วารสารแพทย์เขต ๔-๕ ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๔ ต.ค. - ธ.ค. ๒๕๕๓ Reg 4-5 Med J Vol. 29 No. 4 October - December 2010

นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบเย็บแผลปิดด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักและการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

Local Perianal Block versus Spinal anesthesia for Closed hemorrhoidectomy

อรรถพล ผานิตกุลวัฒน์ พ.บ.,
ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

Atthaphon Phanitkunwat M.D.,
Thai Board of General Surgery
Division of Surgery
Sampran Hospital, Nakhonpathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการระงับความรู้สึก ระดับอาการปวด และผลข้างเคียงต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบปิด เปรียบเทียบระหว่างวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก กับ การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

วัสดุและวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบไม่สุ่ม มีผู้ป่วยจำนวน 57 รายที่เข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบปิด ระหว่างพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2553 แบ่งเป็นกลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก 29 ราย และกลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง 28 ราย โดยเปรียบเทียบระดับอาการปวดที่ 6, 24 ชั่วโมง และที่ 14, 28 วันหลังผ่าตัดโดยใช้ visual analog scale (VAS) ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังการผ่าตัดระหว่างวิธีการให้ยาชาระงับปวดทั้งสองวิธี

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังผ่าตัดระหว่าง วิธีฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก (LA) กับวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง (SA) ที่เวลา 6 ชั่วโมง (LA: 4.34 VS SA: 5.25; p = 0.07) 24 ชั่วโมง (LA: 3.28 VS SA: 4.00; p = 0.11) 14 วัน (LA: 1.45 VS SA: 1.54; p = 0.61) และ 28 วัน (LA: 0.47 VS SA: 0.44; p = 0.52) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับชนิดรับประทาน (p = 0.65) และความต้องการยาฉีดระงับปวด (p = 0.25) ของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของภาวะเลือดออก และแผลแยกหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามปัญหาปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัดพบได้น้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (LA: 3.4% VS SA: 28.6%; p < 0.05)

สรุป: การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการระงับปวดและปลอดภัยในทางปฏิบัติ พบปัญหาการปัสสาวะไม่ออกหลังการผ่าตัดน้อยกว่า เป็นวิธีที่นำไปใช้ได้โดยง่ายและสามารถใช้เป็นทางเลือกในการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักได้

คำสำคัญ: การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก, การฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก

ABSTRACT

Objective: To compare analgesic effectiveness, postoperative pain and complication following closed hemorrhoidectomy under local perianal block and spinal anesthesia.

Material and Method: A prospective non-randomized study of fifty-seven consecutive patients who underwent closed hemorrhoidectomy during May 2002 and August 2003. Twenty-nine patients received perianal local anesthesia (LA) and the other 28 were under spinal anesthesia (SA). Outcome measures were mean pain scores at 6, 24 hours and day 14 and 28 following hemorrhoidectomy, analgesic requirements and postoperative complications. Comparison was made between the two groups.

Results: There was no significant difference in degree of mean postoperative pain at 6 hours (LA: 4.34 VS SA: 5.25; p = 0.07), 24 hours (LA: 3.28 VS SA: 4.00; p = 0.11), day 14 (LA: 1.45 VS SA: 1.54; p = 0.61) and day 28 (LA: 0.47 VS SA: 0.44; p = 0.52) between the two groups. Postoperative analgesic requirements were comparable in the two groups; analgesic pills (p = 0.65) and parenteral analgesics (p = 0.25). Bleeding complication and wound dehiscence were similar in the two groups, however LA groups had a lower incidence of urinary retention than those in SA group (LA: 3.4% VS SA: 28.6%; p < 0.05).

Conclusion: Local perianal block for hemorrhoidectomy is effective and safe and feasible. It has a lower incidence of post-op urinary retention. This is an easy technique and should be an alternative approach in the treatment of hemorrhoidal disease.

