

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์เบื้องต้นและผลการรักษาระยะยาวของ การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก ด้วยเครื่องมือตัด ต่อลำไส้(Stapled hemorrhoidectomy)

ชัชวาล สมพีรวงศ์ พ.บ.*

Abstract Initial experience and long-term results with Stapled Hemorrhoidectomy
Chatchawan Sompeewong M.D.*

* Department of Surgery, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.
J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:(Suppl):44s-54s.

- Background** : Radical change in the treatment of prolapsed internal hemorrhoids occurred after the initiation of stapled hemorrhoidectomy (SH) by Longo in 1998. By avoiding multiple excisions and suture lines in the perianal region and preserving of the anal cushions, stapled hemorrhoidectomy is intended to offer less postoperative pain, less discomfort and less flatus incontinence than conventional techniques.
- Objective** : To report and analyze the intra-operative technique, early and late postoperative complications and long-term results of initial experience in stapled hemorrhoidectomy
- Methods** : Retrospective study of medical records of the 3rd and 4th degree internal hemorrhoid patients underwent stapled hemorrhoidectomy at Prapokklao Hospital from October 2005 to February 2008. Follow-up programs were 2 and 4 weeks postoperatively in all patients. Long-term follow up was obtained by phone in March 2008
- Results** : Thirty-six patients were included, 26 males and 10 females (2.6:1) with average age of 51.8 years (27-86 yrs). Among 9 cases of having underlying diseases, there were 2 cases of previous conventional hemorrhoidectomy (CH) with recurrent symptoms, 4 cases receiving anticoagulants or anti-platelets. Leading symptoms were mostly both prolapse and anal bleeding (29 cases). About 1/5 of cases suffered only prolapse without bleeding(7 cases). Overall mean operating time was 42.6 minutes (the first eighteen cases was 66.4 minutes, the last eighteen cases was 35.5 minutes). Additional sutures for hemostasis were required in 16 cases(44.4 percent). Average postoperative simple pain score was 3.08. Postoperative parenteral opioid analgesia was needed in 14 cases(38.9 percent), and oral analgesia in 22 cases(61.1 percent). Mean hospital stay was 2.4 days(1-9 days). First defecation without pain was reported by 33 patients(91.7 percent). Early postoperative complications (<24 hours) were 1 case of anal bleeding

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

needed surgical control (2.8 percent), 7 case of urinary retention (19.4 percent) of which were 6 males and 1 female. Late complications(24 hours–2 weeks) were 1 case of secondary bleeding controlled by anal packing (2.8 percent), and another 1 case of mild rectal stenosis corrected by anal dilatation(2.8 percent). Mean follow-up period was 13.4 months(1–28 months). Long-term results can be obtained in 30 cases(83.3 percent). Negative long term results were reported in 6 cases(20 percent), of which were 2 cases of small amount of bleeding, 2 cases of mild protrusion, 1 case of severe protrusion(as before SH) and 1 case of flatus incontinence. There were no cases of long-term stenosis, permanent incontinence or chronic pain. Patients' overall satisfaction rate to SH was 86.7 percent(26 cases), and non-satisfaction rate was 13.3 percent (4 cases).

Conclusions : Stapled hemorrhoidectomy(SH) can be considered a feasible, less pain, less invasive and safe alternative technique to conventional hemorrhoidectomy(CH). The results strongly depend on experiences of patient selection, familiarity to the instruments and technical capabilities of the surgeon.

Key words : Stapled Hemorrhoidectomy, Stapled Hemorrhoidopexy, Conventional Hemorrhoidectomy

บทนำ

วิธีผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก ที่นิยมกันคือ Milligan-Morgan และ Ferguson techniques ทั้ง 2 วิธีมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ ได้ผลดีในการลดอาการ แต่หลังผ่าตัดจะมีอาการปวดรุนแรงได้ จากการตัดเนื้อเยื่อ anoderm ได้ต่อ dentate line หรือบางทีก็ตัด perianal skin ด้วย¹⁻⁴ มีความพยายามหลายอย่างที่จะลดความเจ็บปวดนี้ ไม่ว่าจะเป็น lateral internal sphincterotomy, anal dilatation, diathermy hemorrhoidectomy, anal sphincter relaxant หรือ metronidazole⁵⁻⁹ แต่ก็ไม่ได้ผล กระทั่งมีการนำ Stapled Hemorrhoidectomy (SH) มาใช้โดย Longo ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งที่ถูกต้องควรเรียก stapled hemorrhoidopexy โดยการใช้ circular stapler ตัดเนื้อเยื่อของ redundant rectal mucosa ที่อยู่เหนือต่อ dentate line จึงเป็นการยกหรือเลื่อน anal cushions ขึ้นไป fix เพื่อแก้ไขความหย่อนของหมอนรองนี้โดยไม่ได้ตัดออก ขณะเดียวกันที่ staple ก็จะไปตัดสาขาของเส้นเลือด superior hemorrhoidal artery ด้วย^{10,11} ผลการวิจัยใน randomized controlled trial^{6,12-16} แสดงให้เห็นว่า SH สามารถลด ความเจ็บปวด ความต้องการยาแก้ปวด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะเวลาฟื้นตัว ทำให้กลับคืนสู่การทำงานเร็วขึ้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำใกล้เคียงกับของ Conventional

