

Surgical anatomy and Diseases of the anal canal

อรุณ โรจนสกุล*

ความผิดปกติบริเวณทวารหนักเกิดจากโรคต่าง ๆ หลายโรค โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ริดสีดวงทวาร (hemorrhoid) โรคที่พบบรองลงมา คือ โรคแผลขอบทวาร (anal fissure) และ ฝีคัณฑสูตร (anorectal abscess and fistula) ส่วนโรคอื่นๆ ซึ่งมีอีกหลายโรค พบได้ไม่บ่อยนัก เช่น มะเร็งทวารหนัก โรคบิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิด โรคผิวหนัง โรคตกโพล (prolapse rectum) ฯ เป็นต้น

โรคทางทวารหนักมีอาการแสดงคล้ายๆ กันเช่น เลือดออก เจ็บ มีก้อนหรือติ่งเนื้องอก คัน มีมูก หรือหนอง ทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจผิดและมักจะเรียกรวมเมื่อมีอาการบริเวณทวารหนักว่า “ริดสีดวงทวาร” โดยแท้จริงแล้วโรคทางทวารหนักสามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่าย โดยการดู การใช้นิ้วคลำ และการตรวจด้วย anoscope แต่เนื่องจากทวารหนักเป็นอวัยวะภายในร่มผ้าและเปราะบางอยู่จนอาจทำให้ผู้ป่วยมีความอายที่จะให้แพทย์ตรวจ แพทย์คลินิกส่วนใหญ่ก็ไม่ชอบตรวจทวารหนักเพราะเหตุผลดังกล่าวเช่นกัน ทำให้การรักษาโรคทางทวารหนักไม่ได้ผลดี บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามาเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยให้ถูกต้อง จึงเสียโอกาสอันดีที่จะรักษาให้หายภายในเวลาอันสั้น ด้วยวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก

เพื่อที่จะทำความเข้าใจเรื่อง ความผิดปกติบริเวณทวารหนักได้ง่ายจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานทางกายวิภาคและสรีระวิทยาของทวารหนักพอสังเขป

ลักษณะทางกายวิภาคและสรีระวิทยาของทวารหนัก (Figure 1)

ทวารหนักส่วนปลาย (anal canal) เป็นส่วนปลายสุดของระบบทางเดินอาหารจากระดับของกล้ามเนื้อ puborectalis ถึงขอบทวารหนัก (anal verge) มีความยาวประมาณ 4 ซม. ทวารหนักมีกล้ามเนื้อ 2 ชุดล้อมรอบ คือกล้ามเนื้อ internal sphincter ซึ่งเป็นชั้นที่ต่อเนื่องมาจากชั้น circular muscle ของลำไส้ใหญ่และ external sphincter และ puborectalis ซึ่งอยู่รอบ internal sphincter กล้ามเนื้อ internal sphincter เป็นกล้ามเนื้อชนิด involuntary จะบีบตัวเกือบตลอดเวลา ส่วนกล้ามเนื้อ external sphincter และ puborectalis เป็นกล้ามเนื้อ voluntary ซึ่งทำหน้าที่กลั้นอุจจาระ

ชั้นเยื่อผิวหนังที่ระดับสูงจากขอบทวาร (anal verge) ประมาณ 2 ซม. มีรอยแนวเป็นเส้นเรียกว่า dentate line ที่ระดับต่ำกว่า dentate line เยื่อผิวหนังจะเป็นชนิด squamous epithelium ที่ระดับเหนือ dentate line ขึ้นไปประมาณ 1 ซม. เรียกว่า transitional zone มีเยื่อผิวหนังหลายชนิด คือ squamous epithelium, transitional cell และ stratified squamous epithelium เหนือจาก transitional zone เยื่อผิวหนังจะเหมือนกับลำไส้ใหญ่ คือ เป็นชนิด columnar epithelium ประสาทรับความรู้สึกที่ระดับต่ำกว่า dentate line ไวต่อความรู้สึกเจ็บต่างจากที่ระดับเหนือ dentate line ซึ่งไม่ไวต่อความรู้สึกเจ็บ ดังนั้นการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การผูกริดสีดวงทวาร การฉีดยา

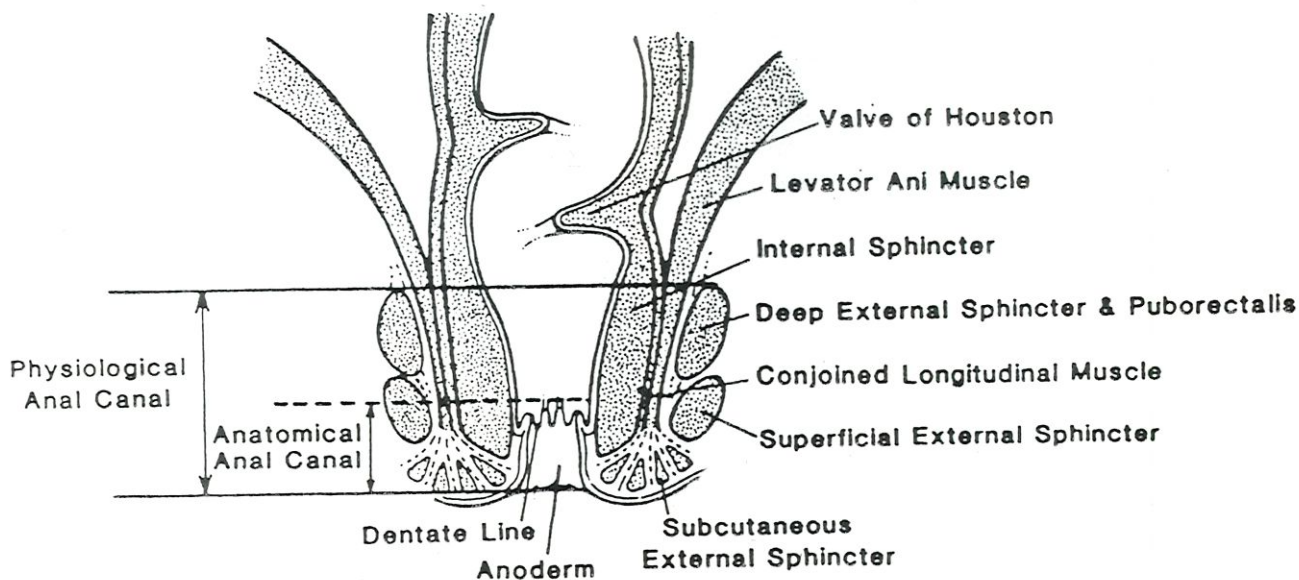


Figure 1 Anatomical and physiological Anal canal

ที่ระดับเหนือ dentate line จึงสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้ยา
ระงับความรู้สึก ชั้น submucosa บริเวณเหนือ dentate line
หนาไม่เท่ากันตลอดรอบวง ส่วนที่หนาขึ้นตามแนวยาวเรียกว่า
anal cushion ตำแหน่งของ anal cushion มักจะคงที่คือ
ทางด้านซ้าย ด้านขวาหน้าและด้านขวาหลังโดยไม่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งเส้นเลือดที่มาเลี้ยงทวารหนักตามที่เคยเชื่อกันมา
เนื้อเยื่อของ anal cushion เป็น connective ติดกับกล้ามเนื้อหูรูด
โดยปกติ anal cushion มีหน้าที่คล้ายริมฝีปาก คือจะปิดทวาร
หนักให้สนิท ทำให้อุจจาระไม่เปราะเปื้อน และยังทำให้ทวาร
หนักไม่ฉีกขาดได้ง่ายขณะถ่ายอุจจาระเพราะ anal cushion
มีความยืดหยุ่นได้ดี anal cushion นี้เกี่ยวข้องกับทฤษฎี
การเกิดริดสีดวงทวารซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

ถัดจากชั้น submucosa เป็นชั้น internal sphincter
ในภาวะปกติกล้ามเนื้อนี้จะทำหน้าที่ปิดทวารหนักตลอดเวลา
ทำให้อุจจาระไม่เปราะเปื้อน internal sphincter ยังมีบทบาท
สำคัญยังต่อการเกิด anal fissure และริดสีดวงทวาร

ถัดจากชั้น internal sphincter เป็นชั้น intersphincteric
space ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดและแพร่กระจายของฝีคัณฑสูตร
คือ บริเวณ dentate line มี anal glands อยู่ประมาณ 6-10
ต่อมโดยรอบ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบอยู่ทางด้านหลังของทวารหนัก
anal glands บางต่อมมีแขนงยื่นทะลุผ่าน internal sphincter
ถึงชั้น intersphincteric space เมื่อมีการอักเสบของ anal glands
จึงลุกลามถึง intersphincteric space ได้ ซึ่งจะกระจาย
ออกไปเป็นฝีคัณฑสูตรชนิดต่างๆ