Keywords: hemorrhoidectomy, local perianal block

บทนำ

ริดสีดวงทวารหนักเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ การรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักมีหลายวิธี การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักที่มีประสิทธิภาพที่สุดในรายที่เป็นริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3, 4 และริดสีดวงทวารหนักอักเสบ (strangulated hemorrhoid)[1] ซึ่งการผ่าตัดนั้นสามารถทำภายใต้การระงับความรู้สึกได้หลายวิธี[2] โดยวิธีที่เป็นที่นิยมคือการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง และการใช้ยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก[3,4] ปัจจัยสำคัญคือการควบคุมความเจ็บปวดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดและไม่มีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[5]

การฉีดยาชาไขสันหลังมีข้อด้อยคือผู้ป่วยบางรายอาจเกิดปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อีกทั้งบางรายจะปัสสาวะไม่ออกหลังการผ่าตัด และการฉีดยาชาไขสันหลังนี้จำเป็นต้องมีวิสัญญีแพทย์หรือพยาบาลเฝ้าระวังขณะในผ่าตัด[6,7] จากข้อจำกัดเหล่านี้การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่นำมาใช้ในการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด เนื่องจากศัลยแพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ด้วยตนเอง[8] การผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักภายใต้การฉีดยาชารอบทวารหนัก สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยสามารถทำให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัวซึ่งทำให้การผ่าตัดได้สะดวก จิรวัฒน์และคณะ[9] รายงานผลการผ่าตัดผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักแบบเย็บแผลปิด จำนวน 1,140 ราย ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเฉพาะที่ พบว่าการใช้ยาชาเฉพาะเป็นวิธีที่มี

ประสิทธิภาพและปลอดภัย มีปัญหาในเรื่องผลข้างเคียงหลังการผ่าตัดน้อย Argov และ Levandovsky[10] พบว่าการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักแบบไม่เย็บปิดแผลภายใต้การฉีดยาชารอบทวารหนัก ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว และสามารถทำเป็นการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

การศึกษานี้ต้องการเปรียบเทียบผลการรักษาการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบเย็บแผลปิดภายใต้การระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารกหนัก กับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยเปรียบเทียบในเรื่องของประสิทธิภาพของการระงับความรู้สึก ระดับอาการปวด และผลข้างเคียงต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการระงับความรู้สึก ระดับอาการปวด และผลข้างเคียงต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบเย็บแผลปิด เปรียบเทียบระหว่างวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก กับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบไม่สุ่ม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ พ.ค. 2551 - ส.ค. 2553 จำนวน 57 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดจากแพทย์คนเดียวคือ ผู้วิจัย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักระยะที่สามและสี่ เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักอักเสบ ผู้ป่วยที่มีโรคทางทวารหนักอื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคต่อมลูกหมากโต หรือมีการอุดตันของคอกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือดและผู้ป่วยตั้งครรภ์ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสามพราน โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการชี้แจงข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการและให้ความยินยอมในการผ่าตัด แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ตามวิธีการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังและกลุ่มที่ 2 ได้รับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มนั้น ใช้ความสมัครใจของผู้ป่วยในการเลือกหลังได้รับคำชี้แจง

กลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จะได้รับการฉีด 0.5% บิวพิวาเคน เข้าช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoid space) ในระดับช่องกระดูกเอวที่ 3-4 หรือ 4-5 หลังจากนั้นจึงจัดท่าผู้ป่วยในท่านอนคว่ำ (prone jackknife position) ส่วนกลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณปากทวารหนัก ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านอนคว่ำใช้เทปกาวติดบริเวณแก้มก้นทั้งสองข้างดึงยึดกับข้างเตียงผ่าตัด จากนั้นใช้ยาชาเฉพาะที่ 1% ไซโลเคนซึ่งผสมอะดรีนาลีน จำนวน 20 มิลลิลิตร ผสมกับน้ำปราศจากเชื้อที่ใช้ฉีดเข้าเส้นเลือดได้ จำนวน 20 มิลลิลิตร โดยใช้เข็มเบอร์ 25 ค่อย ๆ ฉีดยาชาที่ชั้นใต้เยื่อบุ หรือชั้นกล้ามเนื้อหูรูดชั้นใน ตำแหน่งที่ 3, 6, 9 และ 12 นาฬิการอบปากทวารหนัก มุมละ 10 มิลลิลิตร ใช้ Fansler retractor ซึ่งไม่มีด้ามจับขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3.2 เซนติเมตรสอดเข้าไปในทวารหนัก การศึกษานี้ใช้เทคนิคการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบเย็บแผลปิด (closed hemorrhoidectomy) โดยใช้คีมจับชนิดไม่มีคมจับหัวริดสีดวงขึ้นและตัดด้วยกรรไกร metzenbaum จากนั้นหยุดเลือดโดยใช้จี้ไฟฟ้า เย็บปิดแผลด้วยไหมละลาย polyglactin ขนาด 4/0

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักจะได้รับการประเมินการรับความรู้สึกเจ็บปวดในขณะฉีดยาชา ขณะใส่เครื่องมือถ่างรูทวารหนัก และในขณะผ่าตัดโดยแบ่งตามความรุนแรงของคะแนนจาก visual analog scale (VAS) คะแนน 0 คือไม่ปวดเลย 1-3 คือปวดเล็กน้อย 4-6 คือปวดปานกลาง 7-9 คือปวดมาก และ 10 คือปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว

เปรียบเทียบข้อมูลของทั้งสองกลุ่มในเรื่องของอายุ เพศ จำนวนหัวริดสีดวงทวาร และระยะของริดสีดวงทวาร

ประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยในกลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก ประเมินความเจ็บปวดที่ 6, 24 ชั่วโมง และ 14, 28 วันหลังผ่าตัด จากการวัดระดับคะแนนการรับรู้ความเจ็บปวดด้วย Visual analog scale บันทึกจำนวนยาแก้ปวดชนิดรับประทานพาราเซตามอลและจำนวนครั้งของการได้รับยาฉีด pethidine ที่ได้รับภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด นัดติดตามผลการรักษาที่ 2 และ 4 สัปดาห์

นิยามศัพท์

Visual analog scale (VAS) คือเครื่องมือใช้ในการประเมินความปวด โดยผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเป็นผู้คะแนนความรู้สึกปวดของตนเองว่าปวดมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะมีคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0-10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลยและให้คะแนนความปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับความปวดที่รุนแรงขึ้น จนถึง 10 เซนติเมตร หมายถึงปวดมากที่สุดในชีวิต

จำนวนยาแก้ปวดพาราเซตามอล หมายถึงจำนวนเม็ดยาพาราเซตามอลที่ผู้ป่วยจะได้รับในขนาด 15-20 มิลลิกรัมรับประทานทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดโดย VAS ≥ 3

จำนวนครั้งยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หมายถึงครั้งของการฉีดยา pethidine ในขนาด 0.5-1 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 4 ชั่วโมง หากผู้ป่วยไม่หายปวดใน 1 ชั่วโมงหลังรับประทานยาพาราเซตามอล

ปัสสาวะไม่ออกหลังการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยมีการปวดปัสสาวะร่วมกับมีกระเพาะปัสสาวะโป่งพอง แต่ไม่สามารถปัสสาวะออกเองได้จนต้องได้รับการสวนปัสสาวะ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลชนิดแจงนับระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้ chi-square test หรือ Fisher's extract test ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลชนิดต่อเนื่องระหว่าง 2 กลุ่มใช้ student t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS for window version 16.0