Hemorrhoidectomy (CH)^{2,6,12,14} อย่างไรก็ตามการศึกษาผลการรักษาในระยะยาวยังไม่สามารถสรุปได้ในขณะนี้

ประชากรและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ของผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3 และ 4 (3rd & 4th degree internal hemorrhoids) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า และได้รับการผ่าตัดด้วยเครื่องมือตัดต่อลำไส้ (Stapled Hemorrhoidectomy) ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 รวมเวลา 2 ปี 4 เดือน เป็นการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์คนเดียวกัน(ผู้รายงาน)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ามศึกษา

ผู้ป่วยในริดสีดวงทวารหนัก 3rd & 4th degree internal hemorrhoids ที่อาจมี small external hemorrhoids ร่วมด้วยก็ได้

ผู้ป่วยอาจเคยผ่าตัดบริเวณทวารหนักหรือเคยผ่าตัด conventional hemorrhoidectomy มาก่อน แต่ประเมินภาวะ fibrosis แล้วพบว่า lumen มีความยืดหยุ่นและมีขนาดกว้างพอที่จะใส่เครื่องมือของ stapler ได้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

ผู้ป่วยในริดสีดวงทวารหนัก 3rd & 4th degree internal hemorrhoids ที่มี thrombosed internal or

external hemorrhoid

ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดบริเวณทวารหนักมาก่อนและประเมินภาวะ fibrosis แล้วพบว่า lumen ไม่มีความยืดหยุ่นและมีขนาดไม่กว้างพอที่จะใส่เครื่องมือของ stapler ได้

วิธีการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดทางทวารหนักเพียงการใช้ unison enema ในคืนก่อนการผ่าตัด ผู้ที่ได้รับยา coumarin หรือ aspirin มาตลอดจะต้องดยา 7 วัน ก่อนการผ่าตัดและเริ่มกลับมากินยาอีกครั้งในวันที่ 3-7 หลังการผ่าตัดแล้วแต่กรณีเป็นราย ๆ ไป ไม่มีการให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดก่อนการผ่าตัด(pre-op. antibiotic)

ชนิดของการระบับปวดในท้องผ่าตัด ใช้วิธี spinal anesthesia ทุกราย

ผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่ในท่านอนคว่ำหน้าโก่งก้น (Prone-Jackknife position) ไม่มีการฉีดล้างในทวารหนัก(rectal irrigation) มีเพียงการล้างเช็ดด้วยสารละลาย povidone iodine เท่านั้น

การผ่าตัดใช้เทคนิคที่รายงานโดย Longo¹¹ เริ่มต้นโดยการใช้เครื่องมือ obturator ของ circular anal dilator นำเข้าไปก่อนในช่องทวารหนักเพื่อป้องกันอันตรายต่อ internal sphincter ขณะถ่างขยายปากทวารหนักเนื่องจาก obturator มีลักษณะโค้งมนและลื่น จากนั้นก็เอาออกแล้วใส่พร้อมกันทั้ง obturator และ circular anal dilator อีกครั้งหนึ่งเพื่อดันเนื้อเยื่อของ anal cushions ที่หย่อนให้ผลุบเข้าไปในช่องเร็คตัม ดึง obturator ออก แล้วใส่ pursestring-suture anoscope ที่ผ่าซีกไว้ให้มีพื้นที่เย็บ เริ่มต้นเย็บ pursestring suture ด้วย monofilament PDS # 2/0 ขนาดเข็ม 25 มิลลิเมตร ในแนววงกลม ที่ระยะสูงกว่า dentate line 4 เซนติเมตร ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการผ่าตัดชนิดนี้ มีผลโดยตรง ต่อผลของการผ่าตัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว เทคนิคที่ดีและถูกต้องคือต้องตักเข็มให้ได้ระยะที่ 4 เซนติเมตรเท่า ๆ กัน ความลึกเท่า ๆ กันที่ไม่เกินชั้น submucosa (ไม่ลึกถึงชั้น muscle) รวมทั้งความกว้าง

ของแต่ละ stitch bite ควรจะเท่า ๆ กันด้วย(6-8 bites) ระยะห่างของแต่ละ bite ควรใกล้เคียงกันมาก ๆ และเท่า ๆ กัน จากนั้นจึงใส่ Hemorrhoidal circular stapler ขนาด 33 มิลลิเมตร (HCS33) ของ Ethicon Endo-Surgery เข้าไปโดยให้ anvil เลยผ่านแนว pursestring suture เข้าไป ผูก pursestring suture ให้แนบชิดกับแกนในของ anvil จากนั้นจึงหนีบ anvil เข้ากับด้ามของเครื่องมือ ค้างไว้ 3-5 นาที แล้วกดไกเครื่องมือเพื่อยิง staples พร้อม ๆ กับที่โคมิดโฟลไปตัดเนื้อเยื่อที่ redundant ดังกล่าว บีบโกลาไว้อีก 3-5 นาทีเพื่อการห้ามเลือดที่สมบูรณ์ หลังจากคลายและถอยเครื่องมือ stapler ออก ตรวจสอบเช็คจุดเลือดออก หากยังมี ก็ใช้ electrical cautery ก่อนหรือต่อด้วยการเย็บห้ามเลือดเป็นจุด ๆ ไปด้วย chromic catgut # 3/0