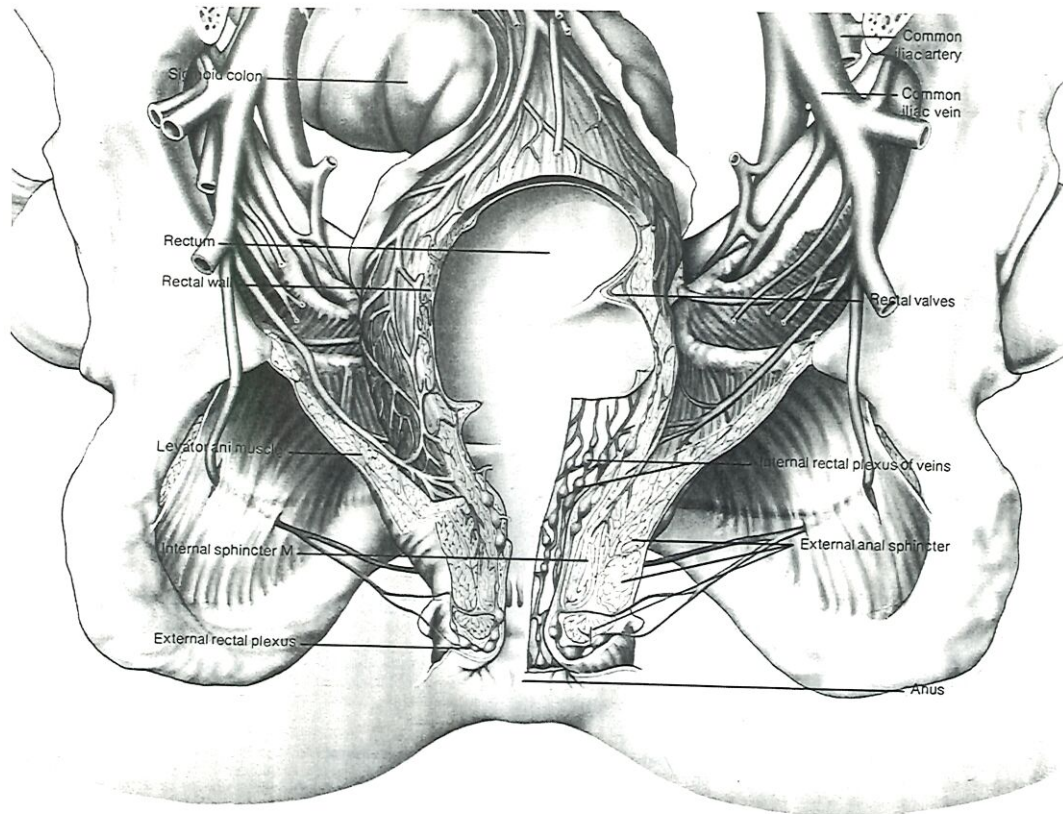


Figure 2 Anatomy of the anal canal and lower rectum

หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณ rectum ส่วนปลายและ anal canal มาจาก Inferior mesenteric และ Internal Iliac vessels แบ่งเป็น 3 ชุด คือ Superior hemorrhoidal vessels จาก Inferior mesenteric vessels เลี้ยงส่วนบน ส่วน Middle และ Inferior hemorrhoidal vessels จาก Internal iliac vessels เลี้ยงส่วนกลางและส่วนล่าง การเชื่อมต่อของ Superior และ Middle hemorrhoidal vessels จัดเป็น anastomosis ที่สำคัญระหว่าง หลอดเลือดสองชุด

ริดสีดวงทวาร (internal hemorrhoid)

พยาธิสรีรวิทยา

สมมุติฐานการเกิดริดสีดวงทวารมีหลายทฤษฎี ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือ ทฤษฎีของ Thomson ซึ่งได้ตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2518 Thomson ได้ศึกษาลักษณะทางกายวิภาคของมนุษย์ทุกช่วงอายุและได้ใช้คำว่า “vascular cushions” เพื่ออธิบายการเกิดริดสีดวงทวาร กล่าวคือ anal cushion จะเลื่อนตัวลงมาทางขอบทวารขณะถ่ายอุจจาระและกล้ามเนื้อ muscularis submucosa จะทำหน้าที่ดึง anal cushion ที่เลื่อนต่ำลงให้กลับเข้าที่ ในกรณีที่เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อเล็กๆ เหล่านี้ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้

anal cushion เลื่อนต่ำลงและอาจโดนรัดโดย internal sphincter ทำให้เลือดคั่งและเลือดออกได้ ในกรณีที่เส้นใยกล้ามเนื้อเสียมากขึ้น anal cushion ก็จะเลื่อนต่ำลงมากและไม่กลับสู่ที่เดิม จึงไหลออกมาที่ขอบทวารทำให้เกิดเป็นริดสีดวงในระยะต่างๆ ขึ้น

จากผลการศึกษาเรื่องแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูด พบว่าในผู้ป่วยริดสีดวงทวาร internal anal sphincter จะมีแรงบีบมากกว่าในคนปกติซึ่งอธิบายได้ว่า การเพิ่มแรงบีบนี้ทำให้เกิดการคั่งของเลือด ทำให้ anal cushion ต้องเสียตึงกันมากขึ้น

ในหญิงมีครรภ์ มีการคั่งของเลือดบริเวณทวารหนัก

มากกว่าในคนปกติทำให้เกิดอาการของริดสีดวงทวารหนักมากขึ้น และจะมีอาการดีขึ้นเมื่อคลอดบุตรแล้ว

กลุ่มผู้ป่วย portal hypertension พบว่า อุบัติการณ์ของ ริดสีดวงทวารไม่ต่างจากในคนปกติ แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้ามีอาการของริดสีดวงทวารจะมีโอกาสเลือดออกมาก เพราะแรงดันในเส้นเลือดดำที่สูงขึ้น อีกทั้งการแข็งตัวของเลือดก็มีความบกพร่องด้วย

ริดสีดวงทวารแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามประวัติอาการ โดยไม่ได้แบ่งตามลักษณะการตรวจพบ คือ

ระยะที่ 1. (first degree hemorrhoid) ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกขณะถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 2. (second degree hemorrhoid) หัวริดสีดวงทวาร (anal cushion) จะโผล่ออกมาขณะถ่ายอุจจาระ และกลับเข้าที่ได้เองหลังถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 3. (third degree hemorrhoid) หัวริดสีดวงโผล่ออกจากขอบทวารขณะถ่ายอุจจาระ และต้องใช้มือดันกลับเข้าทวารหนักหลังถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 4. (fourth degree hemorrhoid) หัวริดสีดวงจะยื่นออกมานอกขอบทวารหนักตลอดเวลา

Strangulated hemorrhoid (Gangrenous hemorrhoid, Hemorrhoid Crisis) ในกรณีที่หัวริดสีดวงทวารเลื่อน

ออกมานอกขอบทวารแล้วโดนกล้ามเนื้อหูรูดรัดจนไม่สามารถกลับเข้าที่ได้จะเกิดการอุดตันและก้อนเลือดในเส้นเลือดซึ่งต่อมาจะเกิดการเน่าเหม็นและเป็นแผล ภาวะนี้บางครั้งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติริดสีดวงทวารเลย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บมากและมีมูกเลือดเปรอะเปื้อน

การวินิจฉัยแยกโรค

โรคที่เกี่ยวข้องกับริดสีดวงทวารมีหลายโรคและการเรียกชื่อโรคเหล่านี้ บางครั้งก็ค่อนข้างสับสนในความหมาย ความผิดปกติบริเวณทวารหนักเหล่านี้ ได้แก่ polyps, hypertrophy anal papilla, rectal prolapse, mucosal prolapse, perianal thrombosis, external hemorrhoid, skin tag, มะเร็งทวารหนัก เป็นต้น

Polyps polyps ที่อยู่ใกล้ขอบทวารไม่ว่าจะเป็นชนิดใดๆ เช่น pedunculated polyps, sessile polyps, juvenile polyps ก็จะมีอาการเหมือนริดสีดวงทวารได้ คือ มีเลือดออกและมีหัว โผล่ที่ขอบทวาร แต่การวินิจฉัย polyps ทำได้ง่ายโดยการตรวจ ด้วย anoscope

Hypertrophy anal papilla ที่ระดับ dentate line บางครั้งจะมี fibrous polyps เกิดขึ้นเอง หรือเกิดขึ้นร่วมกับ anal fissure อาจมีขนาดตั้งแต่ 1 มม. ถึง 1 ซม. และอาจโผล่ออก

Table 1. Techniques for treating hemorrhoids.

