

# การรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก

โดย

\* เฉลี่ย วัชรพงศ์ พ.บ.

โรคริดสีดวงทวารหนัก หรือเรียกว่า Hemorrhoids หรือ piles เป็นโรคหนึ่ง ที่มีการรักษาทั้งหลายอย่าง ถ้าท่านที่สนใจคงจะได้ยินได้ฟังจากวิทยุ, โทรทัศน์ และได้อ่านจากหนังสือพิมพ์ถึงความเรื้อร่ายาใช้รักษาโรคนี้นั้น มุ่งยารบีบทาน และยาทาเฉพาะที่ นอกจากนี้ยังมีแพทย์จีน, ญี่ปุ่น, แชก และไทย โฆษณากันก็มี หรือรู้จักกันระหว่างชาวบ้านว่า ถ้าเป็นโรคนี้นั้นควรไปหาหมอจีน หรือหมอญี่ปุ่น เพราะเขาฆ่าพยาธิให้หัวหลุด ไม่ต้องผ่าตัด พอพดถึงผ่าตัด พวกคนไข้ก็กลัวกันเสียแล้ว เพราะนอกจากกลัวเจ็บจากการผ่าตัด มักจะได้รับการบอกเล่าจากคนข้างเคียง หรือคนรู้จักว่า การผ่าตัดริดสีดวงนั้น ทำให้เสียเงินไม่หยกหยางละ ทวารหนักตกขยงละ เขาต้องทลวงกันกัน ทนคน และเจ็บสันต์ ทงนนั้น จึงเห็นว่าทำให้คนไข้ขาดที่จะไปปรึกษาหมอผ่าตัดในโรคนี้นั้น แต่อย่างไรก็ดี ก็เป็นที่น่ายินดีที่ว่าภายในระยะ 7 ปีนี้ ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้มีคนไข้มาตรวจเฉพาะทางโรคทวารหนักเป็นจำนวนถึง..... ราย

และได้รับเข้าไว้ผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนัก อย่างเคียวถึง 552 ราย ทางโรงพยาบาลของเราได้จัดตั้ง Rectal clinic โดยเฉพาะสำหรับคนไข้ O.P.D. และได้ screen คนไข้ ออก เพื่อจะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และไม่เสียเวลาที่จะเข้ามาอนในโรงพยาบาล โดยเป็นแต่เพียง Bleeding pile-1<sup>st</sup> degree หรือเป็น thrombosed external pile เพราะพวกนี้ เรารักษาที่ O.P.D. ก็พอ สำหรับยาทาให้หัวหลุดพวกแพทย์ได้ใช้ทำให้คนไข้เป็นเป็นยากก็ส่วนมาก มักจะกัดเอา peri-anal skin หลุดออก มากกว่ากัดที่หัวริดสีดวง มีอย่างเคียวทยาเหล่านี้จะกัดได้ถูกต้อง คือพวก thrombosed, prolapsed internal piles แต่ถึงกระนั้นทำให้เกิดเป็นแผลเน่า คนไข้ต้องนอน แช่วอกยักขานเป็นเดือน ๆ กว่าหาย เมื่อหายแล้วเกิดเป็นแผลรอบ ๆ ทวารหนัก จนคยเหลือรโรคเคียว ซึ่งต้องแก้กันหลายราย มีอยู่ 1 ราย ถึงตาย เพราะใช้ยาหมอมแชกยาม ขอกทงกันและทา.

\* อาจารย์แผนกศัลยศาสตร์ และหัวหน้าหน่วย Colo-proctology ของแผนกศัลยศาสตร์

สำหรับการรักษาทางโรงพยาบาลฟาล-  
งกรณ ได้มีการรักษาโรคนี้ คือ

- 1) การฉีดยาทวารคัสตง
- 2) การผ่าตัด
- 3) การรักษาพวกที่มี thrombosed,

prolapsed or infection.

