

การศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบเร่งด่วน และแบบไม่เร่งด่วนในผู้ป่วยริดสีดวงทวารมีลิ่มเลือดและโผล่แถบ

จิรศักดิ์ ปรีวัฒนศักดิ์

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

Comparision of Early Postoperative Complications Between Urgent and Elective Hemorrhoidectomy in Prolapsed Thrombosed Hemorrhoid

Jirasak Pariwattanasak

Department of Surgery, Buriram Hospital, Buriram 31000

หลักการและวัตถุประสงค์: การผ่าตัดแบบเร่งด่วนในโรคริดสีดวงทวารมีลิ่มเลือดและโผล่แถบ จะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ศัลยแพทย์ส่วนหนึ่งกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่สูงหลังผ่าตัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized clinical trial) ที่กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยศึกษาผู้ป่วยริดสีดวงทวารมีลิ่มเลือดและโผล่แถบที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2551 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2553 โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผ่าตัดแบบเร่งด่วน และกลุ่มที่ 2 ผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน ทำการบันทึกข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาผ่าตัด เลือดออกหลังผ่าตัด แผลแยกที่ 2 และ 4 สัปดาห์ กลั้นอุจจาระไม่อยู่ที่ 2 และ 4 สัปดาห์ ปัสสาวะไม่ออก ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมดมี 210 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 จำนวน 105 ราย เพศชาย 61 ราย หญิง 44 ราย อายุระหว่าง 15 – 89 ปี เฉลี่ย 45.62 ± 15.30 ปี มีโรคประจำตัว 19 ราย ส่วนกลุ่มที่ 2 มี 105 ราย เพศชาย 57 ราย หญิง 48 ราย อายุระหว่าง 16 – 82 ปี เฉลี่ย 48.04 ± 15.45 ปี มีโรคประจำตัว 14 ราย จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ในเรื่องเลือดออก แผลแยก กลั้นอุจจาระไม่อยู่ และปัสสาวะค้างค้ำ

สรุป: จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบเร่งด่วนสามารถทำได้ด้วยความปลอดภัย

Background and Objective: Urgent surgery in Prolapsed Thrombosed Hemorrhoid make faster recover. Many surgeons fear of postoperative complication. This study aims to compare early postoperative complication between urgent and elective closed hemorrhoidectomy in the following aspects : bleeding, wound dehiscence, incontinence and urinary retention

Methods: This study was a randomized clinical trial at the department of surgery, Buriram Hospital. There were 210 patients with Prolapsed Thrombosed Hemorrhoid admitted during July 2008 to June 2010 were included. These patients were divided into two groups. Group I were the patients operated by urgent hemorrhoidectomy and Group II, by elective hemorrhoidectomy. The demographic data, operative time, postoperative bleeding , wound dehiscence and incontinence (at week 2 and 4 postoperation) and urinary retention were analysed.

Result: A total of 210 patients were divided into 105 patients of Group I (61 males and 44 females) aged 15-89 years old (average 45.62 ± 15.30) and 19 patients with underlying disease. Group II consisted of 105 patients (57 males and 48 females) age 16-82 years old (average 48.04 ± 15.45) and 14 patients with underlying disease. The results showed that there were no significant difference in bleeding, wound dehiscence and incontinence (week 2 and 4 postoperation) and urinary retention ($P > 0.05$) between the two Groups.

Conclusion: Our study suggest that the urgent hemorrhoidectomy was as safe as the elective hemorrhoidectomy

Keywords: early postoperative complication, urgent hemorrhoidectomy and Prolapsed Thrombosed Hemorrhoid