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 57 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก 29 ราย และกลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง 28 ราย กลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักมีอายุเฉลี่ย 40.86 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.60) มีเพศชาย 16 ราย และเพศหญิง 13 ราย กลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลังมีอายุเฉลี่ย 41.14 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.76) เพศชาย 16 ราย และเพศหญิง 12 ราย จำนวนหัวริดสีดวงทวารและระยะความรุนแรงของริดสีดวงทวารของทั้งสองกลุ่มมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ผลการศึกษาการประเมินการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักโดยประเมินขณะฉีดยา ขณะใส่เครื่องมือ และขณะผ่าตัด ดังตารางที่ 2 พบว่าในขณะฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักมีผู้ป่วย 28 ใน 29 รายที่ไม่ปวดเลยหรือมีอาการปวดเล็กน้อยเท่านั้น ขณะใส่เครื่องมือถ่างรูทวารมีผู้ป่วย 3 ใน 29 รายที่มีอาการปวดปานกลาง และในขณะทำการผ่าตัดมีผู้ป่วย 27 ใน 29 รายไม่มีอาการปวดหรือปวดเล็กน้อย โดยมี 2 รายที่มีอาการปวดปานกลางและมีเพียง 1 รายที่มีอาการปวดมาก แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายสามารถทนการผ่าตัดได้จนเสร็จโดยไม่ต้องเปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึก

เมื่อเปรียบเทียบใน 6, 24 ชั่วโมง และ 14, 28 วันหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบปิด พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่และกลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ปริมาณความต้องการยากินแก้ปวด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

	กลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่ (จำนวน 29 ราย)	กลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง (จำนวน 28 ราย)	P-value
อายุ (ปี)			
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	40.86 (10.60)	41.14 (9.76)	0.92
เพศ			0.88
ชาย (%)	16 (55.2)	16 (57.1)	
หญิง (%)	13 (44.8)	12 (42.9)	
จำนวนหัวริดสีดวงทวาร			0.20
1 หัว (%)	15 (51.72)	8 (28.57)	
2 หัว (%)	9 (31.04)	12 (42.86)	
3 หัว (%)	5 (17.24)	8 (28.57)	
ระยะความรุนแรงของริดสีดวงทวาร			0.84
ระยะสาม (%)	20 (68.97)	20 (71.43)	
ระยะสี่ (%)	9 (31.03)	8 (28.57)	

ตารางที่ 2 ประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยในกลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก

	ระดับความเจ็บปวด (จำนวน 29 ราย)				
	ไม่ปวด	ปวดน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก	ปวดทนไม่ได้
ขณะฉีดยาชา	1	27	1	0	0
ขณะใส่เครื่องมือ	6	20	3	0	0
ขณะผ่าตัด	14	12	2	1	0

หลังผ่าตัดในทั้งสองกลุ่ม (p = 0.65) และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการยาระงับปวดหลังการผ่าตัดในทั้งสองกลุ่ม (p = 0.25) ก็ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 3

ในเรื่องของผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนตามตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลังพบผู้ป่วย 4 ราย (14.3%) มีความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด โดยมีความดันโลหิต systolic ลดลงมากกว่าร้อยละ 30

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด VAS และความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

	กลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่	กลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง	P-value
ระดับความปวดที่ 6 ช.ม. หลังผ่าตัด			
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.34 (1.93)	5.25 (1.79)	0.07
ระดับความปวดที่ 24 ช.ม. หลังผ่าตัด			
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.28 (1.65)	4.00 (1.74)	0.11
จำนวนยากินแก้ปวด (เม็ด)			
ค่าเฉลี่ย (จำนวนต่ำสุด-สูงสุด)	4.7 (0-12)	5.1 (2-10)	0.65
จำนวนครั้งที่ได้รับยาฉีดแก้ปวด			0.25
0 (%)	21 (72.4)	13 (46.4)	
1 (%)	5 (17.2)	10 (35.7)	
2 (%)	2 (6.9)	3 (10.7)	
≥ 3 (%)	1 (3.4)	2 (7.1)	
ระดับความปวดที่ 14 วัน หลังผ่าตัด			
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.45 (0.63)	1.54 (0.64)	0.61
ระดับความปวดที่ 28 วัน หลังผ่าตัด			
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	0.17 (0.47)	0.25 (0.44)	0.52