สำหรับการฉีดยา คือการทำ submu-  
cous injection ตรงทวารคัสตงด้วยน้ำยา  
ที่ทำให้เกิด peri-vascular fibrosis  
เราฉีดไปรอบๆ plexus ไม่ได้ฉีดเข้าเส้น  
เลือดเหมือนการรักษา varicose vein  
ทวาร นายกที่ใช้ คือ (slides)

1. Phenol 5 % in Rice Bran oil.  
(น้ำมันรำ)
2. Phenol 5 % in Almond oil.
3. Phenol 5 % in Peanut oil.
4. Phenol 10%, Glycerine 40%  
in Water.
5. Quinine urethaine.

สำหรับ Solution No. 4 เราใช้มา  
10 ปีเศษ ผลที่ได้นั้นว่าพอใจและไม่เกิด  
complication อะไรมากมาย เหมือน  
แพทย์บางคนคิดว่าทำให้เกิดแผลเน่าที่ฉีด ที่  
จริงแล้วยา Sol. No. 4 นี้ ผมได้ใช้มานาน  
เกือบจะพูดได้ว่าเป็น 1,000 ราย ก็ไม่มี  
incidence ของ Local gangrene เพียง

3 รายเท่านั้น รายหนึ่งมี cirrhosis of  
liver, ascites มี Bleeding pile ฉีดเข้า  
ไปครึ่งเดียว เกิดแผลเน่า, อีกรายฉีดไป  
ครึ่งที่ 3 จึงเกิด และอีกรายก็เช่นเดียวกัน  
ในสองรายหลังนี้ไม่มีโรคอื่นอยู่ด้วย มีที่เสีย  
อยู่อย่างเดียว คือ ต้องฉีดยามากครั้งก็ solu-  
tion อื่น ๆ เพราะเราฉีดเพียงหัวละ 5-8  
หยด ฉีดอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ต้องใช้ฉีดยา  
ติดต่อกันทุกอาทิตย์ถึง 5 ครั้ง ส่วน Sol.  
อื่น ๆ ที่กล่าวข้างต้น เราใช้หัวละ  
2-3 ซี.ซี. เราอาจจะฉีดอาทิตย์ละ  
1 ครั้ง สัปดาห์ 3-4 ครั้ง ก็พอแล้ว ซึ่งทาง  
ทั่วๆ ไป Phenol 5 % in Almond oil  
ใช้กันมากๆ กว่าอย่างอื่นหมด แต่ผมเห็น  
ว่ามันแพง ปอนด์ละ 300.- บาท และหา  
ไม่ได้ง่ายๆ ผมจึงลองเปลี่ยนมาใช้ Phenol  
5 % in Rice Bran oil น้ำมันรำ ปอนด์  
ละ 10.- บาท ใช้ได้ผลดีมาก และต่อมา  
ใช้กับน้ำมัน Peanutoil ได้ผลดีเหมือนกัน  
การฉีดยารักษา เราให้คนไข้มาฉีด  
อาทิตย์ละครั้ง 4 ครั้ง ติดๆ กันแล้วให้มา  
check อีก 6 เดือน ฉายามอยฉีดยาครั้ง  
1-2 ครั้ง แล้วต่อไปสั่งให้คนไข้มา check  
ฉายามอาการเลือดออก หรือหิวปลิ้นออกมา.  
สำหรับการเลือกคนไข้ฉีดยานี้ คือ -

- 1) พวกโรคคัสตงในระยะที่หนึ่ง หรือ  
ที่สอง.

2) มีเลือดออกในระยะไหนก็ตาม เป็น การห้ามเลือดที่ที่สุด เร็วที่สุด.

3) พวกระยะที่สอง มีหัวปลิ้นออกมา แล้วเข้าไปเองได้ภายหลังถ่าย. เราไม่ควรฉีดยาพวกต่อไปนี้—

1) พวก prolapsed, thrombosed-internal pile.

2) พวก external pile ทั้งหมด.

3) พวกมี infection หรือ fistula ร่วมด้วย.

