

TWO STAGES TREATMENT IN ACUTE PAINFUL PROLAPSED HEMORRHOID

คงเดช ลีโทขวลิต

รพ. ห้วยพลู

ABSTRACT :

Leethochavalit K. Two Stages Treatment in Acute Painful Prolapsed Hemorrhoid.
(Region 7 Medical Journal 1996 ; 2 : 153-157).

Huayploo Hospital, Nakhonpathom, Thailand.

Hemorrhoid is one of the most common benign anorectal disease that produce troublesome symptoms to the patients especially patient with 4th degree hemorrhoid or acute painful prolapsed hemorrhoid. The convention treatment such as hot sitz bath, evacuation of clot, per se cannot immediately reduce painful symptoms, most patients may suffer for several days. The author tried inducing a new way to treat 30 patients who suffered from acute painful prolapse hemorrhoid in Huayploo Community hospital between January, 1989 and December, 1992.

All of the 30 patients visited the OPD, were diagnosed as acute painful prolapsed hemorrhoid and were injected submucosally around the lesions with 2-5 ml. of 1% Lidocain with 1 : 100,000 adrenaline according to severity of the lesions. After 10 to 20 minutes of treatment, the lesions dramatically constricted and all patients suddenly relieved from painful symptoms. After that, the lesions could be reduced into the anal canal and the patients were only treated as out patient cases. During 4 weeks follow up, only one patient needed hemorrhoidectomy, all of them satisfied the results of the treatment.

บทคัดย่อ :

กงเดช ลีโทขวลิต. Two Stages Treatment in Acute Painful Prolapsed Hemorrhoid. (วารสารแพทย์เขต 7 2539; 2 : 153-157).

รพ. ห้วยพุลู, นครปฐม.

ได้ทดลองรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ acute painful 4th degree hemorrhoid ที่มารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลห้วยพุลูตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - 2535 จำนวน 30 คน โดยการใช้ Lidocain 1% with 1 : 100,000 adrenaline ฉีดเข้าชั้น submucosa รอบหัวริดสีดวง ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกจะพบว่า หัวริดสีดวงจะยุบลงจนสามารถดันกลับเข้า anal canal ได้และผู้ป่วยจะหายปวดเกือบทันทีหลังจากฉีดยาและดันหัวริดสีดวงกลับคืน ทำให้ไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ hot sitz bath หรือทำการผ่าตัดเพื่อเอา blood clot (evacuate) จากนั้นนัดผู้ป่วยมาตรวจทุกสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์เพื่อทำการรักษาด้วย การผ่าตัดหรือใช้วิธี sclerotherapy จากการติดตามอาการพบว่าผู้ป่วยพอใจผลการรักษาที่หายปวดได้ทันที และไม่ต้องรับการผ่าตัด จากการติดตามผลการรักษาพบว่าไม่มีเพียงรายเดียวที่ต้องรับการผ่าตัด

บทนำ

โรคริดสีดวงทวารหนักเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า Benign anorectal Disease (BAD) ซึ่งในประชากรทั่วไพบยากที่จะบอกได้ว่าเป็นโรคนี้เท่าไร มีรายงานการศึกษาล่าสุดของ Nelson-RL และคณะ ได้ทำการศึกษาในคนอายุตั้งแต่ 21 - 65 ปีทุกเพศและเชื้อชาติในมลรัฐ Illinois โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างพบว่า 9 ใน 102 คน เคยรับการรักษาดังด้วยเรื่องริดสีดวงทวารหนักมาก่อน¹ ดังนั้นจึงน่าจะประมาณได้ว่ามีอัตราการเกิดโรคนี้มากกว่า 10% ในประชากรทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าลักษณะทางพยาธิสภาพของโรคจะเกิดการ prolapse ของ anal canal cushion ซึ่งประกอบด้วย rectal mecosa, smooth muscle, venules, arterioles และพบว่ามี arteriolar-venule malformation, ความผิดปกติของ elastic connective tissue² และบางคนพบว่ามี distortion ของ crypt ของ anal canal และมี stromal hyperplasia เกิดขึ้นจำนวนมาก³

ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเชื่อกันว่าเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกันได้แก่ การเบ่งอุจจาระอย่างแรง ท้องผูก การขาดเลือดของหลอดเลือดบริเวณนั้น การเพิ่มความดันในช่องท้อง ท่าทางที่ผิดปกติ และกรรมพันธุ์ เป็นต้น² แต่มีรายงานว่า การท้องเสียก็สามารถทำให้เกิดโรคนี้ได้⁴

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการมีเลือดออกจากทวารหนักเวลาถ่ายอุจจาระ บางรายมีอาการเลือดจางจากการเสียเลือดเรื้อรังซึ่งพบได้บ่อย⁵ บางคนมาด้วยอาการระคายเคืองที่ทวารหนัก มีก้อนโผล่ที่ทวารหนักหรือมีอาการปวดที่ทวารหนัก²

