to moderate 5 ราย ซึ่งสามารถห้ามเลือดโดยวิธี pressure dressing ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique มีผลแทรกซ้อนเรื่องเลือดออกในระดับ mild to moderate 22 ราย ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ ($p<0.01$)

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique มีผลแทรกซ้อนเรื่องเลือดออกในระดับมาก 1 ราย ต้องเข้าห้องผ่าตัดซ้ำเพื่อไปหยุดเลือด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Closed technique ไม่มีผลแทรกซ้อนเรื่องเลือดออกในระดับมาก ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$)

ผลแทรกซ้อนเมื่อติดตามผลการรักษา 3 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Open technique และ Closed technique ไม่พบ Anal stricture และ Faecal incontinence ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการผ่าตัดริดสีดวงแบบเปิดและแบบปิด

	Open Hemorrhoidectomy (n=25)	Closed Hemorrhoidectomy (n=25)	p - value
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	28.52	26.68	ns
เวลานอนโรงพยาบาล	3.44	3.48	ns
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด			
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	6.2	5.4	ns
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	4.2	3.4	p<0.01
Wound healing time			
การหายของแผลใน 2 สัปดาห์	0 (ร้อยละ 0)	20 (ร้อยละ80)	p<0.01
การหายของแผลใน 4 สัปดาห์	20 (ร้อยละ80)	25 (ร้อยละ100)	p<0.01
Haemorrhage			
No haemorrhag	2 (ร้อยละ 8)	20 (ร้อยละ 80)	p<0.01
Mild to moderate haemorrhage	22 (ร้อยละ 44)	5 (ร้อยละ 20)	p<0.01
Severe haemorrhage	1 (ร้อยละ 4)	0 (ร้อยละ 0)	ns
ภาวะแทรกซ้อนที่ 3 เดือนหลังผ่าตัด			
Anal stricture	0	0	ns
Faecal incontinence	0	0	ns

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

ริดสีดวงทวารพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบมากที่สุดที่อายุ 50 ปีขึ้นไป¹⁰ Aroya และคณะได้สรุปอายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงทวารที่มีอาการอยู่ที่ 43.5 ปี⁷ ส่วนการศึกษาของ Gulzar และคณะก็พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 46-65 ปี¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปีซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมา

ระยะเวลาการผ่าตัด และระยะเวลานอนในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผลการผ่าตัดทั้งแบบ Open hemorrhoidectomy และ Closed hemorrhoidectomy ไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ Ho และคณะ และการศึกษาของ Arbman และคณะพบว่าภาวะเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน^{10,12} การศึกษาของ Shoaib และคณะพบว่าภาวะเจ็บปวดหลังผ่าตัดวันแรกแบบ Open hemorrhoidectomy มีความเจ็บปวดน้อยกว่า5 การศึกษาของ Kim และคณะและการศึกษาของ Gulzar และคณะพบว่าภาวะเจ็บปวดหลังผ่าตัดวันแรกแบบ Closed hemorrhoidectomy มีความเจ็บปวดน้อยกว่า5-13 การศึกษานี้พบว่าภาวะความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงนั้นแบบ Closed hemorrhoidectomy มีความเจ็บปวดน้อยกว่า

Aroya และคณะพบว่าในเรื่องการเลือดออกหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองวิธี7 การศึกษาของ Gulzar และคณะ และการศึกษาของ

Ahmed และคณะ พบว่า Closed hemorrhoidectomy มีภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดน้อยกว่า⁸⁻¹² ส่วนการศึกษานี้พบว่าภาวะเลือดออกมากๆ หลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน แต่เลือดที่ออกน้อยถึงปานกลางหลังผ่าตัดพบว่า Closed hemorrhoidectomy มีน้อยกว่า

การศึกษาของ Aroya และคณะ การศึกษาของ Ahmed และคณะ การศึกษาของ Ho และคณะ และการศึกษาของ Gulzar และคณะพบว่า การผ่าตัดแบบ Closed hemorrhoidectomy แผลหายได้เร็วกว่า⁷⁻¹² ส่วนการศึกษานี้พบว่า การผ่าตัดแบบ Closed hemorrhoidectomy แผลหายได้เร็วกว่าเช่นเดียวกัน

ส่วนผลแทรกซ้อนระยะยาวเมื่อติดตามไป 3 เดือนพบว่าเรื่องของ Anal stricture และ Faecal incontinence ไม่แตกต่างกัน

สรุป

จากการศึกษา พบว่า การผ่าตัดริดสีดวงแบบ Closed hemorrhoidectomy (Ferguson technique) มีข้อดีหลายประการ เช่น การปวดหลังผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมงน้อยกว่า ผลแทรกซ้อนของการมีเลือดออกน้อยหลังผ่าตัดก็น้อยกว่า และแผลหายเร็วกว่า

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และศัลยกรรมทุกท่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. William NS. The anus and anal canal. In: Russell RCG, Williams NS, Bulstrode CJK editors. Bailey & love short practice of surgery. 24th ed. London : Arnold ;2004: 1255-62.
2. Sandhu PS, Singh K. A randomized comparative study of micrinized flavonoids and rubber band ligation in the treatment of acute internal haemorrhoids. Indian J Surg 2004; 66:281-5.
3. Orlay G. Haemorrhoids - a review. Aust Fam Physician 2003;32:523-6.
4. Hartlay GC. Rectal bleeding. Aust Fam Physician 2000;29:829-33.
5. Shoab M, Ali AA, Naqvi N, Gondal KM, Chaudhry AM. Open versus closed haemorrhoidectomy, an experience at Mayo Hospital. Ann KE Med Coll 2003;9:65-8.
6. Steele RJC, Campbell K. Disorders of the anal canal. In: Cuschieri SA, Steele RJC, Moossa AR, editors. Essential Surgical Practice. 4th ed. London: Arnold; 2002:634-7.
7. Aroya A, Perez F, Miranda E, Serrano P, Candela F, Lacueva J. et al. Open versus closed day case haemorrhoidectomy: is there any difference? Results of a prospective randomized study. Int J Colorectal Dis 2004;19:370-3.

8. Ahmed AN, Fatima N, Hussain RA, Chowdhry ZA, Qadir SNR. Strengths and limitations of closed vs open haemorrhoidectomy of 2nd and 3rd degree. *Ann KE Med Coll* 2003;9:219-20.
9. Kim SH, Chung CS. Open vs closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2005;48:108-13.
10. Ho YH, Sco-choen F, Tan M, Leon AF. Randomised control trial of open and closed haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1997;84:1729-30.
11. Malik GA, Wahab A, Ahmed I. Haemorrhoidectomy : open versus closed technique. *Journal of Surgery Pakistan* 2009; 170-2.
12. Arbman G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs open hemorrhoidectomy - is there any difference? *Dis Colon Rectum* 2000;43:34-4.
13. Ramadan E, Vishne T, Dreznik Z. Harmonic scalpel haemorrhoidectomy: preliminary results of a new alternative method. *Tech Coloproctol* 2002;6:89-92.