ไม่มีการ packing ใน anal canal เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัด เอา gauze ที่ปิดทวารหนักออกให้เร็วที่สุดเมื่อไม่มี discharge ซึม ส่วนใหญ่ภายใน 6-12 ชั่วโมงแรก ยาแก้ปวดชนิดรับประทานใช้ paracetamol เวลาปวด ส่วนยา ibuprofen 3 ครั้ง/วัน หรือ celecoxib 1 ครั้ง/วัน ให้ประมาณ 1-3 วัน ยาแก้ปวดชนิดฉีดใช้กลุ่ม opioids คือ pethidine หรือ morphine เวลาปวด มีการบันทึก simple pain score เป็น rating scale ตั้งแต่ 1-10 การพิจารณาให้ยาแก้ปวดชนิดฉีดพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับ simple pain score ยาปฏิชีวนะให้ชนิดรับประทานคือ amoxicillin ร่วมกับ metronidazole เป็นเวลา 1-3 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น หลังผ่าตัด ยกเว้นมีภาวะอื่นใดหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การติดตามหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการนัดตรวจในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยการตรวจ rectal examination ร่วมกับการ proctoscopy รวมทั้งการถามถึงอาการ หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเป็นไปได้ การติดตามระยะยาวใช้การโทรศัพท์สอบถามโดยพยาบาลหน่วยศัลยกรรมในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 ทั้งนี้เป็นการถามที่เตรียมไว้ให้โดยแพทย์ นอกจากการถามถึงภาวะ

แทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ยังถามถึงความพึงพอใจ(ในภาพรวม) ต่อการผ่าตัด SH ด้วย

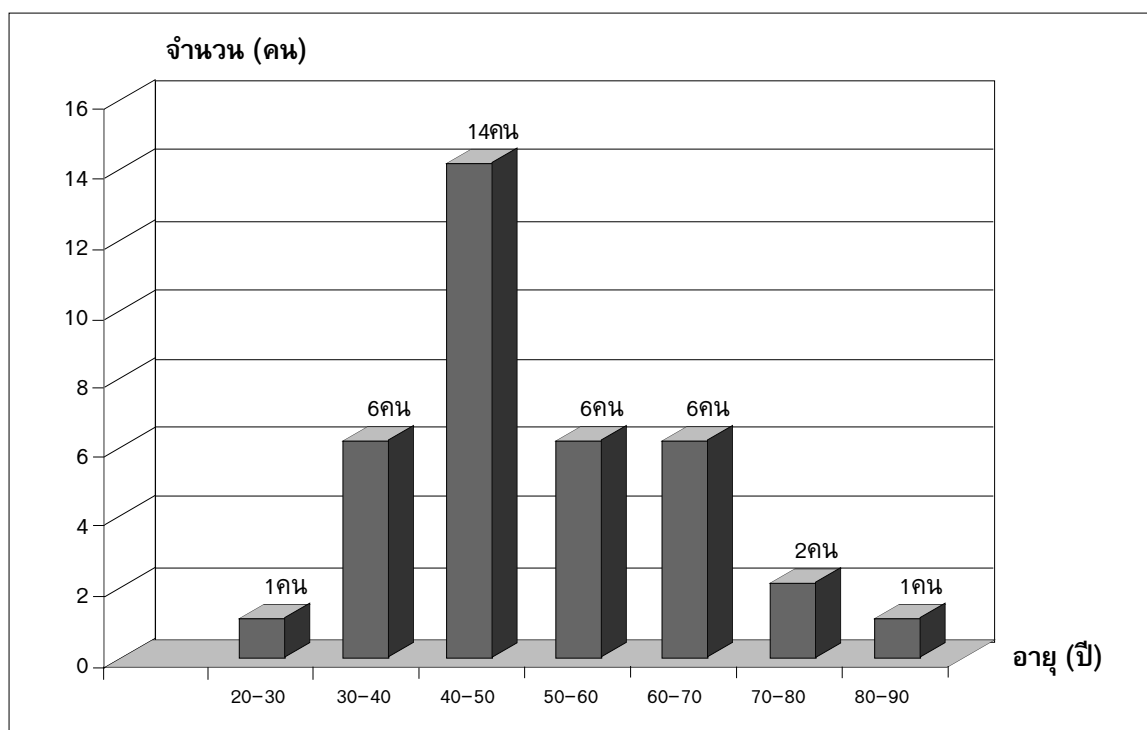
ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 26 คน หญิง 10 คน อัตราส่วนชาย:หญิง = 2.6:1 อายุเฉลี่ย 51.8 ปี (27-86 ปี) (แผนภูมิที่ 1) มี underlying disease หรือเคยผ่าตัด conventional hemorrhoidectomy รวม 9 ราย ในแผนภูมิที่ 1 อายุ