ในด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น sclerotherapy, rubber band ligation, cryosurgery, anal dilatation, infared photocoagulation, bipolar diathermy, surgery, electrocoagulation,⁶ และมีผู้ทดลองใช้วิธีการรักษาด้วยการป้ายด้วย nitroglycerine ointment 0.5% ใน thrombose hemorrhoid แทนการ

รักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งพบว่าได้ผลค่อนข้างดี⁷ ซึ่งการรักษาที่ได้รับความนิยมมากที่สุดได้แก่การใช้ rubber band ligation ซึ่งต้องใช้เครื่องมือพิเศษ และการผ่าตัดซึ่งพบว่า มีโรคแทรกซ้อนได้ค่อนข้างมากเช่นการเกิดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด⁸ 70% ของผู้ป่วยจะมี anal sphincter defect โดยที่ไม่มีอาการ แต่บางคนจะเป็นมากถึงการมีอุจจาระเล็ด และการกลั้นอุจจาระไม่ได้ (fecal soiling and incontinence)⁹ บางครั้งเกิด anal stricture ซึ่งอาจพบได้ถึง 3.8%^{9,10} บางครั้งอาจเกิด urinary retention¹¹ หรือบางรายเกิดอันตรายจากการฉีดยาเข้าเส้นหลังทำให้เกิด severe bradycardia, severe hypotension ได้¹²

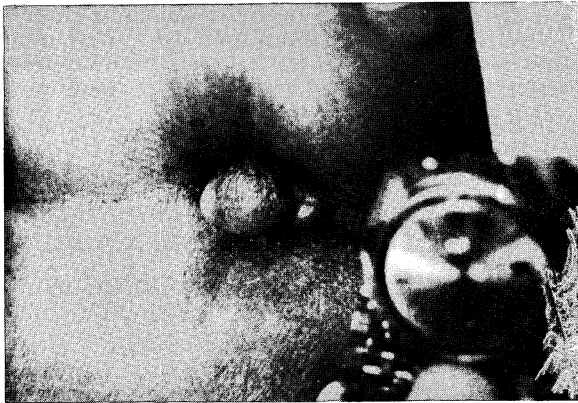
จะเห็นได้ว่า การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดก็สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขณะเดียวกันการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ก็จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยากและต้องได้รับการรักษาในสถาบันที่มีเครื่องมือเหล่านั้นเท่านั้นจึงเป็นการไม่สะดวกต่อผู้ป่วยเอง และแก่แพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งมีทรัพยากรจำกัด ดังนั้นจึงได้พยายามหาวิธีสะดวกปลอดภัยเพื่อให้การรักษาผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาวิธีที่เหมาะสม, สะดวก, ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคนี้
2. เพื่อหาวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บปวดทรมานเร็วที่สุด

วิธีการศึกษา

ได้ทำการรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ Lidocain 1% จำนวน 5 มล. ผสมกับ adrenaline 1 : 1,000 ปริมาณ 0.2 มล. ฉีดเข้ารอบ ๆ หัวริดสีดวงในชั้น submucosa หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า lithotomy หรือนอนตะแคงเป็นเวลาประมาณ 20 นาที โดยแพทย์จะทำการติดตามดูอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อคอยดันหัวริดสีดวงที่ยุบและพอที่จะดันกลับเข้าสู่ anal canal ได้ พร้อมกับสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นระยะเกี่ยวกับอาการและความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลัง



รูปที่ 1 หัวริดสีดวงทวารก่อนการฉีด Lidocaine with adrenaline



รูปที่ 2 การฉีด Lidocaine with adrenaline



รูปที่ 3 หัวริดสีดวง 10 นาทีภายหลังการฉีด Lidocaine with adrenaline



รูปที่ 4 หัวริดสีดวง 20 นาทีภายหลังการฉีด Lidocaine with adrenaline

จากนั้นได้ให้ยาเหน็บทวารและการรักษาตามอาการ แล้วนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลทุกสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อพิจารณาการรักษาขั้นต่อไปหากการรักษาไม่ได้ผล

ผลการรักษา

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 30 คน ที่รักษาด้วยวิธีดังกล่าวพบว่าทั้งหมดมาด้วย อาการปวดทวารหนักและมีก้อนที่ทวารหนักไม่สามารถดันกลับได้ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 -2 วัน พบว่ามี clot เพียง 2 คน หลังจากให้การรักษาสงบตันหัวริดสีดวงได้ภายในเวลา 10 นาที 20 ราย ภายใน 20 นาที 10 ราย ผู้ป่วยทั้งหมด 30 ราย หายปวด