ตารางที่ 4 ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

	กลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่	กลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง	P-value
ความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด	0 (0%)	4 (14.3%)	0.052
คลื่นไส้/อาเจียน	0 (0%)	1 (3.6%)	0.491
ปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด	1 (3.4%)	8 (28.6%)	0.012*
ปวดที่ฉีดยาชา	0 (0%)	1 (3.6%)	0.491
ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด	1 (3.4%)	1 (3.6%)	1.000
แผลแยกที่ 14 วันหลังผ่าตัด	2 (6.9%)	1 (3.6%)	1.000

จากค่าปกติและจำเป็นต้องรักษาโดยการฉีดเอฟิดรีน แต่ไม่เกิดขึ้นเลยในกลุ่มที่ฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก ร้อยละของอาการปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยในกลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักเกิดอาการปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ($p = 0.012$) พบภาวะเลือดหลังผ่าตัด 1 รายในแต่ละกลุ่มซึ่งสามารถหยุดได้เองโดยไม่ต้องทำการเย็บแผลใหม่และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) เมื่อติดตามการรักษาที่ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดพบแผลแยกในกลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 6.9 ในกลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลังพบ 1 รายคิดเป็นร้อยละ 3.6 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามการรักษาที่สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยทุกรายแผลหายสนิทเองโดยไม่มีการตีบตันของทวารหนัก

วิจารณ์

การรักษาริดสีดวงทวารหนักมีหลายวิธี การเลือกวิธีใดขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค ผลการรักษาของวิธีการต่าง ๆ ความชำนาญของแพทย์ผู้รักษา และความต้องการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการรักษาริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3, 4 และริดสีดวงทวารหนักอักเสบ (strangulated hemorrhoid) ให้ได้ผลดีที่สุดคือการผ่าตัด[1] ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดทั้งหลายจะมีการคำนึงถึงเรื่องของความเจ็บปวดจากการผ่าตัดหรือความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดรวมถึงระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล การเลือกวิธีระงับความรู้สึกในการผ่าตัดก็เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการผ่าตัด Bharathi และคณะ[6] รายงานการผ่าตัดโรคทวารหนักและเรคตัมโดยใช้วิธีฉีดยาชาเฉพาะที่พบว่าสามารถทำได้อย่างปลอดภัย ระงับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นทางเลือกที่ดีในการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด

Ho และคณะ[11] รายงานการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดริดสีดวงทวารภายใต้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่และการดมยาสลบ พบว่าผลการระงับปวดและการได้รับแก้ปวดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน Sungurtekin และคณะ[4] พบว่าการผ่าตัดถุงน้ำไพโลไนดาลบริเวณรอบทวารหนักโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักมีระดับความปวด (VAS) ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง เช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ซึ่งพบว่าการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักภายใต้การระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเฉพาะที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดไม่ต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