Mode of action	Techniques
1. Fixation of anal cushions	- injection therapy - infrared coagulation - heater probe coagulation - bipolar coagulation - ultroid?
2. Fixation of anal cushions and destroy redundant mucosa	- rubber band ligation - cryotherapy - laser coaptation
3. Relaxation of internal anal sphincter	- maximal anal dilatation - internal anal sphincterotomy
4. Radical excision of hemorrhoids	- hemorrhoidectomy - laser hemorrhoidectomy

นอกทวารหนักได้ การวินิจฉัยทำได้ง่ายโดยการตรวจด้วย anoscope และรักษาโดยการตัดออก

Rectal prolapse rectal prolapse ที่เป็นมากแล้วจะวินิจฉัยแยกจากริดสีดวงทวารได้ไม่ยาก กล่าวคือ ทวารหนักจะโผล่ออกจากขอบทวารหนักมากและจะเห็นลักษณะรอยพับของ mucosa เป็นเส้นรอบวง (circular fold) แต่ในกรณีที่ rectal prolapse เป็นไม่มากนัก คือโผล่จากขอบทวารเพียงเล็กน้อย จะแยกโรคจากริดสีดวงทวารได้ยาก เพราะจะเห็นเนื้อที่โผล่ออกมาเป็นร่องตามแนวยาวเหมือนริดสีดวงทวารได้ ในกรณีนี้ถ้าลองดึงขอบทวารแล้วเนื้อเยื่อบริเวณนั้นต่อเนื่องเป็นแนวเดียวกันถึงด้านในทวาร ก็แสดงว่าเป็นริดสีดวงทวาร แต่ถ้าเห็นเป็นร่องระหว่างกลางควรนึกถึง rectal prolapse มากกว่าและถ้าต้องการวินิจฉัยให้แน่นอนอาจพิสูจน์ด้วย การทำเอกซเรย์ defecogram

Mucosal prolapse มักพบในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหูรูดไม่แข็งแรงหรือในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณทวารหนักอย่างไม่ถูกต้องวิธีมาก่อน การตรวจ anoscope จะเห็นว่า mucosa ที่ยื่นออกมาจะมีสีชมพูอ่อนเหมือนกับเยื่อบุทวารหนัก ซึ่งต่างจากริดสีดวงทวารที่มีสีคล้ำและมีเลือดคั่งมากกว่า

Perianal thrombosis ภาวะนี้เกิดจากเลือดในเส้นเลือดดำขอบทวารแข็งตัว ทำให้เป็นก้อนเลือดขนาดเล็ก ขนาดมักไม่เกิน 1 ซม. อยู่ภายในเส้นเลือด โดยอาจจะเกิดก่อนเลือดก่อนเดียวหรือหลายก้อนในเส้นเลือดหลายๆ เส้นที่อยู่ติด ๆ กันได้ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บ คลำได้ตุ่มเนื้อที่ขอบทวาร ภาวะนี้มีชื่อเรียกอื่น ๆ อีกคือ perianal hematoma, thrombosed external hemorrhoid แต่ชื่อทั้งสองสื่อความหมาย และอธิบายพยาธิสภาพได้ไม่ชัดเจนเท่ากับคำว่า perianal thrombosis การรักษาภาวะนี้ทำได้ง่าย โดยการตัดออกหรือกรีด เอาก้อนเลือดที่แข็งตัวออก ซึ่งแล้วแต่ว่าเป็นมากน้อยเท่าใด ในกรณีที่เป็นการมาหลายวันและผู้ป่วยทุเลาเจ็บแล้ว ควรรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดเพราะก้อนเลือดจะยุบหายได้เองในเวลาต่อไป

External hemorrhoid และ skin tag ความหมายของคำทั้งสองนี้อาจจะสับสนและบางครั้งก็ใช้แทนกันได้ ผิวหนังขอบทวารในบางครั้งจะเป็นติ่งเนื้อยื่นออกมา อาจเป็นติ่งเดียวหรือหลาย ๆ ติ่งรอบทวารหนัก ส่วนใหญ่จะพบในเพศหญิง ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เพราะเข้าใจว่าเป็นริดสีดวงทวาร แพทย์ควรจะอธิบายให้เข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีอันตรายและไม่ต้องรักษาก็ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการรักษาจริง ๆ ก็สามารถรักษาได้โดยการตัดออก คำว่า external hemorrhoid นอกจากจะหมายถึงติ่งเนื้อ

ขอบทวารดังกล่าวแล้ว บางครั้งยังหมายถึงริดสีดวงที่อยู่ต่ำกว่า dentate line ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับ internal hemorrhoid รวมเรียกว่า mixed hemorrhoid

มะเร็งขอบทวารมีหลายชนิด ในระยะที่เป็นมากแล้วจะวินิจฉัยได้โดยง่ายเพราะเห็นเป็นก้อนแข็งหรือเป็นแผลชัดเจน แต่ในระยะเริ่มแรกอาจวินิจฉัยผิดพลาดได้ การวินิจฉัย ที่แน่นอนคือ ต้องตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา

การรักษาริดสีดวงทวาร

การรักษาริดสีดวงทวารมีหลายวิธีขึ้นกับขนาดและความรุนแรงของอาการแสดง ผู้ป่วยและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนิยมรักษาริดสีดวงทวารด้วยวิธีเหน็บยา ทายา หรือรับประทานยาชนิดต่าง ๆ

ยาเหน็บและยาทารักษาริดสีดวงทวารมีหลายชนิด ในท้องตลาด ยาในกลุ่มนี้จะมีส่วนประกอบคือ ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่, steroids, antiseptics และยาปฏิชีวนะ โดยมีสารหล่อลื่นพวก paraffin เป็นตัวหลัก ถ้าพิจารณาจากพยาธิกำเนิดริดสีดวงทวารจะเห็นว่ายาในกลุ่มนี้ไม่น่าจะใช้รักษาริดสีดวงทวารได้ อย่างไรก็ตามยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทำให้ความรู้สึกระคายเคืองทวารหนักลดลง และสารหล่อลื่นทำให้ anal cushion เสียดสีน้อยลง และอาการดีขึ้น แต่สาร antiseptics, antibiotics และ steroids ที่ผสมอยู่ไม่น่าจะเป็นประโยชน์แต่อาจทำให้เกิดโทษ เช่น การแพ้ยาและคันได้ จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่า ยาในกลุ่มนี้ใช้ได้ผลพอสมควรในระยะเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยจะกลับมีอาการอีกคือจะไม่หายขาดผู้ป่วยหลายรายมีประวัติใช้ยาเหน็บมาเป็นเวลานาน โดยการซื้อยามาใช้เอง

ยารับประทาน ในประเทศไทยมียารับประทานรักษาริดสีดวงทวารหลายชนิด ซึ่งกล่าวอ้างว่ามีสรรพคุณทำให้ผนังเส้นเลือดแข็งแรงขึ้น ทำให้เลือดออกจากริดสีดวงทวารน้อยลง อย่างไรก็ตาม รายงานผลการใช้ยาในกลุ่มนี้ยังมีน้อยและยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน

วิธีการรักษาริดสีดวงทวารในปัจจุบัน

ริดสีดวงทวารที่มีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น เลือดออกเป็นครั้งคราวสามารถรักษาให้ทุเลาได้โดยการหลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระ ซึ่งทำได้โดยการรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ดื่มน้ำและออกกำลังกายให้สม่ำเสมอซึ่งทำให้อุจจาระง่ายขึ้น ถ้าปฏิบัติดังกล่าวแล้วยังอุจจาระลำบากควรเพิ่มยาเพิ่มกากอุจจาระ (bulk forming agents) เช่น เม็ดแมงลัก, psyllium seeds จะทำให้

อุจจาระสะดวกขึ้นและอาการของริดสีดวงทวารดีขึ้น

การรักษาริดสีดวงทวารโดยวิธีทางศัลยกรรม มีหลายวิธี แต่มีหลักการเพื่อแก้ไขพยาธิวิทยาการเกิดริดสีดวงทวารด้วยวิธีการต่างๆ ตามตารางที่ 1 (Table 1)

การฉีดยา (sclerotherapy)