จำนวนนี้กินยา warfarin 1 รายและ aspirin 3 ราย (ตารางที่ 1) อาการที่นำมาคือมี prolapse ทุกราย ในจำนวนนี้เป็น 3rd degree 32 ราย(ร้อยละ 88.9) เป็น 4th degree 4 ราย(ร้อยละ 11.1) ส่วนอาการเลือดออกมีไม่ทุกรายคือไม่มีเลือดออกถึง 7 ราย(ร้อยละ 19.4)

ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 42.6 นาที (18 รายแรกเฉลี่ย 66.4 นาที 18 รายหลังเฉลี่ย 35.5 นาที)

การห้ามเลือดด้วยการเย็บเพิ่มเติมมี 16 ราย



ตารางที่ 1 Underlying diseases

Underlying disease	จำนวน (คน)
DVT, on Warfarin	1
Iron deficiency anemia	3
HT, on ASA	3
History of previous hemorrhoidectomy	2
รวม	9

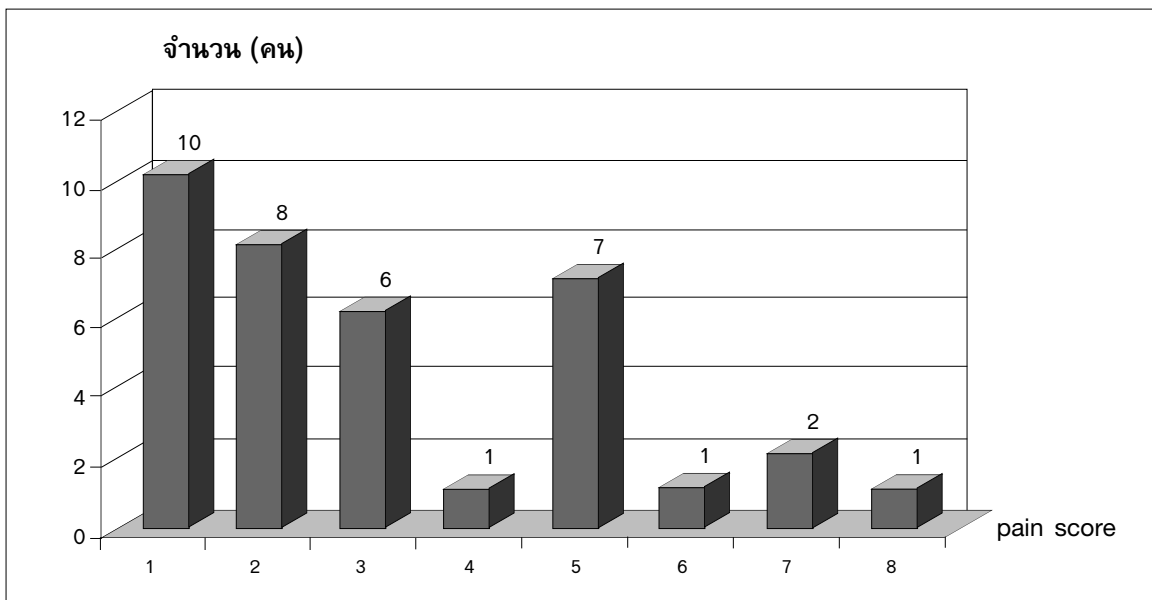
(ร้อยละ 44.4) โดยที่ 18 รายแรกมีการเจ็บถึง 11 ราย (ร้อยละ 61.1) และ 18 รายหลังมีการเจ็บลดลงเหลือเพียง 5 ราย(ร้อยละ 27.8)

ในแง่ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดพบว่า postoperative pain score เฉลี่ย 3.1 โดยมีค่าฐานนิยม (mode)เท่ากับ 1 (แผนภูมิที่ 2) การให้ยาฉีดระงับปวดหลังผ่าตัด มี 14 ราย(ร้อยละ 38.9) โดยทุกรายได้รับเพียง 1 dose ในคืนแรกหลังผ่าตัดก็ทุเลาหรือหายปวด จึงมีผู้ป่วย 22 ราย(ร้อยละ 61.1) ที่ใช้เพียงยากินแก้

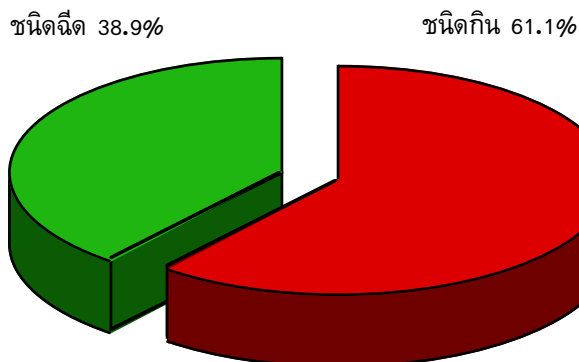
ปวดโดยไม่ได้ยาฉีด(แผนภูมิที่ 3)

ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล(hospital stay) เฉลี่ย 2.4 วัน (1-9 วัน) โดยรายที่อยู่ 9 วันเนื่องจาก ชีตมากใช้เวลาในการรอเลือดและเตรียมสภาพร่างกาย นาน(แผนภูมิที่ 4) ในด้านความเจ็บปวดที่ชัดเจนหรือรุนแรงในขณะถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังการผ่าตัด (significant pain on first defecation after surgery) พบว่าไม่มีความเจ็บปวด 33 ราย(ร้อยละ 91.7) และมีความเจ็บปวด 3 ราย(ร้อยละ 8.3)(แผนภูมิที่5)

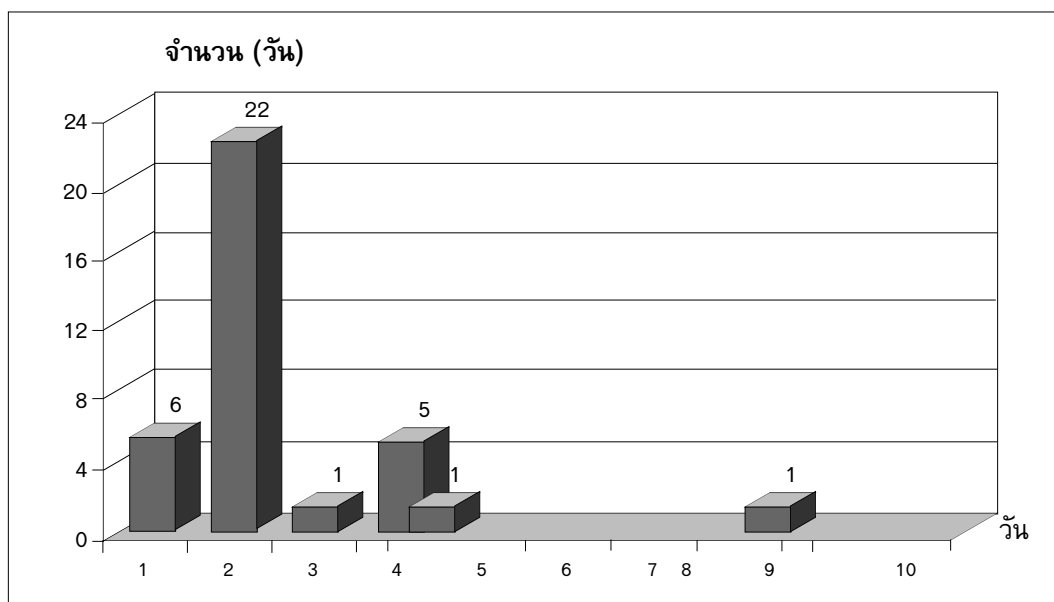
แผนภูมิที่ 2 Post operative simple pain score



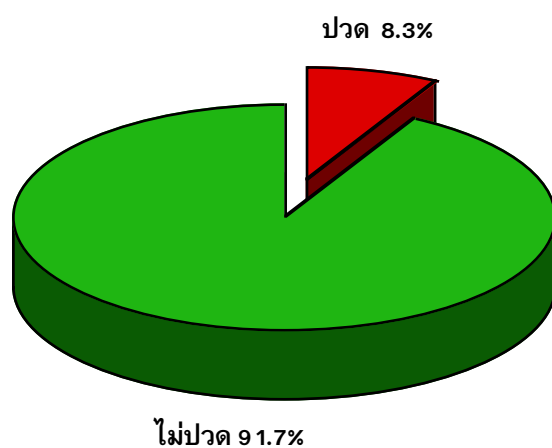
แผนภูมิที่ 3 การใช้ระงับปวดหลังผ่าตัด



แผนภูมิที่ 4 ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล Hospital stay



แผนภูมิที่ 5 ความปวดขณะถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัด (Significant pain on first defecation after surgery)



ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Post operative complication	จำนวน (คน)
Early (ภายใน 24 ชั่วโมงแรก)	
Urinary retention	7
Bleeding	1
Late (หลัง 24 ชั่วโมงแรก - 2 สัปดาห์)	
Secondary Bleeding	1
Anal Stenosis (mild)	1

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด(ตารางที่ 2)

ภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบ bleeding 1 ราย (ร้อยละ 2.8) ในรายที่ 10 และต้องนำไปเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งเพื่อห้ามเลือด พบ urine retention 7 ราย(ร้อยละ 19.4) เป็นชาย 6 ราย หญิง 1 ราย