เป้าหมายหลักของการฉีดยาชาเฉพาะที่คือ ยับยั้งปลายเส้นใยประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณทวารหนักและกล้ามเนื้อหูรูดเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวและไม่เจ็บปวดขณะผ่าตัด เทคนิคการฉีดยาชาเฉพาะที่แบ่งใหญ่ได้ 2 วิธี คือการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหูรูดโดยตรง[9,11] และการฉีดข้าง ๆ กล้ามเนื้อหูรูดเข้าช่อง ischiorectal[12-14] ซึ่งวิธีหลังนี้ยังมีการฉีดได้ 3 แบบ โดยฉีดด้านหลังอย่างเดียว ฉีดทั้งด้านหน้าและด้านหลังและฉีดรอบโดยรอบทวารหนัก[12-14] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการฉีดทั้งสองวิธีนี้พบว่ามีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันและผู้ป่วยทนเจ็บปวดขณะฉีดยาชาได้เหมือนกัน[15] ในการศึกษานี้ใช้วิธีฉีดแบบเข้ากล้ามเนื้อหูรูดโดยตรงเนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย แต่ข้อเสียของการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักวิธีนี้คือ ขณะฉีดยาผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บบางรายแสบร้อนทวารหนัก เนื่องจากบริเวณนี้ไวต่อความรู้สึก ซึ่งสามารถลดความเจ็บปวดขณะฉีดโดยการใช้เข็มขนาดเล็กและค่อย ๆ ฉีดยาชา อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ผู้ป่วยสามารถทนต่อความเจ็บปวดขณะฉีดยาชาได้ทุกรายและส่วนใหญ่ร้อยละ 96.55 ไม่มีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้นและผู้ป่วยทุกรายสามารถผ่าตัดได้หลังจากฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนัก ประมาณ 5 นาที โดยไม่มีรายใดปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว ทั้งนี้การฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักในผู้ป่วยอายุน้อยทำได้ยากกว่าเนื่องผู้ป่วยอายุน้อยมีกล้ามเนื้อที่แน่นกว่าและมีระดับการรับรู้ความเจ็บปวดต่ำกว่าในผู้ป่วยสูงอายุ[13] และในผู้ป่วยอ้วนซึ่งจะทำการผ่าตัดในท่าคว่ำได้ลำบาก และการดึง

เปิดแก้มก้นให้เปิดออกเพื่อฉีดยาชาก็ทำได้ยาก

ผลแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสำคัญของการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก คือการปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัดบางรายงานมีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 34[16,17] กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามเชื่อว่าน่าจะมีสาเหตุจากสองประการ คือการยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อ detrusor และการอุดตันช่องทางออกกระเพาะปัสสาวะ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดบริเวณทวารหนักจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ซึ่งมีผลให้เกิดการอุดตันช่องทางออกกระเพาะปัสสาวะและทำให้ปัสสาวะไม่ออก การถ่างบริเวณรูทวารหนัก และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดนี้ก็ยังยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อ detrusor อีกด้วย นอกจากนี้การยับยั้งระบบประสาทสั่งการและระบบอัตโนมัตินานเกินไป การได้รับสารน้ำมากเกินไปขณะผ่าตัดและการไม่ได้ขยับตัวหลังผ่าตัด[17,18] ก็เป็นสาเหตุให้เกิดการปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัดได้ อุบัติการณ์การปัสสาวะไม่ออกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกลุ่มฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 3.4 ในขณะที่กลุ่มที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลังมีอุบัติการณ์ปัสสาวะไม่ออกถึงร้อยละ 28.6 ซึ่งอาจจะมาจากสาเหตุกลุ่มฉีดยาชาเข้าไขสันหลังจำเป็นต้องได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วก่อนการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังเพื่อช่วยร่างกายให้ปรับตัวต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตก และได้รับสารน้ำมากกว่าในขณะผ่าตัดอันมีผลทำให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่งได้

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่ได้มีการเลือกแบบสุ่มโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเองในการเลือกวิธีระงับความรู้สึกจึงอาจมีอคติเกิดขึ้นได้ในเรื่องของประเมินผลการรับรู้ความเจ็บปวดแต่อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองในเรื่องของ อายุ เพศ และความรุนแรงของโรคพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และเนื่องจากการประเมินการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดโดยใช้ visual analogue scale ซึ่งเป็น subjective ขึ้นกับความคิดแต่ละบุคคล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการพิจารณาจำนวนยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยต้องการหลังผ่าตัดซึ่งเป็นการประเมินแบบ objective ควบคู่ไปกับ visual analogue scale ด้วย ในศึกษาพบว่าการฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักมีประสิทธิภาพในการระงับอาการปวดขณะและหลังการผ่าตัด และสามารถทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักคลายตัวช่วยให้ผ่าตัดริดสีดวงทวารได้อย่างดีปลอดภัย มีปัญหาเรื่องของปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัดน้อยกว่า