หลักการ การฉีด sclerosing agent จะฉีดเหนือ dentate line ประมาณ 1 ซม. โดยฉีดเข้าไปในชั้น submucosa เพื่อหวังผลให้เกิด fibrosis ของเนื้อเยื่อ จะได้ยึด anal cushion ไม่ให้เลื่อนลงมา และยังทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณริดสีดวงทวารน้อยลงเพราะเกิด fibrosis ของเนื้อเยื่อ การฉีด sclerosing agent เหมาะสำหรับริดสีดวงทวารในระยะ first degree

สารที่ใช้ฉีดมีหลายชนิด แต่ที่นิยมแพร่หลายมากที่สุด คือ 5% phenol in almond oil เพราะราคาถูกและเตรียมได้ง่าย กรณีที่ไม่มี almond oil ก็ใช้น้ำมันพืชแทนได้ ข้อเสียของ 5% phenalin oil คือ ความหนืด จึงต้องใช้เข็มขนาดใหญ่ประมาณ เบอร์ 20 จึงจะฉีดได้ง่าย แต่ก็จะมีข้อเสีย คือ ยาจะรั่วออกมาตามรอยเข็มได้มาก

อุปกรณ์ ควรใช้ anoscope ที่มีขนาดใหญ่เส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 20 มม. ขึ้นไปและ anoscope ชนิดปลายตัดจะดีกว่าชนิดปลายเฉียงเพราะการฉีดหลายตำแหน่งจะทำได้ง่ายกว่า สำหรับเข็มฉีดยาต้องใช้เข็มยาว มีเข็มและกระบอกฉีดยา โดยเฉพาะสำหรับฉีดริดสีดวงทวาร แต่มีราคาแพง จึงอาจใช้เข็ม spinal needle แทนได้

วิธีการฉีด ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ใส่ ano- scope เช็คว่าอุจจาระจนหมด ไม่ต้องทำ antiseptics แล้วเลื่อน anoscope จนเห็นบริเวณที่ต้องการฉีดยา แสงเข็มฉีดยาเข้าได้ชั้น submucosa ซึ่งจะนูนขึ้นขณะฉีดยา ถ้าบริเวณที่ฉีดยา ไม่นูนขึ้นเมื่อฉีดยาแสดงว่าแสงเข็มลึกเกินไป แต่ถ้าแสงเข็มตื้นเกินไปขณะฉีดยาจะเห็นบริเวณที่ฉีดยารูปร่างขี้นครก ควรฉีดยา ตำแหน่งละไม่เกิน 3 มล. และฉีดยาได้ทั้ง 3 ตำแหน่งในการฉีด ยา 1 ครั้ง

ภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดริดสีดวงทวาร ตามวิธีการดังกล่าวเกิดขึ้นน้อยมาก เช่น บริเวณที่ฉีดยาจะเป็นแผลถ้ำฉีดยาตื้นเกินไป แต่ก็หายได้ในเวลาไม่นานนักการเกิดฝีและ paraffinoma oleoma) พบได้น้อยมากในผู้ป่วยชาย ถ้าฉีดยาลึกเกินไปทางด้านหลังยาอาจเข้าไปใน ต่อมลูกหมากและเกิดปัสสาวะเป็นเลือดได้

ผลการรักษา การฉีดยาเพื่อรักษาภาวะเลือดออกจากริดสีดวงทวาร จะได้ผลในระยะแรกดีมาก แต่ผลในระยะยาวจะ

ไม่คืนนัก อย่างไรก็ตามก็เนื่องจากการฉีดยาทำได้ง่าย ราคาถูก ผลแทรกซ้อนมีน้อยดังกล่าวนั้นแล้ว วิธีนี้จึงยังเป็นวิธีที่ใช้กันอยู่อย่างแพร่หลาย

Infrared coagulation

เครื่องมือ infrared เป็นเครื่องมือที่ใช้กระแสไฟฟ้า โดยมีดวงไฟกำเนิดแสง (infrared lamp) แสง infrared จะเดินทางไปในเส้นใยแก้วนำแสง เมื่อถึงเนื้อเยื่อจะเปลี่ยนเป็นความร้อน ทำให้เกิด coagulation ซึ่งสามารถปรับเครื่องให้เกิด coagulation ลึกประมาณ 3 มม. และกว้าง 3 มม. การใช้ infrared coagulator จะจี้เหนือ dentate line บริเวณหัวริดสีดวงทวารโดยจี้ตำแหน่งละ 3-5 จุดชิด ๆ กัน หลังการจี้บริเวณที่จี้จะเกิดเป็นแผลตื้น ๆ เล็ก ๆ แผลจะหายใน 2-3 สัปดาห์ต่อมาทำให้เกิด fibrosis ขึ้น

การรักษาริดสีดวงทวารด้วย infrared ได้ผลดี สะดวก ทำได้ง่ายและทำได้ครั้งละหลายตำแหน่ง แต่มีข้อเสีย คือ เครื่องมือมีราคาแพงต้องการเปลี่ยนส่วนปลายของเครื่องมือที่ทำด้วย teflon เป็นครั้งคราว และท่อนำแสงซึ่งภายในเป็นเส้นใยแก้วก็ชำรุดได้ง่าย เครื่องมือนี้จึงไม่เหมาะกับคลินิกที่มีผู้ป่วยจำนวนน้อย

Heater probe

มีหลักการวิธีการตลอดผลการรักษาคล้าย infrared coagulator

Bipolar coagulator

ก็เช่นเดียวกับ infrared coagulator และ heater probe คือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ไฟฟ้าไปทำให้เนื้อเยื่อเกิด coagulation ที่คลินิกโรคทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการใช้เครื่องมือไฟฟ้า bipolar coagulator เพื่อรักษาริดสีดวงทวารระยะที่หนึ่ง และระยะที่สอง พบว่าได้ผลดีเหมือน infrared coagulator ข้อดีของ bipolar coagulator คือ เครื่องมือมีราคาไม่แพงและทนทานไม่ต้องเสียค่าบำรุงรักษาสำหรับข้อเสีย คือ เวลาจี้จะเกิดควันขึ้นเล็กน้อยและความลึกของ coagulation ปรับได้ไม่แน่นอน จึงอาจเกิดแผลลึกและมีโอกาสเกิดเลือดออกภายหลังได้

Ultroid

เป็นวิธีการใหม่โดยใช้กระแสไฟฟ้าต่ำ ๆ ผ่านจากเครื่อง

เข้าไปในปลายเข็ม 2 อัน ซึ่งอยู่คู่กัน ในขณะที่รักษาจะแทงเข็มปลายคู่เข้าไปเหนือริดสีดวงทวารแล้วเปิดให้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำมาก ๆ เดินทางผ่านเนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างเข็มทั้งสองในขณะที่รักษาผู้รักษาต้องจับตามเข็มไว้นิ่งๆ ครั้งละประมาณ 10 นาที ผลการรักษาได้ผลเทียบได้กับ infrared coagulator และ bipolar coagulator คือ รักษาริดสีดวงในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองได้ผลประมาณ 80-90% แต่เครื่องมือ ultroid มีราคาแพงและวิธีการรักษาก็ไม่สะดวก อย่างไรก็ตามวิธีนี้เริ่มได้รับความนิยมในกลุ่มแพทย์ระบบทางเดินอาหารในสหรัฐอเมริกา

Rubber band ligation

หลักการ เป็นวิธีการรัดเนื้อเยื่อของทวารหนักเหนือริดสีดวงทวาร หลังการรัด เนื้อเยื่อที่ถูกรัดจะเน่าหลุดไปเกิดเป็นแผลขนาด 5 มม. แผลนี้จะหายและเกิด fibrosis ในเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

อุปกรณ์ ต้องมีเครื่องมือโดยเฉพาะสำหรับรัดห่วงยางขนาดเล็ก บนเนื้อเยื่อของทวารหนัก เครื่องมือนี้มีหลายรูปแบบและราคาต่างๆ กัน ผู้เขียนได้ประดิษฐ์เครื่องมือขึ้นโดยมีวิธีการใช้เช่นเดียวกับเครื่องมือจากต่างประเทศ แต่กลไกในการผลิตและวัสดุในการผลิตมีราคาถูกกว่ามาก

วิธีการ ใส่ anoscope แล้วเลื่อน anoscope จนเห็นตำแหน่งที่จะรัดยาง ซึ่งควรสูงกว่า dentate line ประมาณ 1 ซม. แล้วให้ผู้ช่วยถือ anoscope ไว้หนึ่ง ๆ สอดเครื่องรัดริดสีดวงทวารเข้าไปใน anoscope จับและดึงเนื้อเยื่อของทวาร