สรินครินทร์เวชสาร 2554; 26(4): 266-71 • Srinagarind Med J 2011; 26(4): 266-71

บทนำ

ภาวะ Thrombosed Prolapsed Hemorrhoid แม้ไม่ใช่ภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวด เลือดออก หรือการติดเชื้อมากกว่าการรักษารักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดจะเป็นวิธีที่แพร่หลายในปัจจุบัน¹⁻⁵ แต่ศัลยแพทย์ส่วนหนึ่งยังให้การรักษารักษาภาวะนี้ด้วยการรักษาแบบประคับประคอง โดยการให้ยาระบาย ยาบรเทาปวด แก้คันด้วยน้ำอุ่น ยาสงบประสาท ยาระบาย และยาปฏิชีวนะ^{5,6} หรือรักษาแบบประคับประคองก่อนในช่วงแรก แล้วพิจารณาผ่าตัดในภายหลัง เนื่องจากกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งจากผลการศึกษาแบบย้อนหลังบางรายงานพบ early postoperative complication มากถึงร้อยละ 32 แม้ late outcome จะไม่แตกต่างกันก็ตาม⁶ แต่การรักษาแบบประคับประคองอาจมีความล้มเหลวของการรักษา^{5,7} เกิดเนื้อเน่าตาย แผลเปื่อยและหลุดลอกได้หรือถึงแม้ว่าจะประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยก็มักจะต้องมานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดอีกครั้งในภายหลัง⁵ ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีผู้ป่วย Prolapsed Thrombosed Hemorrhoid ปีละกว่า 100 ราย ทำให้ความแออัดของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยนอนรักษานานขึ้น เจ้าหน้าที่ทำงานหนักขึ้น และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลก็มากขึ้นด้วยในทางกลับกัน การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเร่งด่วน (urgent hemorrhoidectomy) ก็สามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดได้เร็ว ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น ความแออัดและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลก็จะลดลง การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการเปรียบเทียบผลแทรกซ้อนในระยะแรก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดริตส์ดวงทวารแบบเร่งด่วน และแบบไม่เร่งด่วน

วิธีการศึกษา

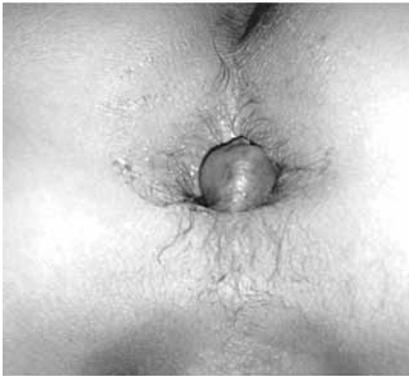
เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized clinical trial) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Prolapsed Thrombosed

Hemorrhoid ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2553 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาทำการศึกษาดังนี้ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Prolapsed thrombosed hemorrhoid และศัลยแพทย์ลงความเห็นว่าต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัด และการให้ยาชาเฉพาะที่หรือยาสลบ ไม่มีการใช้ยาที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ไม่มีประวัติเลือดออกง่ายผิดปกติ ไม่มีประวัติการกลั่นอุจจาระที่ผิดปกติ

หลังจากได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้ป่วย และญาติทุกคนได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย ผลดี ผลเสีย รวมทั้งผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดรักษาทั้งสองวิธีอย่างละเอียดและเข้าใจดีแล้ว และลงลายมือชื่อให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่าง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะแรกร้อยละ 32⁶ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 ลดลงร้อยละ 50 alpha 0.05 power 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 210 ราย ได้รับการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยการสุ่มโดยใช้รหัสในซองที่ปิดผนึก กลุ่มที่หนึ่งให้การรักษาแบบเร่งด่วนจำนวน 105 ราย กลุ่มที่สองให้การรักษาแบบไม่เร่งด่วนโดยการประคับประคองระยะหนึ่งก่อนจำนวน 105 ราย

บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคก่อนได้รับการรักษา โรคประจำตัว



รูปที่ 1 Prolapsed Thrombosed Hemorrhoid



รูปที่ 2 closed hemorrhoidectomy

การผ่าตัด

ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ (prone jackknife position) หรือท่าขบนิ่ว (lithotomy) ได้รับความสลบแบบทั่วไป หรือยาฉีดเข้าไขสันหลัง แล้วแต่ดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ใส่ anal retractor เพื่อตรวจภายในช่องทวารหนักทั้งหมด และดูลักษณะของ hemorrhoid จากนั้นจึงทำการตัด hemorrhoidal tissue ออกด้วย sharp dissection ห้ามเลือดด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้า เย็บปิดแผลด้วย 4-0 Vicryl แบบต่อเนื่อง (closed hemorrhoidectomy, Ferguson technique) โดยระมัดระวังมิให้เกิดการบาดเจ็บต่อหูรูดทวารหนัก (รูปที่ 1 และ 2) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตามปกติ ให้น้ำเกลือ paracetamol และยาแก้ปวดชนิดฝิ่นฉีดเมื่อผู้ป่วยร้องขอ