หลัง 24 ชั่วโมง-2 สัปดาห์ พบ secondary bleeding 1 ราย ในรายที่ 20 มีเลือดออกในวันที่ 9 หลังผ่าตัด รักษาโดย adrenaline-soaked gauze packing เลือดหยุดโดยไม่ต้องผ่าตัด พบ mild stenosis 1 ราย ในรายที่ 9 ในสัปดาห์ที่ 2 หลังผ่าตัด แก้ไขโดยการทำ anal dilatation ได้ผลดี(long-term follow up ที่ 20 เดือน)(ตารางที่ 2)

ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด

ผลการติดตามระยะยาว(Long term results)

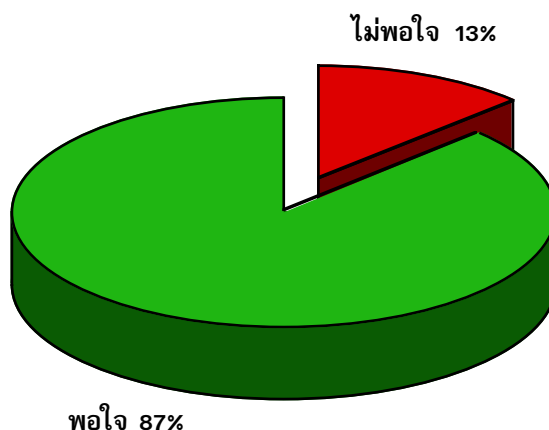
เฉลี่ย 13.4 เดือน(1-28 เดือน) สามารถติดตามได้ 30 ราย(ร้อยละ 83.3) ติดตามไม่ได้ 6 ราย(ร้อยละ 16.7) พบว่ามี 6 ราย(ร้อยละ 20.0)ที่ระบุว่ามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ดังนี้ Bleeding during defecation 2 ราย (ร้อยละ 6.7) Protrusion 3 ราย(ร้อยละ 10)โดยมีอาการน้อย 2 ราย อาการมากเหมือนก่อนผ่าตัด 1 ราย(รายที่ 26) Flatus incontinence 1 ราย(ร้อยละ 3.3) ไม่พบ long term stenosis(ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจในภาพรวมของการผ่าตัดด้วย Stapled Hemorrhoidectomy พบว่าพึงพอใจ 26 ราย (ร้อยละ 86.7) ไม่พึงพอใจ 4 ราย(ร้อยละ 13.3)(แผนภูมิที่ 6)

ตารางที่ 3 ผลระยะยาวของการผ่าตัด Stapled hemorrhoidectomy

ผลระยะยาว (Long Term Result)	จำนวน (คน)
Bleeding during defecation	2
Protrusion (mild)	2
Protrusion (as before surgery)	1
Flatus incontinence	1
รวม	6

แผนภูมิที่ 6 ความพึงพอใจในภาพรวมของการผ่าตัด Stapled Hemorrhoidectomy



วิจารณ์

ผู้ป่วยที่กินยาละลายเลือดอยู่ก่อนผ่าตัด 4 ราย ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกหลังผ่าตัดแต่อย่างใดหากได้รับการงดยาและมีความระมัดระวังในการผ่าตัด จึงไม่น่าจะเป็นข้อห้ามในการผ่าตัด SH

ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ยในช่วง 18 รายหลังคือ 35.5 นาทีซึ่งรวมเวลาในการรอรวม 10 นาทีขณะ apply stapler เพื่อให้ได้ hemostasis ที่ดี ในโอกาสต่อไปเมื่อมีความชำนาญและความมั่นใจมากขึ้นก็อาจข้ามขั้นตอนนี้ไปได้โดยรอเพียง 20-30 วินาที ซึ่งจะลดเวลาผ่าตัดลงเหลือประมาณ 25-26 นาทีได้ซึ่งใกล้เคียงกับ 23 นาทีในผู้ป่วย 155 รายของ Sobrado¹⁷

การห้ามเลือดด้วยการเย็บเสริมมีเพียงร้อยละ 44.4 และยิ่งน้อยรายลงในช่วง 18 รายหลังเหลือเพียงร้อยละ 27.8 เมื่อเทียบกับร้อยละ 40 ของ Correa-Rovelo et al.¹⁸ และร้อยละ 66.5 ตามรายงานของ Sobrado¹⁷ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการรอ pressure hemostasis ที่นานกว่า หรืออาจจากการใช้ fine electrocautery ก็ได้ที่ทำให้เย็บน้อยรายลง หากประกอบกับอุบัติการณ์เลือดออกหลังผ่าตัดเพียง 1 ราย ในรายงานนี้ก็ทำให้เชื่อได้ว่าการเย็บแบบ continuous suture เพื่อป้องกัน post-op.bleeding¹⁹ นั้นไม่เหมาะสมเพราะอาจทำให้มีอาการปวดที่มากขึ้นได้หลังผ่าตัด

Pain score เฉลี่ย 3.1 ถือว่ามีค่าน้อยใกล้เคียงกับรายงานอื่น ๆ¹⁹ (1.8-5.7) การลดความเจ็บปวดและลดการฉีดยาระงับปวดถือเป็นจุดเด่นของ SH^{1-3,14,16,20} ซึ่งเกิดจากการที่มีการบาดเจ็บบริเวณทวารหนักน้อยและมีการหายของบาดแผลเร็วขึ้นเอง (4-7 สัปดาห์ของ CH เทียบกับ 1-2 สัปดาห์ของ SH)^{15,16}

ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (hospital stay) เฉลี่ย 2.4 วัน โดยมีผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 77.8) กลับบ้านได้ใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด เทียบกับค่าเฉลี่ย 1 วันของ SH : 2 วันของ CH ใน multicenter study¹² พบว่าผู้ป่วยไทยอยู่โรงพยาบาลนานกว่า เป็นเพราะไม่

ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มหรือเพิ่มเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับต่างประเทศ

ความเจ็บปวดขณะถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัด พบว่าไม่มีร้อยละ 91.6 เทียบกับร้อยละ 76.1 ตามรายงานของ Sobrado¹⁷

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Early bleeding ที่ต้องทำผ่าตัดห้ามเลือด ในรายงานนี้มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.8) เทียบกับร้อยละ 1-13 ในรายงานต่าง ๆ²¹⁻²⁶ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) มีถึง 4 ราย (ร้อยละ 13.3) ในรายงานนี้เทียบกับร้อยละ 1.3 ตามรายงานของ Sobrado ซึ่งน่าจะเกิดจากการเลือกผู้ป่วยที่ยังไม่เหมาะสมนัก เช่น ไม่ควรทำในรายที่มี fixed หรือ immobile prolapsed internal hemorrhoids และอาจจากเทคนิคที่ยังไม่ได้ดีพอช่วงเย็บ purse-string suture

ไม่พบภาวะติดเชื้อเลยในรายงานนี้แม้ไม่ได้ให้ pre-op. prophylactic antibiotic แต่การขจัดอุจจาระบริเวณเร็คตัมก็ยังเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย ทั้งนี้มีรายงานจาก Molloy et al.²⁷ 1 รายที่เกิด pelvic abscess จากเชื้อ B.fragilis และ Clostridium species

Mild anal stenosis ในรายงานนี้พบ 1 ราย (ร้อยละ 2.8) เทียบกับร้อยละ 5.3 (5 ใน 95 ราย) ตามรายงานของ Shalaby²⁴ โดยส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดสามารถแก้ไขได้ด้วย anal dilatation ไม่ว่า under local หรือ spinal anesthesia ทั้งนี้จากการที่ circular hemorrhoid stapler มีขนาดใหญ่กว่า intestinal stapler ทั่วไป และเป็นการตัดเพียงชั้น submucosa ไม่ได้ตัดทุกชั้น จึงไม่เกิด fibrosis ที่แข็งและหนา ยกเว้นกรณีมี disruption ของ staple line

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ SH ในรายงานนี้ถือว่าสูงมากคือร้อยละ 86.7 แต่การติดตามระยะยาวควรจะได้ทำต่อไป เนื่องจากในปัจจุบันยังขาดข้อมูลอยู่มากใน literature ต่าง ๆ^{7,28}

สรุป

Stapled hemorrhoidectomy ได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆเมื่อเทียบกับ Conventional hemorrhoidectomy แต่ก็ยังมีปัญหาในบางเรื่องโดยเฉพาะ recurrent symptoms ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะจากการเลือกผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมในบางรายและคงจะดีขึ้นเมื่อศัลยแพทย์มีประสบการณ์มากขึ้นและมีการติดตามผู้ป่วยได้นานขึ้น สิ่งที่จะพัฒนาได้เร็วคือเทคนิคและความประณีตในการเย็บ pursestring suture และการปรับปรุงเครื่องมือให้เอื้อต่อการเย็บดังกล่าว ในปัจจุบันมีศัลยแพทย์ที่ได้ประยุกต์กันเองบ้างแล้ว เช่นการเจาะ pursestring anoscope ให้เป็นช่องเพื่อให้เนื้อเยื่อที่จะเย็บนั้น ปลิ้นเข้ามาในช่องนี้ ทำให้เย็บได้ง่ายขึ้น และตรงเป็นแนวเดียวกันได้ตลอดจนครบวงของผนังลำไส้²⁹ ส่วนการลดปัญหา staple-line bleeding ก็อาจแก้ได้ด้วยการออกแบบพัฒนาที่ตัว titanium staples และเทคนิคการบีบรัดของมัน

การเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เทคนิคการผ่าตัดที่ดี และการติดตามผลของการผ่าตัดในระยะยาว อย่างน้อย 5 ปี เป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการผ่าตัดชนิดนี้