หนักเข้ามาในส่วนหัวของเครื่องมือแล้วจึงดันยางออกจากริดสีดวงทวาร การรัดริดสีดวงทวารอาจรัดครั้งละ 1 ตำแหน่งหรือหลายตำแหน่งก็ได้

ควรนัดผู้ป่วยมาดูผลหลังการรัดยาง 3-4 สัปดาห์ เพราะเป็นเวลาที่แผลจากการรัดยางหายพอดี หลังจากการรัดริดสีดวงทวารด้วยยาง ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดทวารไม่มากนัก ในรายที่ปวดมากควรเอายางออกและรัดยางใหม่ในตำแหน่งที่สูงขึ้น การเอายางออกควรทำทันทีและถ้าใช้เข็มถักไหมพรมก็จะเอายางออกได้โดยง่าย

หลังจากการรัดริดสีดวงทวารด้วยยาง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เจ็บ เลือดออกและมีรายงานว่ามีการติดเชื้อของทวารหนักอย่างรุนแรงจนผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตหลังการผูกริดสีดวงทวารด้วยยาง อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีรายงานการติดเชื้อที่รุนแรงเช่นนี้ในผู้ป่วยไทยทั้ง ๆ ที่วิธีการนี้มีการใช้อย่างแพร่หลายมาก

ผลการรักษาริดสีดวงทวาร โดยการรัดยางได้ผลดีมาก และเนื่องจากอุปกรณ์ราคาไม่แพง วิธีการสะดวกต่อการเรียนรู้วิธีการนี้จึงน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยริดสีดวงทวารส่วนมากในประเทศของเราในปัจจุบัน

Cryosurgery และ Laser coaptation

มีผู้ใช้น้อยเพราะเครื่องมือมีราคาแพงและไม่สะดวกในการใช้งาน

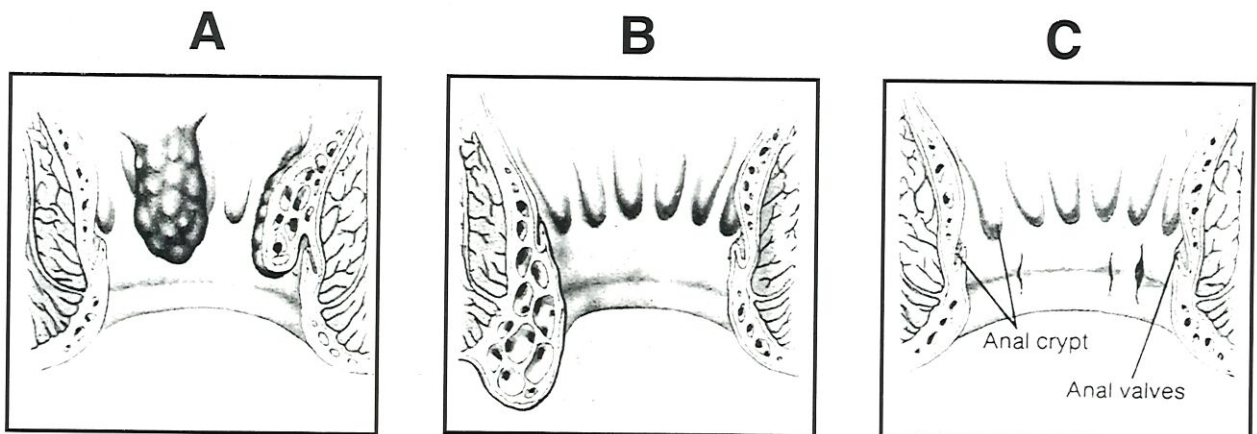


Figure 3 A. Internal hemorrhoids B. External hemorrhoids C. Anal fissure

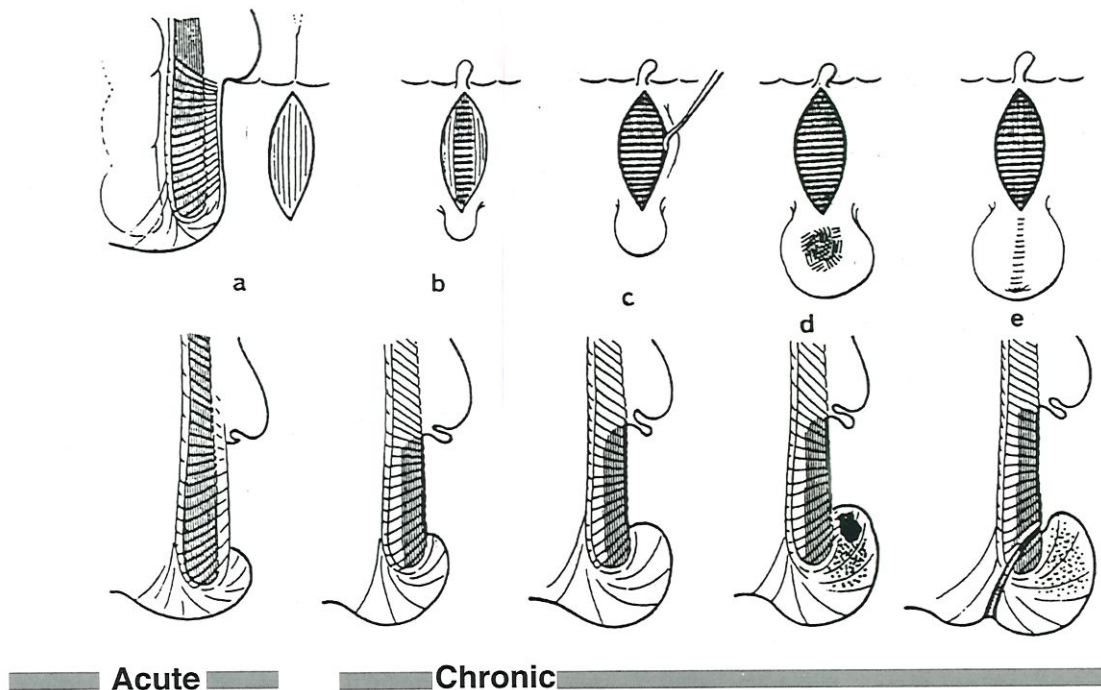


Figure 4 The anatomical changes from acute anal fissure to become chronic anal fissure

Maximal anal dilatation (Lords)

ได้รายงานวิธีรักษาริดสีดวงทวารด้วยวิธีนี้ในปี พ.ศ. 2511 โดยมีหลักการว่าริดสีดวงทวารเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีแรงบีบของทวารหนักสูงขึ้นและการถ่างขยายทวารหนักจะทำให้แรงบีบลดลงได้

วิธีการ ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึก จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ค่อย ๆ ถ่างขยายทวารหนักด้วยนิ้วมือโดยเริ่มต้น 2 นิ้ว แล้วเพิ่มเป็น 4 นิ้ว จนกระทั่งใส่นิ้ว 8 นิ้วเข้าไปในทวารหนัก โดยค่อย ๆ นวดออกมาทางด้านข้างและระวังขอบทวารหนักฉีกขาดทางด้านหน้าและด้านหลัง หลังจากการถ่างใส่ฟองน้ำไว้ในทวารหนักประมาณ 1 ซม. ให้ผู้ป่วยกลับถ่างทวารหนักด้วยแท่งโลหะด้วยตนเองเป็นครั้งคราว ผลการรักษาริดสีดวงทวารด้วยวิธีนี้ได้ผลประมาณ 75%

จากประสบการณ์ของผู้เขียนเห็นว่า maximal anal dilatation พอใช้ได้กับ early strangulated hemorrhoid ส่วนริดสีดวงในระยะอื่น ๆ มีวิธีการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ ที่สะดวกกว่าและได้ผลดีอยู่แล้ว อีกประการคือ ไม่ควรใช้วิธีนี้กับผู้ป่วยที่มีอายุมากเกิน 55 ปี เพราะอาจทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้

Internal anal sphincterotomy

การรักษาริดสีดวงทวารด้วยวิธีนี้ได้ผลประมาณ 75% แต่ไม่เป็นที่นิยม

การผ่าตัดริดสีดวงทวาร (Surgical hemorrhoidectomy)