การดูแลบาดแผล ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำหลังถ่ายอุจจาระ ใส่ผ้าอนามัยช่วงหลังผ่าตัด ไม่ต้องแช่น้ำอุ่น เมื่อผู้ป่วยไม่ปวดมาก รับประทานยาได้ดี ถ่ายอุจจาระได้ ก็อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลโดยศัลยแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ และใช้การประเมินผู้ป่วยตามค่านิยมและมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ทั้ง 2 กลุ่ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูล descriptive ด้วยค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ข้อมูล nominal ใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's Exact ตามความเหมาะสม ข้อมูล continuous ใช้สถิติ independent t-test

การประเมินผู้ป่วย

บันทึกภาวะแทรกซ้อนระยะแรกคือ เลือดออก (bleeding) แผลผ่าตัดแยก (wound dehiscence) การกลั้นอุจจาระ

ไม่อยู่ (incontinence) ปัสสาวะคั่งค้าง (urinary retention) ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และนัดตรวจซ้ำหลังผ่าตัดที่ 2 และ 4 สัปดาห์ สอบถามอาการเลือดออก การปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ และใช้ small anoscope ตรวจดูบาดแผลภายใน

นิยามศัพท์ (Definition)

urgent Hemorrhoidectomy คือ การผ่าตัดแบบเร่งด่วน ภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล

elective Hemorrhoidectomy คือ การผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนหลัง 12 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล

bleeding คือ ภาวะเลือดออกมาก หรือออกต่อเนื่อง ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการ packing หรือผ่าตัดเพื่อห้ามเลือด ภายใน 2 สัปดาห์

wound dehiscence คือ แผลผ่าตัดแยก ที่มีช่องว่างระหว่างขอบแผลมากกว่า 1 มิลลิเมตร

incontinence คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการกลั้นลม และ/หรือ กลั้นอุจจาระไม่ได้

urinary retention คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเบ่งปัสสาวะออกได้ หรือลำบากมาก ภายใน 2 สัปดาห์

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วย Prolapsed thrombosed hemorrhoid ทั้งหมด 210 ราย ได้รับการรักษาด้วยวิธีเร่งด่วน 105 ราย และแบบไม่เร่งด่วน 105 ราย ไม่พบความแตกต่างกันในลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	กลุ่มรักษาด้วยวิธีเร่งด่วน	กลุ่มรักษาด้วยวิธีแบบไม่เร่งด่วน
อายุ (ปี)	15-89	16-82
(mean ± SD)	45.62±15.30	48.04±15.45
เพศ		
ชาย	จำนวน (ร้อยละ)	57 (54.29)
หญิง	จำนวน (ร้อยละ)	48 (45.71)
ระยะเวลาการเกิดโรค	(mean ± SD)	3.81±4.54
โรคประจำตัว	(จำนวน)	
DM	2	1
HT	9	6
CRF	0	2
COPD	3	1
OTHER DISEASE	5	4

ตารางที่ 2 ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน

	กลุ่มรักษาด้วยวิธีเร่งด่วน จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มรักษาด้วยวิธีไม่เร่งด่วน จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การให้ยาระงับความรู้สึก			
SB	87 (82.86)	91 (86.67)	
GA	18 (17.14)	14 (13.33)	
ระยะเวลาการผ่าตัด	นาที (mean ± SD)	26.52±4.81	28.67±4.66
เลือดออกหลังผ่าตัด (Bleeding)	2 (1.90)	2 (1.90)	0.69
แผลผ่าตัดแยก (wound dehiscence)			
2 สัปดาห์	2 (1.90)	3 (2.86)	0.50
4 สัปดาห์	0	0	NA
กลั้นอุจจาระไม่อยู่ (incontinence)			
2 สัปดาห์	2 (1.90)	2 (1.90)	0.69
4 สัปดาห์	0	0	NA
ปัสสาวะคั่งค้าง (urinary retention)	4 (3.81)	5 (4.76)	0.50
ระยะเวลาอนโรนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด (mean±SD)	2.08±1.02	2.30±1.36	0.257

ระยะเวลาในการผ่าตัดด้วยวิธีเร่งด่วน และไม่เร่งด่วน ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด (postoperative bleeding) รวม 4 ราย กลุ่มละ 2 ราย (ร้อยละ 1.9) มี 1 ราย ในกลุ่มไม่เร่งด่วน ต้องได้รับการผ่าตัดห้ามเลือด อีก 3 ราย เลือดหยุดด้วยการใช้ผ้าก๊อซอุด