สรุป

การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักด้วยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่รอบทวารหนักเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการระงับปวดและปลอดภัยในทางปฏิบัติ โดยมีผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การปัสสาวะไม่ออกหลังการผ่าตัดในอัตราต่ำกว่าการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ศัลยแพทย์ทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้โดยง่าย จึงเป็นวิธีที่สามารถใช้เป็นทางเลือกในการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพรานที่สนับสนุนการทำวิจัยและอนุญาตให้เสนอรายงานนี้ และขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนที่ให้ความสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). Dis Colon Rectum. 2005;48(2): 189-94.
2. Li S, Coloma M, White PF, et al. Comparison of the costs and recovery profiles of three anesthetic techniques for ambulatory anorectal surgery. Anesthesiology. 2000;93(5):1225-30.
3. Gudaityte J, Marchertiene I, Pavalkis D. Anesthesia for ambulatory anorectal surgery. Medicina (Kaunas). 2004;40(2):101-11.

4. Sungurtekin H, Sungurtekin U, Erdem E. Local anesthesia and midazolam versus spinal anesthesia in ambulatory pilonidal surgery. J Clin Anesth. 2003;15(3):201-5.
5. Lohsiriwat D, Lohsiriwat V. Outpatient hemorrhoidectomy under perianal anesthetics infiltration. J Med Assoc Thai. 2005;88(12):1821-4.
6. Bharathi SR, Sharma V, Dabas AK, et al. Evidence based switch to perianal block for ano-rectal surgeries. Int J Surg. 2010;8(1):29-31.
7. Rawal N. Analgesia for day-case surgery. Br J Anaesth. 2001;87(1):73-87.
8. Aphinives P. Perianal block for ambulatory hemorrhoidectomy, an easy technique for general surgeon. J Med Assoc Thai. 2009;92(2):195-7.
9. Pattana-arun J, Wesarachawit W, Tantiphlachiva K, et al. A comparison of early postoperative results between urgent closed hemorrhoidectomy for prolapsed thrombosed hemorrhoids and elective closed hemorrhoidectomy. J Med Assoc Thai. 2009;92(12):1610-5.
10. Argov S, Levandovsky O. Radical, ambulatory hemorrhoidectomy under local anesthesia. Am J Surg. 2001;182(1):69-72.
11. Ho KS, Eu KW, Heah SM, et al. Randomized clinical trial of haemorrhoidectomy under a mixture of local anaesthesia versus general anaesthesia. Br J Surg. 2000;87(4):410-3.
12. Kushwaha R, Hutchings W, Davies C, et al. Randomized clinical trial comparing day-care open haemorrhoidectomy under local versus general anaesthesia. Br J Surg. 2008;95(5):555-63.
13. Nystrom PO, Derwinger K, Gerjy R. Local perianal block for anal surgery. Tech Coloproctol. 2004; 8(1):23-6.
14. Gerjy R, Lindhoff-Larson A, Sjodahl R, et al. Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy performed under local perianal block versus general anaesthesia. Br J Surg. 2008; 95(11):1344-51.
15. Roxas MF, Delima MG. Randomized controlled trial to determine the effectiveness of the Nivatvongs technique versus conventional local anaesthetic infiltration for outpatient haemorrhoidectomy. Asian J Surg. 2006;29(2):70-3.
16. Madoff RD, Fleshman JW. American Gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004;126(5):1463-73.
17. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am. 2010;90(1):17-32.
18. Toyonaga T, Matsushima M, Sogawa N, et al. Postoperative urinary retention after surgery for benign anorectal disease: potential risk factors and strategy for prevention. Int J Colorectal Dis. 2006; 21(7):676-82.