การผ่าตัดริดสีดวงทวาร เป็นวิธีการขั้นสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาริดสีดวงทวาร คือ เป็นวิธีการรักษา ริดสีดวงทวาร ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 หรือริดสีดวงที่มีโรคอื่น ๆ ทางทวารหนักร่วมด้วย เช่น skin tag, anal fissure, hypertrophy anal papillae เป็นต้น ในกรณี prolapse strangulated hemorrhoid การผ่าตัดเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด เพราะทำได้ง่ายอีกทั้งภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดก็ไม่ต่างจากการผ่าตัดริดสีดวงทวารตามปกติ การผ่าตัดมีหลายวิธี เช่น Fansler, Fergusson, Milligan Morgan และวิธีอื่น ๆ สำหรับวิธีที่ผู้เขียนเห็นว่าดีที่สุดคือ closed hemorrhoidectomy โดยใช้เครื่องมือ Fansler retractor เพราะทำได้ไม่ยาก อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เลือดออก ทวารหนักตีบตัน mucosal prolapse เกิดขึ้นน้อยมาก

Laser hemorrhoidectomy เป็นการผ่าตัดริดสีดวง

ทวาร โดยใช้ laser ตัดริดสีดวงทวารผู้ที่ใช้วิธีการนี้รายงานว่า ความเจ็บปวดจากการผ่าตัดน้อยกว่าวิธีการผ่าตัดตามธรรมดา ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถกลับบ้านได้หลังผ่าตัด แต่ผลอย่างอื่น ๆ ไม่ต่างจากการผ่าตัดด้วยมีดและกรรไกร

Anal Fissure

คือแผลตามแนวยาวบริเวณปากทวารหนัก จากระยะ dentate line จนถึงขอบทวารหนัก anal fissure เป็นโรคทางทวารหนักที่พบได้บ่อยรองจากริดสีดวงทวาร จากการศึกษานักศึกษาผู้ป่วย chronic anal fissure 60 ราย ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าเป็นชาย 28 คน หญิง 32 คน อายุเฉลี่ย 30 ปี (13-64 ปี)

พยาธิสรีรวิทยา

เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนักเป็นแนวจากด้านหลังไปด้านหน้า ทำให้มีจุดอ่อนบริเวณตรงกลางทางด้านหน้าและหลังของขอบทวาร เยื่อบุบริเวณนี้จึงฉีกขาดได้ง่ายกว่าบริเวณอื่นในขณะถ่ายอุจจาระก้อนใหญ่และแข็ง

อาจเกิดการฉีกขาดของขอบทวารหนักทางด้านหลังหรือทางด้านหน้าขึ้น เมื่อเกิดแผลขอบทวาร (acute fissure) บางครั้งแผลก็หายได้ แต่บางครั้งจะกลายเป็นแผลเรื้อรังซึ่งไม่หาย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกล้ามเนื้อหูรูด internal anal sphincter ทำงานผิดปกติคือ มีแรงบีบเพิ่มขึ้น และมี over shoot phenomenon คือ internal sphincter จะบีบตัวอย่างแรงเป็นเวลานาน หลังถ่ายอุจจาระ anal fissure ชนิดเรื้อรังแผลจะลึกถึงชั้น internal sphincter ขอบแผลแข็ง และเกิดติ่งเนื้อขึ้นที่ปลายแผลด้านนอก เรียกว่า sentinel pile และอาจเกิด hypertrophy anal papilla ที่ปลายแผลด้านในบริเวณ dentate line ด้วย (Figure 5)

anal fissure บริเวณด้านข้างของทวารหนัก มักเกิดจากโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง วัณโรค มะเร็งเม็ดโลหิตขาว ซิฟิลิส และ inflammatory bowel เป็นต้น

อาการแสดง

ผู้ป่วย anal fissure มีอาการหลักคือ เลือดออกและปวดทวารหนักขณะถ่ายและหลังถ่ายอุจจาระผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังจะคลำพบติ่งเนื้อขอบทวารด้วย

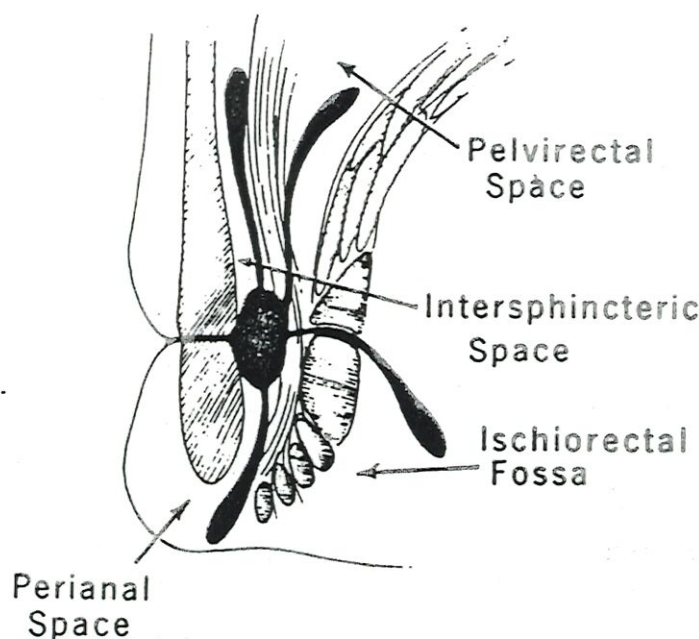


Figure 5 Spread of the anorectal abscess

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจทวารหนักผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บขณะถ่ายอุจจาระ ต้องทำด้วยความละเอียดละม่อม เริ่มโดยการดื่มน้ำอุ่นออกจากร่างกาย ในผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังมานานมักเห็น sentinel pile และเมื่อดึงขอบทวารให้แยกกันมากขึ้น จะเห็นแผล anal fissure ในผู้ป่วย acute fissure การดึงขอบทวารหนักให้แยกออก อาจมองไม่เห็น fissure เพราะแผลอาจอยู่ลึกเข้าไป การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือ ผู้ป่วยจะเจ็บเมื่อกดไปทางด้านที่มีแผลเพียงเบา ๆ และอาจคลำได้ hypertrophied anal papilla ด้วย การตรวจ ด้วย anoscope ไม่จำเป็นถ้าสามารถวินิจฉัยได้โดยการดูและคลำด้วยนิ้วมือ ทั้งนี้เพราะการใส่ anoscope ผู้ป่วยจะเจ็บมาก แต่ในกรณีที่ยังไม่แน่ใจและจำเป็นต้องตรวจด้วย anoscope และ sigmoidoscope ก็ควรทายาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ และใช้ scope ที่มีขนาดเล็ก

การรักษา

acute anal fissure ส่วนใหญ่จะหายได้โดยไม่ต้องใช้วิธีทางศัลยกรรม คือ ให้ยาเพิ่มกากอุจจาระ ยาบรเทาปวดและอาจให้ยาทาที่มีส่วนผสมของยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ผู้ป่วย

ที่เป็นมานานเรื้อรัง แผล chronic anal fissure จะไม่หายได้เอง จึงควรรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ anal dilatation หรือ internal anal sphincterotomy ในปัจจุบัน การผ่าตัด lateral internal anal sphincterotomy ได้รับความนิยมที่สุด เพราะการผ่าตัดทำได้ง่ายได้ผลดีและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยมาก

Anorectal Abscess and Fistula (ฝีคัณฑสูตร)

คำว่า ฝีคัณฑสูตร เป็นคำที่เรียกรวมทั้ง anorectal abscess และ anorectal fistula ซึ่งความจริงแล้วทั้ง abscess และ fistula เป็นโรคเดียวกันเพียงแต่ abscess เป็นระยะเริ่มต้นและ fistula เป็นระยะเรื้อรัง

พยาธิสรีรวิทยา

สาเหตุของการเกิดฝีคัณฑสูตรส่วนใหญ่ คือ เกิดการอักเสบของ anal glands ซึ่งเชื้อโรคส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่พบในอุจจาระและผิวหนัง เช่น E.coli, bacteroides, peptostreptococci จากการศึกษาของ Park พบว่า anal glands มีประมาณ 6-10 ต่อมอยู่รอบทวารหนักและมีท่อมาเปิดที่ anal crypt