เมื่อครบ 2 สัปดาห์ พบแผลผ่าตัดแยก รวม 5 ราย ในกลุ่มเร่งด่วน 2 ราย (ร้อยละ 1.9) ในกลุ่มไม่เร่งด่วน 3 ราย (ร้อยละ 2.86) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องรับการเย็บแผลซ้ำ กลั้นอุจจาระไม่อยู่ รวม 4 ราย กลุ่มละ 2

ราย (ร้อยละ 1.9) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ต้องรับการรักษาพิเศษใดๆ เพิ่มเติม เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ไม่พบแผลแยกและกลั้นอุจจาระไม่อยู่ทั้ง 2 กลุ่ม

ปัสสาวะคั่งค้างพบรวม 9 ราย ในกลุ่มผ่าตัดเร่งด่วน 4 ราย (ร้อยละ 3.81) และกลุ่มไม่เร่งด่วน 5 ราย (ร้อยละ 4.76) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกรายสามารถปัสสาวะได้เองก่อนกลับบ้าน โดยไม่ต้องให้การรักษาเฉพาะใดๆ และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ Prolapsed thrombosed hemorrhoid ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดที่รุนแรงและทุกข์ทรมาน ส่วนการรักษายังเป็นข้อโต้แย้งกันอยู่

การรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้ยา anti-inflammatory drug, hot baths, antibiotics, analgesics หรือใช้หลายอย่างร่วมกัน เป็นวิธีที่ปลอดภัย แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเกิดความทุกข์ทรมานที่นานขึ้น และต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น Greenspon และคณะ^๑ รายงานว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาประคับประคอง จะใช้เวลา 24 วันทำให้อาการดีขึ้น ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดใช้เวลาเพียง 4 วันและอัตราการเกิดโรคซ้ำในกลุ่มที่รักษาประคับประคองร้อยละ 25.4 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่การผ่าตัดเพียงร้อยละ 6.3

การรักษาโดยการผ่าตัด เคยได้รับการยอมรับว่าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สูง แต่หลายๆ รายงาน^{3, 6, 9-11} พบว่าสามารถผ่าตัด Prolapsed thrombosed hemorrhoid แบบเร่งด่วนได้อย่างปลอดภัย และทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น Eu และคณะ⁵ ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย Prolapsed thrombosed hemorrhoid 500 รายได้รับการรักษาแบบไม่เร่งด่วน และ 204 รายได้รับการทำ emergency hemorrhoidectomy พบว่าในกลุ่มการรักษาแบบไม่เร่งด่วน มี secondary hemorrhage ร้อยละ 2, blood transfusion ร้อยละ 1.2, anal stenosis ร้อยละ 3, incontinence ร้อยละ 5.2, recurrent hemorrhoid ร้อยละ 6.9 ส่วนในกลุ่ม emergency hemorrhoidectomy พบ ร้อยละ 4.9, 2, 5.9, 4.4, 7.6 ตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม Ceulemans และคณะ⁶ ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 104 รายที่ได้รับการรักษาแบบ emergency hemorrhoidectomy และ 545 ราย แบบไม่เร่งด่วน ผลที่ได้ในสองกลุ่มเหมือนกัน

ส่วนการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น lateral internal sphincterotomy^{12, 13} ซึ่งจะช่วยลด venous congestion, pain, sphincter tone and anal pressure แต่การรักษาจะใช้เวลานาน และยังอาจเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่ร่วมด้วย ยิ่งกว่านั้นถ้ามี gangrenous and ulcerated Prolapsed thrombosed hemorrhoid ร่วมด้วย การรักษาก็จะไม่ได้ผล Lewis และคณะ¹⁴ ได้ทำ maximum anal dilatation เปรียบเทียบกับการทำ hemorrhoidectomy พบว่าประสิทธิภาพเท่ากันในการลดอาการของผู้ป่วย แต่ตัวริดสีดวงทวารยังคงอยู่, Cryotherapy และ elastic band ligation^{2, 14} ไม่สามารถทำได้ใน Prolapsed thrombosed hemorrhoid

ที่ขนาดใหญ่ๆ¹⁵⁻¹⁷ Heald and Gudgeon¹⁸ ใช้วิธี limited hemorrhoidectomy ซึ่งจะลดอาการปวดและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ แต่ผู้ป่วยมักต้องมาผ่าตัดซ้ำอีกครั้งในเวลาต่อมา