สำหรับ การ รักษา ทางผ่าตัด เรียก Hemorrhoidectomy นี้ มีด้วยกันหลายวิธี เรามักจะใช้ผสมกัน แล้วแต่คนไข้ คนหนึ่ง ๆ คือ—

1. Ligation.

2. Ligation with excision.

3. Submucous resection.

ส่วนมากทำ Submucous resection ใน primary piles 3 หัว เพราะเป็น หัวใหญ่ ส่วน secondary piles อีก ประมาณ 4 หัวนั้น อาจจะทำ Ligation เดี่ยว ๆ ถ้าหัวเล็กมาก หรือทำ Ligation-with excision ในหัวใหญ่หน่อยก็ได้ การที่ทำ Submucous resection มาก และใน primary piles นั้น เพราะ—

1) mucosa ไม่ถูกตัดออกเลย จะไม่ ทำให้เกิด stricture ได้.

2) เขาออกได้มากกว่าวิธีอื่น ๆ.

3) การมัดเส้นเลือดตรงระดับ ano-rectal ring ก่อนผ่าตัด (Salmon) จะ ป้องกันเลือดออกในขณะที่ผ่าตัด และป้องกันการเกิดใหม่ของ hemorrhoidal plexus ได้ดี.

4) นอกจากนั้นเราทำ primary suture ของริมแผล ทำให้ wound healing หายเร็วขึ้น และเลือดออกมาก ๆ ภายหลัง ผ่าตัดเกือบไม่มีเลย.

5) ป้องกัน การเจ็บปวด ภายหลัง ผ่าตัด ได้มาก เพราะเราพยายามเว้นการผ่าตัด ออกถึง Skin ข้างนอก.

แต่การทำ Excision with ligation ที่ส่วนมากรู้ คือ Milligan & Morgan's technique จะเห็นว่าการทำ V-shaped excision ของ piles ทำให้ Mucosa ถูกตัด ไปมากเกิด relative stricture ของ anal มาก ศัลยแพทย์ทุกคนถ้าทำวิธีนี้ ต้องเอานิ้ว มือแยงแผลในวันที่ 5, ที่ 6, ก่อนคนไข้กลับบ้านเพื่อ check ว่ามี structure หรือเปล่า การทำวิธีนี้คนไข้เจ็บทุกคน นอกจากนั้น perianal skin ถูกตัดออกด้วย ทำให้

เกิดการเจ็บปวดมากภายหลังผ่าตัด วิธินี้เขาไม่เคยมีแผล ผลลัพท์จะหายกินเวลาเกินกว่า 14 วัน ทุกคน มีบางคนบอกว่าหายภายใน 7-8 วัน ผมว่าเป็นไปไม่ได้ นอกจากจะ discharge คนไข้กลับบ้านในวันที่ 7-8 โดยแผลยังมีอยู่ทั้งนั้น.

เนื่องด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้ว ผมจึงได้เปลี่ยนวิธิตำการผ่าตัดคือตัดวงทวารหนักโดยวิธี Submucous hemorrhoidectomy ตั้งแต่ พ.ศ. 2500 จนถึงปัจจุบันนี้ 6 ปีกับ 9 เดือน เป็นจำนวนทั้งหมด 500 รายเศษๆ แต่ค้ค้เอามาแสดงเพียง 500 รายมกน -

ชนิดของ Piles

Bleeding piles 422 ราย (84.4%)

Thrombosed, prolapsed internal piles 78 ราย (15.6%)

เพศ เพศชาย 348 ราย (69.6%)

เพศหญิง 152 ราย (30.4%)

เรโซ ผู้ชาย ต่อ ผู้หญิง \* 2.29 ต่อ 1

อายุ ไม่พบในคนไข้ต่ำกว่า 15 ปี

พบมากที่สุดระหว่างอายุ 30-50 ปี

ตามสถิติกล่าวมาแล้วนี้ เราทำแต่เฉพาะคนไข้ที่ไ้รับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลและทำผ่าตัดโดยเฉพาะเท่านั้น ส่วนวิธีศีกว

ทวารหนักที่เรารักษาที่ O.P.D. โดยการฉีดยาออกพวกหนึ่ง.