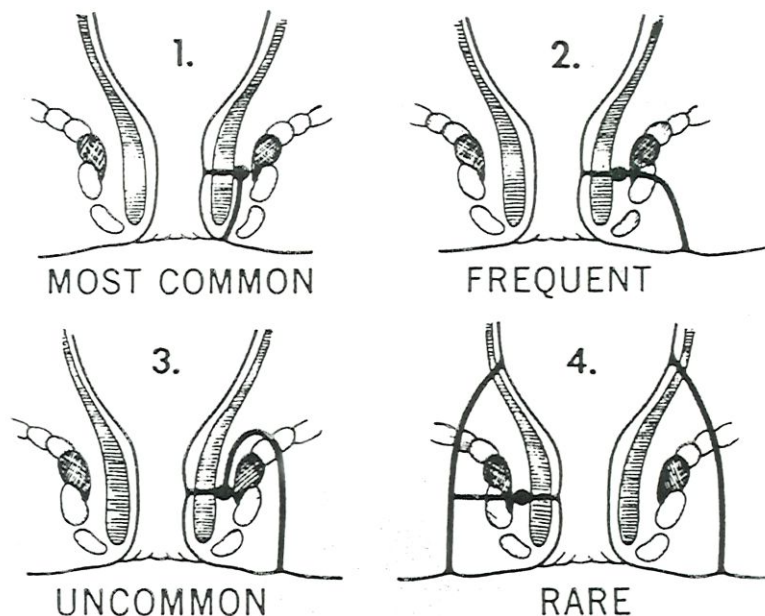


Figure 6 Types of fistula in ano 1. Intersphincteric 2. Transsphincteric
3. Suprasphincteric 4. Extrasphincteric

บริเวณ dentate line anal glands มีแขนงซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในชั้น submucosa และมีบางแขนงที่ทะลุผ่าน internal sphincter เข้าถึง intersphincteric space ไม่พบว่าแขนงของ anal glands ผ่านเข้าไปในชั้น external sphincter เมื่อเกิดการติดเชื้อของ anal glands และลุกลามถึง intersphincteric space การติดเชื้ออาจแพร่กระจายไปยังตำแหน่งต่างๆ ทำให้เกิดเป็นฝีในบริเวณต่าง ๆ คือ (Figure 6) perianal abscess, ischiorectal abscess, intersphincteric abscess, supralelevator abscess และ deep post anal space abscess

ฝีคัณฑสูตรยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง การฉายแสงรังสี วัณโรค และ Crohn's disease เป็นต้น อาการแสดง

อาการแสดงเริ่มแรกของฝีคัณฑสูตรคือ อาการปวดทวารหนักตลอดเวลา และปวดมากขึ้นเมื่อเดินหรือเบ่งอุจจาระ บริเวณทวารหนักจะบวมแดงและร้อนถ้าฝีอยู่ตื้น แต่ถ้าอยู่ลึกก็อาจจะไม่บวมทำให้วินิจฉัยได้ยาก ผู้ป่วยจะมีไข้ ปัสสาวะลำบากและบางรายเกิดโลหิตเป็นพิษได้

การรักษา

วิธีการรักษาฝีคัณฑสูตรเหมือนกับการรักษาฝีที่ตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกายนั่นคือ การผ่าตัดระบายหนองออกอย่างถูกเงื่อนไขไม่ควรรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะและรอดูไว้ก่อน เพราะการติดเชื้ออาจลุกลามไป ทำให้ยากต่อการรักษาในภายหลังได้

กรณีที่มีฝีอยู่ลึกหรือยังเป็นไม่มาก คลำได้ไม่ชัดเจน ควรใช้เข็มฉีดยาเจาะดูดหนองเพื่อการวินิจฉัยให้แน่นอนก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัดระบายหนองไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ถ้าผู้ป่วยแข็งแรงดีและไม่มีอาการการอักเสบอย่างรุนแรง แต่ในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยโรคไตหัวใจรั่ว ควรให้ยาปฏิชีวนะหลายชนิดร่วมกันเพื่อครอบคลุมเชื้อโรคอย่างกว้าง เช่น การให้ cephalosporins, aminoglycosides, metronidazole หรือ clindamycin เป็นต้น

วิธีการผ่าตัด

perianal abscess เป็นฝีคัณฑสูตรที่พบบ่อยที่สุด มีขนาดเล็ก การผ่าตัดทำได้โดยการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ แล้วกรีดเหนือบริเวณที่เป็นฝี อาจกรีดเป็นรูปกากบาทแล้วตัดขอบผิวหนังออกให้แผลกว้างขึ้น จะได้ระบายหนองได้เพียงพอ หลังผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยล้างแผลเองด้วยน้ำสะอาด เช่น น้ำประปาวันละ 2 ครั้ง

Ischiorectal Abscess เป็นฝีบริเวณทวารหนักที่มีขนาดใหญ่กว่า perianal abscess ควรดมยาสลบหรือทำ regional block เพื่อที่จะทำการผ่าตัดได้สะดวก การดูแลหลังการผ่าตัดเช่นเดียวกับการผ่าตัด perianal abscess

Horseshoe ischiorectal abscess เป็นฝีบริเวณทวารหนักที่มีขนาดใหญ่มาก โดยจุดกำเนิดของฝีชนิดนี้อยู่ที่ deep post anal space แล้วลามสู่ ischiorectal space ด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน สำหรับวิธีการผ่าตัดฝีชนิดนี้โดยวิธีของ Hanley ได้ผลดี การผ่าตัดชั้นตอนแรกจะผ่าตัดบริเวณ ด้านหลัง anus เพื่อเข้าหา deep post anal space ซึ่งอยู่ ค่อนข้างลึก แล้วจึงผ่าตัดระบายหนองบริเวณ ischiorectal ทั้งสอง ข้าง ฝีชนิดนี้ผู้ป่วยมักมีอาการอักเสบมาก ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรง พยาบาลและให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมด้วย

Intersphincteric abscess พบได้ไม่บ่อยนัก และจะวินิจฉัยได้ยาก ต้องตรวจภายในทวารหนักจะคลำได้ก้อนฝีเหนือ dentate line การผ่าตัดต้องระบายหนองเข้าภายในทวารหนัก โดยต้องผ่าตัดผ่านชั้น internal sphincter เข้าสู่โพรงหนอง

Supralelevator abscess วิธีการผ่าตัดฝีชนิดนี้ขึ้นกับว่าต้นกำเนิดของฝีอยู่ที่ใด ถ้าเป็น abscess ที่เกิดจาก intraperitoneum infection และ abscess ที่ต่อเนื่องกับ intersphincteric abscess ต้องผ่าตัดระบายหนองออกภายในทวารหนัก แต่ถ้าเป็น supralelevator abscess ที่ลุกลามไปจาก ischiorectal abscess ต้องผ่าตัดระบายหนองออกทาง ischiorectal fossa การผ่าตัด supralelevator abscess โดยไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิด supra-sphincteric หรือ extrasphincteric fistula ขึ้น ซึ่งจะยากแก่การรักษาในภายหลัง

Fistula in ano

fistula in ano เป็นรูติดต่อยาวระหว่างผิวหนังขอบทวารกับเยื่อภายในทวารหนัก พยาธิวิทยาการเกิด fistula in ano เป็นเรื่องเดียวกันกับ anorectal abscess ดังได้กล่าวแล้ว คือ fistula in ano เป็นระยะเรื้อรังที่เกิดตามหลัง anorectal abscess ที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง หรือฝีหนองแตกออกเอง ภายในรู fistula in ano จะเป็น inflammatory granulation tissue และรอบ ๆ รู fistula เป็น fibrous tissue

จากการศึกษา fistula in ano ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 243 ราย พบว่าเป็นเพศชายต่อเพศหญิง 2:1 โดยช่วงอายุที่เป็นมากที่สุด คือ 20-29 ปี ซึ่งคล้ายกับรายงานจากต่างประเทศ

Table 2. Type of fistula in ano in Chulalongkorn Hospital.