เอกสารอ้างอิง

- Habr-Gama A, Silva-e-Sousa Jr AH, Rovelto JMC, Souza JS, Benicio F, Regadas FSP, et al. Stapled Hemorrhoidectomy : initial experience of a Latin American group. J Gastrointest Surg. 2003;7:809-13.
- Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, Clavien PA. Stapled vs excision hemorrhoidectomy long-term results of a prospective randomized trial. Arch Surg. 2002;137:337-40.
- Nahas SC, Borba MR, Brochado MCT, Marques CFS, Nahas CSR, Miott-Neto B. Stapled hemorrhoidectomy for the treatment of hemorrhoids. Arq Gastroenterol. 2003;40:35-9.
- Sobrado CW, Gringel RWA, Nahas SC. Tratamento cirurgico da doenca hemorroidaria. In: Cruz GMG, editor. Coloproctologia terapeutica. Rio de Janeiro : Revinter; 2000;3: 2148-60.
- Borba MR, Sobrado CW, Sokol S. Hemorroidectomy pela tecnica fechada (tecnica de Sokol). Analise de 322 doentes. Rev Bras Coloproctol. 1997;17:98-100.
- Ortiz H, Marzo J, Armendariz P. Randomized clinical trial of stapled hemorrhoidopexy versus conventional diathermy hemorrhoidectomy. Br J Surg. 2002;89:1376-81.
- Smyth EF, Baker RP, Wilken BJ, Hartley JE, White TJ, Monson JR. Stapled versus excision haemorrhoidectomy : long-term follow-up of a randomized controlled trial. Lancet. 2003;361:1437-8.
- Sobrado CW. Tratamento cirurgico da doenca hemorroidaria. In: Silva JH, editor. Manual de coloproctologia. Sao Paulo: Zeppelini; 2000: 151-74.
- Wexner SD. The quest for painless surgical treatment of hemorrhoids continues. J Am Coll Surg. 2001;193:174-8.
- Corman ML, Gravie JR, Hager T, Loudon MA, Mascagni D, Nystrom PO, et al. Stapled hemorrhoidopexy : a consensus position paper by an international working party-indications, contra-indications and technique. Colorectal Dis. 2003;5:304-10.

11. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular-suturing device: a new procedure. In : Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic. Rome, Italy : Surgery; 1998.
12. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open hemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2001;88:669-74.
13. Ho YH, Seow-Choen F, Tsang C, Eu KW. Randomized trial assessing sphincter injuries after stapled hemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2001;88:1449-55.
14. Khali KH, O'Bichere A, Sellu D. Randomized clinical trial of sutured versus stapled closed hemorrhoidectomy, *Br J Surg.* 200;87:1352-5.
15. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2001;88:1049-53.
16. Sutherland LM, Burchard AK, Matsuda K, Sweeney JL, Bokey EL, Childs PA, et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. *Arch Surg.* 2002;137:1395-406.
17. Sobrado CW, Cotti GCC, Coelho FF, Rocha JRM. Initial experience with stapled hemorrhoidopexy for treatment of hemorrhoids. *Arq Gastroenterd.* 2006;43:238-42.
18. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregon L, Duque-lopez X, Miranda-Gomez A, Pichardo-Bahena R, et al. Prospective Study of factors affecting postoperative pain and symptom persistence after stapled rectal mucasectomy for Remorrhoids. A need for preservation of squamors epitrelum. *DSS Colon Recturn* 2003;46:955-62.
19. Nivatvongs S. Hemorrhoids. In : Philip H. Gordon, Santhat Nivatongs, editor. Principles and practice of surgery for the colon, recturn and amus 3rd ed. Informa Healtheare: USA;2007, p.143-66.
20. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy : randomized controlled trial. *Lancet.* 2000;355:782-5.
21. Arnuaud JP, Pessaux P, Hutten N, Manzini N, Tuech H, Laurent B, et al. Treatment of hemorrhoids with circular stapler, a new alternative to conventional medthods : a prospective study of 140 patents. *J Am Coll Surg.* 2001;193:161-5.
22. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregon L, Miranda-Gomez A, Moran S. Stapled rectal mucosectomy vs. closed hemorrhoidectomy. A randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1367-75.
23. Cheetham JM, Cohen CRG, Kamm MA, Phillips RKS. A randomized, controlled trial of diathermy hemorrhoidectomy vs. stapled hemorrhoidectomy in an intended day-case setting with longer-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2003;46:491-7.
24. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88: 1049-53.
25. George BD, Shetty D, Lindsey I, Mortensen NJ, Mc C, Warren BF. Histopathology of stapled hemorrhoidectomy specimens : a cautionary note. *Colorectal Dis* 2002;44: 473-6.

26. Brusciano L, Ayabaca SM, Pescatori M, Accarpio GM, Dodi G, Cavallari F, et al. Reinterventions after complicated or failed stapled hemorrhoidopexy. Dis Colon Rectum 2004;47:1846–51.
27. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled hemorrhoidectomy. Lancet 2000;355:810.
28. Pernice LM, Bartalucci B, Bencini L, Borri A, Catarzi S, Kroning K. Early and late (ten years) experience with circular stapled hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2001;44:836–41.
29. Yamamoto J, Nagai M, Smith BT, Tamaki S, Kubota T, Sasaki K, et al. Adaptation of the Pursestring Suture Anoscope with a small Hole in a Case of Stapled Hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2006;49:925–26.