ภายใน 5 นาที ภายหลังจากการฉีดยา หลังจากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่ต้องได้รับการผ่าตัด hemorrhoidectomy และมีผู้ป่วย 5 รายที่ต้องรักษาด้วย sclerotherapy

วิจารณ์

จากกลไกการเกิด hemorrhoid จะพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภาวะ hypertonia ของ anal sphincter¹³ ซึ่งเป็นการทำให้เกิด congestion, engorgement, bleeding และ thrombosis ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน external hemorrhoid ซึ่งอยู่ต่ำกว่า dentate

line,² และเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดยิ่งทำให้เกิด spasm ของกล้ามเนื้อหูรูดมากยิ่งขึ้นทำให้กลไกความเจ็บปวดทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการฉีด lidocain เป็นการตัดวงจร ความเจ็บปวดทำให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัวการไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและ adrenaline จะช่วยหดหลอดเลือดทำให้หัวริดสีดวงหดตัวได้เร็วขึ้น ทำให้สามารถดันกลับเข้าที่ได้เร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็มีข้อควรระวังในการให้การรักษาดังวิธีนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจซึ่งเป็นข้อห้ามของการใช้ยา adrenaline

สรุป

จากการทดลองรักษาดังวิธีดังกล่าวที่โรงพยาบาล ห้วยพญา คิดว่าการรักษาดังกล่าวน่าจะเป็นประโยชน์นำไปใช้รักษาผู้ป่วยในที่อื่นได้ เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่สิ้นเปลืองและสะดวกต่อการรักษา ทั้งทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บปวดได้อย่างรวดเร็ว และหัวริดสีดวงทวารที่ไม่สามารถดันกลับได้จนเกิดอาการปวด ก็ไม่กลับมาบวมอีกเนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดที่คลายตัวออกทำให้การคั่งของหลอดเลือดลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, et al. Prevalence of Benign Anorectal Disease in a Random Selected Population. Dis Colon Rectum : 1995 ; 38(4), 341-34.
2. Medich DS, Fazio VW. Hemorrhoid, Anal Fissure and Carcinoma of the Colon, Rectum and Anus during Pregnancy. Sutgical Clinic of North America : 1995 : 677-8.
3. Kaftan SM, Haboubi NY. Histopathological Change in Haemorrhoid associated Mucosa and Submucosa. Int Journ Colorectal Disease : 1995 :10(1) : 15-8.
4. Johanson Jf, Sonnenberg A. Constipation is not a Risk Factor for Hemorrhoids. a Case Control Study of Potential Etioligical Agents. American Journal of Gastrienterology 1994 : 89(11) : 1981-6.
5. Kluiber RM, Wolff BG. Evaluation of anemia caused by Hemorrhoidal bleeding. Dis Colon Rectum 1994 : 37(10), 1006-7.
6. Arullani A, Capillo G. Diagnosis and Current Treatment of Hemorrhoidal disease. Angiology 1994 : 45(6 ptv2) : 560-5.
7. Gorfine SR. Treatment of Benign Anal Disease with Topical Nitroglycerine. Dis Colon Rectum 1995 : 38(5) : 453-6.
8. Macrae HM, McLeod RS. Comparison of Hemorrhoidal Treatment. A meta-analysis. Dis Colon Rectum 1995 ; 38(7) : 687-94.
9. Felt Bresma RJ, Van Baren R, et al. Unsuspected Sphincter Defect shown by anal Endosonography after Anorectal Surgery. Aprospectiv Study. Dis colon Rectum 1995 ; 38(3) : 249-53.
10. EU KW, Teoh Ta, Seowchoen F, et al, Anal Stricture Following Hemorroidectomy Early Diagnosis and Treatment. Australian and New Zealand Journal of Surgery 1995 ; 65 : 101-3.
11. Hoff SD, Balley HR, Butts DR, et al. Ambulatory Surgical Hemorroidectomy-A Solution to Post Operative Urinary Retention. Dis Colon Rectum 1994 ; 37(12) : 1242-4.
12. Fukuda H, Miyashita-K, Ishii-R, et al. Severe bradycardia and hypotension durin ganesthesia in patient undergoing hemorroidectomy. Masui 1995 ; 44(1) : 100-2.
13. Farouk R, Duthie GS, Macgregor AB, et al. Sustained Internal Sphincter Hypertonia in Patient with Chronic Anal Fissure. Dis-Colon-Rectum 1994 ; 137 : 424-9.
14. Johanson Jf, Sonnenberg A. Constipation is not a Risk Factor for Hemorrhoids. a ease Control Study of Potential Etioligical Agents. American Journal of Gastrienterology 1994 : 89(11) : 1981-6.
15. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al, Haemorrhoids : Pathophysiology and Etiology. British Journal of Surgery 1994 ; 81(7) : 946-54.