Type of fistula in ano	Cases	Percent
Intersphincteric	125	63.45
Transsphincteric	51	25.89
Transsphincteric (horseshoes)	20	10.15
Suprasphincteric	1	0.51
Extrasphincteric	0	0

fistula in ano แบ่งออกเป็นหลายชนิดตามตำแหน่งของรู fistula ที่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อหูรูดคือ superficial, intersphincteric, transsphincteric, suprasphincteric และ extrasphincteric (Figure 6)

จากการศึกษา fistula in ano ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าเป็น fistula ชนิดต่าง ๆ ตามตารางที่ 2

อาการแสดงและการตรวจพบ

ผู้ป่วยจะมีประวัติว่าเคยเป็นฝีขอบทวารมาก่อนและไม่หายขาด ยังมีหนองเปื่อยเป็นครั้งคราวและคลำได้ตุ่มที่ขอบทวาร เมื่อตรวจทวารหนักจะพบรูเปิดภายนอก (external opening) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีรูเดียว แต่อาจมีหลายรูต่อเนื่องกันก็ได้ รูเปิดภายนอกนี้จะเป็น granulation tissue หนองขึ้นและเมื่อกดรอบๆ อาจมีหนองไหลออกมา การตรวจคลำ fistula in ano จะพบบอกได้ว่าเป็นชนิดใดอย่างคร่าวๆ คือ ถ้าคลำได้แนวแข็งๆ จาก external opening เข้าสู่ทวารหนัก มักจะเป็น fistula ชนิดตื้น แต่ถ้าคลำ fistula tract ไม่ได้ แสดงว่า fistula tract วิ่งตั้งฉากเข้าหาที่ลึกดังนี้แสดงว่าเป็น fistula tract ที่อยู่สูง การคลำภายในทวารหนักอาจคลำได้เป็นแนวแข็งๆ ตามเส้นรอบวงซึ่งแสดงว่าเป็น tract ที่โค้งไปเข้าทางด้านหลังหรือด้านหน้าของทวารหนัก อาจคลำได้ internal opening

เป็นตุ่มแข็ง โดยเฉพาะบริเวณ dentate line การตรวจโดยใช้นิ้วซ้อยู่ภายในทวารหนักและหัวแม่มืออยู่นอกทวารหนักและคลำเข้าหากัน (bidigital palpation) จะคลำแนว fistula ได้ชัดเจนขึ้น

การตรวจด้วย anoscope อาจเห็น internal opening ได้

การรักษา

การผ่าตัดรักษา fistula in ano มีจุดมุ่งหมายให้มีโอกาสกลับเป็นใหม่น้อยที่สุด และทำลายกล้ามเนื้อหูรูดให้น้อยที่สุด ซึ่งจุดมุ่งหมายทั้งสองนี้มักจะขัดกันคือ ถ้าตัดทำลาย fistula tract ให้หมด โดยไม่ต้องระวังกล้ามเนื้อหูรูด ก็มีโอกาสกลับเป็นใหม่ต่ำ แต่กล้ามเนื้อหูรูดก็อาจโดนตัดมากไปจนกระทั่งกลั้นอุจจาระไม่ได้ จุดสำคัญอีกจุดหนึ่งที่จะทำให้การผ่าตัดมีโอกาสกลับเป็นใหม่น้อยที่สุด ก็คือ ต้องหา internal opening ให้พบ เพราะบริเวณ internal opening มักมี anal glands ซึ่งคิดว่าเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ fistula in ano ไม่หายได้เอง

วิธีหา internal opening มีหลักการและวิธีการ คือ

1. internal opening ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ dentate line
2. ถ้าเป็น fistula ชนิดตื้นๆ แนว fistula จะตรงจาก

external opening เข้าสู่ internal opening ตามแนวรัศมี

3. Transphincteric fistula ทางด้านหลังของทวารหนัก มักจะมีแนว fistula โค้งไป เข้าที่ dentate line บริเวณ posterior mid line

4. การแย่ง probe จากรู external opening เข้าหา internal opening เป็นวิธีที่ใช้ในระหว่างผ่าตัดที่ปฏิบัติได้ง่าย แต่พึงระวังที่จะไม่แย่ง probe ด้วยความแรงเพราะจะเกิดฝีเนื้องานได้

5. การผ่าตัดไปตามแนว fistula โดยค่อย ๆ ผ่าตัดไปตามแนว granulation tissue ก็จะไปถึง internal opening ได้

6. การฉีดของเหลวชนิดต่าง ๆ เข้าไปใน fistula tract

6.1 methylene blue เมื่อฉีดจาก external opening จะทำให้ fistula tract ติดสีน้ำเงิน ทำให้เห็นแนว fistula ขณะผ่าตัดได้ง่ายขึ้น

6.2 นม ได้ผลเช่นเดียวกับ 6.1

6.3 ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ จะช่วยหา internal opening ได้ เพราะจะเห็นเป็นฟองออกมาทาง internal opening

7. Fistulography จะเห็น fistula tract ได้ชัดในบางราย และอาจมีประโยชน์สำหรับ fistula in ano ที่ซับซ้อน

การผ่าตัด
Simple fistulotomy คือ การผ่าตัดเปิด fistula tract จาก external opening ถึง internal opening แล้วขูด

granulation tissue ออกจนหมด วิธีนี้เหมาะสำหรับ fistula in ano ส่วนใหญ่ คือ intersphincter fistula และ low transphincteric fistula

Fistulectomy คือ การผ่าตัดเอา fistula tract ออกจนหมด ซึ่งผลการผ่าตัดไม่ดีไปกว่าการผ่าตัด fistulotomy แต่แผลจะใหญ่กว่าและหายช้ากว่า

สำหรับ fistula in ano ที่มีแนวลึกการผ่าตัดด้วยวิธีธรรมดา อาจเกิดกลั้นอุจจาระไม่ได้จึงมีวิธีการต่างๆ เพื่อรักษา fistula in ano เหล่านี้ หลายวิธี เช่น Hanley fistulotomy for horseshoe fistula, Park fistulotomy, Seton fistulotomy, Extrasphincteric fistulectomy with mucosal advancement, transposition of fistula tract เป็นต้น

สรุป

ความผิดปกติบริเวณทวารหนัก เป็นภาวะที่พบได้เป็นประจำ การวินิจฉัยทำได้ง่ายโดยการตรวจทางทวารหนัก การรักษาแต่ละโรคมีวิธีการโดยเฉพาะซึ่งได้ผลดี แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรมีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคทวารหนักที่ไม่ซับซ้อนได้ และไม่ควรละเลยการตรวจทวารหนักเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติบริเวณทวารหนัก เพื่อที่จะให้การรักษาที่ถูกต้องและหรือส่งผู้ป่วยให้ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไป

เอกสารอ้างอิง:

1. อรุณ โรจนสกุล เครื่องรัดลีสัตวทวารด้วยยาง“จุฬา” จุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 27 ฉบับที่ 12 ธันวาคม 2528. 1371-1375
2. อรุณ โรจนสกุล จุ่มพต บ่อเกิด การผ่าตัด closed lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy เพื่อรักษา chronic anal fissure: เทคนิคและผลการผ่าตัด จุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ 2530;119-125
3. Thomson EHF: The nature of haemorrhoids Br. J Surg 1975;62:542-552
4. Haas PA, Fox TA Jr, Haas GP: The pathogenesis of hemorrhoids Dis Colon Rectum 1984;27: 442-450
5. El. Gendi MA, Abdel Baky N: Anorectal pressure in patients with symptomatic hemorrhoids Dis Colon Rectum 1986;29:388-391
6. Weinshel, Chen W, Falkenstein DB et al: Hemorrhoids or rectal varices: Defining the cause of massive rectal hemorrhage in patient with portal hypertension. Gastroenterology 1986;90:774-47
7. Gartell PC, Sheridan RJ, McGinn FP: Outpatient treatment of haemorrhoids: A randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection Br. J Surg 1985;72:478-479
8. Ambrose NS, Morris D, Alexander. William J, Keighley MRB: A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for treatment of first and second degree hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1985;28:238-240
9. Griffith CDM, Morris DL, Ellis I, et al: Out patient treatment of hemorrhoids with bipolar diathermy coagulation. Br. J Surg 1987;74:827
10. Wroblewski DE, Corman ML, Veidenheimer MC, Collier JA: Long term evaluation of rubber ring ligation in hemorrhoid disease. Dis Colon Rectum 1980;23:478-482
11. Lord PH: Diverse methods of managing hemorrhoids: dilatation. Dis Colon Rectum 1973;16:180-181
12. Duthie HL, Bennett RC: Anal sphincter pressure in fissure in ano. Surg Gynaecol Obstet 1964;119: 19-21
13. Nothmann BJ, Schuster MM: Internal anal sphincter derangement with anal fissures Gastroenterology 1974;67:216-220
14. Parks AG: Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J 1961;1:463-469
15. Hanley PH: Conservative surgical correction of horse shoe abscess and fistula. Dis Colon Rectum 1965;8:364-368
16. McElwain JW, MacLean MD, Alexander RM et al: Anorectal problems: Experience with primary fistulectomy for anorectal abscess, a report of 1000 cases. Dis Colon Rectum 1975;18:646-649
17. Parks AG, Stitz RW: The treatment of high fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1976;19:487-499
18. Kuypers HC: Use of seton in the treatment of extrasphincteric anal fistula. Dis Colon Rectum 1984;27:109-110
19. Aguilar PS, Plasencia G, Hardy TG Jr et al: Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. Dis Colon Rectum 1985;28:496-498
20. Mann CV, Clifton MA: Re-routing of the tract for the treatment of high anal and anorectal fistulae Br. J Surg 1985;72:134-137