จากการผ่าตัดโดยวิธี Submucous-hemorrhoidectomy นี้ เห็นว่ามีโรคแทรกพ้อที่ระนำมากล่าว คือ -

1) มีเลือดออกจากแผลผ่าตัด 3 ราย ใน 2 รายแรกเกิดขึ้นใน 100 รายแรก ที่เริ่มทำเขยน เพราะเราไม่ได้เย็บแผล ส่วนอีกรายหนึ่งเกิดขึ้นจาก stump ที่มกมันหลุดภายหลังผ่าตัดใน 3 วัน ทั้ง 3 รายต้องให้เลือด 1-2 ขวด ส่วนมีเลือดออกซึมชุ่มผ้า gauze ที่ขคผลนนั้นบางเป็นของธรรมดา.

2) มี Anal canal stricture เป็นวงแหวนบางๆ อยู่ตรงส่วนลคขนของแผลในระคัย Ano-rectal ring เข้าใจว่าเนื่องจากปลายแผลส่วนขนมันใกล้กันเกินไป ในตอนหลังๆ นี้ไม่เกิดขึ้นเลย โดยเราแก้พยายามผ่าไม่ให้ปลายขไปพยกกัน มีทั้ง 3 ราย (0.6%) และแก้โดยการขยายค้วยนิ้วมอ.

3) มี Gross infection 2 ราย (0.4%) มีการอักเสบแผลเป็นหนอง ในรายแรกคนไข้มี cirrhosis of liver ร่วมค้วย อีกรายหนึ่งจากการผ่าตัด thrombosed pile.

4) การปวดเจ็บแผล ภายหลังจากผ่าตัดมีประมาณ 75 ราย (15%) ที่จัดอยู่ในคนที่เรียกว่า เจ็บแผลมากของฉีกขาดมอริฟน 1 หรือ 2 ครั้ง โดยมากอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น ภายหลังจากยาสาที่ฉีดไขสันหลังหมดฤทธิ์แล้ว คือ ประมาณ 4-12 ชั่วโมง ภายหลังจากผ่าตัด แต่ก็มีบางคนได้ฉีดมอริฟนไปโดยไม่เจ็บมากเท่าไร เพราะการสังกรรักษา แพทย์มักจะสั่งเขียนประจำไปว่า ถ้าปวดมากให้ฉีดมอริฟนได้ แต่อย่างไรก็ดี การเจ็บปวด ภายหลังจากผ่าตัดครั้งสองวัน เป็นเรื่องที่น่าสนใจมากสำหรับ proctologist ทั้งหลาย และได้พยายามปรับปรุงเทคนิคต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวดแผล สำหรับตนเองมอริฟนที่ออกไป คือ-

1. เอนวมอริฟนของหลอดทวารหนัก ใต้วงมาก ๆ ประมาณ 2 นาที เราพยายามเอนวมอริฟน 2 นิ้ว ถ้างทวารหนักจนกระทั่งว่าหลอดจะขาดจากกัน การทำเช่นนั้น จะทำให้หลอดหย่อน ภายหลังจากผ่าตัดแล้วไม่มากนักเลย และนอกจากนี้ ทำให้การผ่าตัดง่ายเข้า เพราะรทวารหนัก ถ่างออกมาก.

2. ถ้างทวารคืบมาก หรือมี pectenosis หรือ fibrosis (submucous)

รอบ ๆ ทวารหนัก เราตัดหลอดให้ด้วย ณะผ่าตัด. (sphincterotomy).

3. พยายามเว้นการผ่าผิวย่อย ๆ ทวารหนัก พยายามให้แผลผ่าตัดอยู่ภายใน dentate line ให้มากที่สุด เพราะแผลน้อยมาถึงผิวหนังจะทำให้เจ็บมากกว่าปกติ.

4. ไม่ใส่ผ้า หรือท่ออย่างเข้าไปในช่อง ทวารหนักเลย เพราะจะทำให้เจ็บมาก เมื่อคนไข้รู้สึกตัว การดึงออกก็จะทำให้มีเลือดออกและเจ็บเช่นกัน.

5. พยายามให้ยาแก้ปวดต่าง ๆ ทางปากก่อน ถ้าทนไม่ไหวจริง ๆ จึงจะให้ฉีดมอริฟนได้ มียาใหม่ ๆ เช่น Soma, Robaxin ให่วมกับ A.P.C. ทุก 6 ชั่วโมง ประมาณ 2-3 วันแรกแก้ปวดได้ก็ เพราะยานแก้การรัคตัวของหลอด.

ส่วนการรักษาพวก Thrombosed, prolapsed internal pile นั้น ถ้ามาในระยะ 3-4 วันแรก เราไม่พยายามยัดเข้าไป เพราะทำไม่ได้ และเจ็บมาก เราใช้วิธีรักษาให้คนไข้รับประทาน Butazoilidin 200 mg. 3 เวลา หลังอาหารทันที เป็นเวลา 7 วัน, ให้อาแก้ปวด, ให้ออนพักมาก ๆ และทำ Hot Compress โดยใช้ Boric acid solution ฉีดยา หรือให้อา Anti-biotics ต่าง ๆ เพื่อป้องกันกาอักเสป

แต่เราสามารถจะทำผ่าตัดได้ตั้งแต่วันที่ 5 ของโรคได้ในสมัยนี้ เมื่อ 6-7 ปีมาแล้ว เราต้องรอดัง 2-3 อาทิตย์ จึงจะทำ เพราะกลัวการอักเสบของแผล เราเคยใช้จิก้วยไฟฟ้ามานานมาแล้ว เห็นว่าเป็นแผลน้ำ และเลือดออกเก่งมาก จึงเลิกใช้มานานแล้ว ส่วนการรักษาโดยผ่าตัดทำ Submucous-hemorrhoidectomy แต่ไม่ต้องเย็บแผลที่ขอบ เย็บไม่ตึกเพราะขอบมันเปื่อย นอกจากจะมีเลือดออกมาก การอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างนานกว่าวิธีสังกะสีผสมปรอท

ส่วนการรักษา external thrombosed pile เรารักษา O.P.D. โดยการฉีดยา xylocain สัก 1-2 c.c. แล้วเอามัตกรักให้ลึกลง Clot ภายใต้วงหนึ่ง แล้วรัดเอา Clot ออกทางแผล คนไข้จะสบายขึ้นทันที และรักษาแผลหายภายใน 7-10 วัน การที่จะรอให้มันยุบเองนั้น กินเวลาเกือบ 3 อาทิตย์ คนไข้จะเจ็บอยู่เรื่อย ๆ ควรทำในวันแรกที่เราเห็นคนไข้เลยที่เดียว.

**สรุป**

การรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก ที่ได้

ปฏิบัติมาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เราได้แย่งคนไข้ออกเป็น 2 พวก คือ พวกหนึ่งรักษา O.P.D. โดยการฉีดยาให้พวกหนึ่งเราทำการรักษาพวกนี้ในระยะแรก หรือระยะที่สองของโรค หรือพวกมีเลือดออกมาก ๆ และอีกพวกหนึ่ง คือ Thrombosed external pile โดยการผ่าเอา clot ออกที่ท้ายทูดัง ส่วนอีกพวกหนึ่ง เรารับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดเมื่อ พ.ศ. 2500 จนถึงขณะนี้เราทำ Submucous hemorrhoidectomy ปรากฏผลที่ได้เป็นที่น่าพอใจ ไม่มีโรคแทรกอะไรมาเหมือนเมื่อก่อนเคย พ.ศ. 2490 เรื่อยมาจนถึง พ.ศ. 2499 เราทำแบบมัตและรัดออก (แบบ Milligan และ Morgan) ปรากฏว่า แผลหายช้ามาก มีช่องทวารหนักตื้น และเลือดออกมากพอใช้ เราจึงเลิกทำ แต่อย่างไรก็ดีในรายที่เราทำ Submucous hemorrhoidectomy ถ้ามี secondary piles เล็ก ๆ เราใช้แบบ Salmon หรือ Milligan-Morgan ร่วมด้วยเสมอ.

**References :**

1. A.G. Parks "The surgical treatment of hemorrhoids" B.J.S. Jan. 1956 (337-351).
2. E.S.R. Hughes "Surgery of the anus, anal canal and rectum" Textbook B.S. Livingstone Limited. Edinburgh and London.