ส่วนวิธีการผ่าตัดมีหลายวิธี โดยส่วนตัวผู้วิจัยนิยมใช้วิธี closed hemorrhoidectomy, Ferguson technique¹⁹ ทั้งในกรณีแบบเร่งด่วน และไม่เร่งด่วน ซึ่งจากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติของภาวะแทรกซ้อนระยะแรก ทั้งในเรื่อง เลือดออก แผลแยก กลั้นอุจจาระไม่อยู่

ข้อดีของการรักษาแบบเร่งด่วน คือ ผู้ป่วยหายจากอาการของ Prolapsed thrombosed hemorrhoid เร็วกว่า ได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ในกรณีนอนโรงพยาบาลครั้งเดียว ใช้เวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ทำให้โรงพยาบาลไม่แออัด เจ้าหน้าที่ทำงานน้อยลง โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

สรุป

ไม่มีความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนระยะแรก คือ เลือดออก แผลแยก การกลั้นอุจจาระไม่อยู่ และปีศาจเวด คั้งคั้ง ในการผ่าตัดริดสีดวงทวารมีลิ้มเลือดและไหลล้นแบบเร่งด่วนเมื่อเปรียบเทียบกับแบบไม่เร่งด่วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชลิต ทองประยูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ แพทย์หญิงพัชรี ยัมรัตน์บรร และนายแพทย์คุณนันทน์ พันธะเสน ที่ให้คำแนะนำด้านกรวิจัย และนางสมปอง จันทะคราม ที่ให้คำแนะนำในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Pattana-arun J, Wesarachawit W, Tantiphlachiva K, Atithansakul P, Sahakitrungruang C, Rojanasakul A. A comparison of early postoperative results between urgent closed hemorrhoidectomy for prolapsed thrombosed hemorrhoids and elective closed hemorrhoidectomy. J Med Assoc Thai 2009; 92:1610-5.
2. Rasmussen OO, Larsen KG, Naver L, Christiansen J. Emergency haemorrhoidectomy compared with incision and banding for the treatment of acute strangulated haemorrhoids. A prospective randomised study. Eur J Surg 1991; 157:613-4.

3. Rosen L, Sipe P, Stasik JJ, Riether RD, Trimpi HD. Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:743-6.
4. de Miguel M, Oteiza F, Ciga MA, Ortiz H. [The surgical treatment of hemorrhoids]. *Cir Esp* 2005; 78 (Suppl 3):15-23.
5. Eu KW, Seow-Choen F, Goh HS. Comparison of emergency and elective haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1994; 81:308-10.
6. Ceulemans R, Creve U, Van Hee R, Martens C, Wuyts FL. Benefit of emergency haemorrhoidectomy: a comparison with results after elective operations. *Eur J Surg* 2000; 166:808-12.
7. Howard PM, Pingree JH. Immediate radical surgery for hemorrhoidal disease with acute extensive thrombosis. *Am J Surg* 1968; 116:777-8.
8. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1493-8.
9. Barrios G, Khubchandani M. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal thrombosis. *Dis Colon Rectum* 1979; 22:159-61.
10. Mazier WP. Emergency hemorrhoidectomy--a worthwhile procedure. *Dis Colon Rectum* 1973; 16:200-5.
11. Wang CH. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal crisis. *Dis Colon Rectum* 1982; 25:122-4.
12. De Roover DM, Hoofwijk AG, van Vroonhoven TJ. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of fourth degree haemorrhoids. *Br J Surg* 1989; 76:1181-3.
13. Schouten WR, van Vroonhoven TJ. Lateral internal sphincterotomy in the treatment of hemorrhoids. A clinical and manometric study. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:869-72.
14. Lewis AA, Rogers HS, Leighton M. Trial of maximal anal dilatation, cryotherapy and elastic band ligation as alternatives to haemorrhoidectomy in the treatment of large prolapsing haemorrhoids. *Br J Surg* 1983; 70:54-6.
15. Hancock BD. Internal sphincter and the nature of haemorrhoids. *Gut* 1977; 18:651-5.
16. Murie JA, Mackenzie I, Sim AJ. Comparison of rubber band ligation and haemorrhoidectomy for second- and third-degree haemorrhoids: a prospective clinical trial. *Br J Surg* 1980; 67:786-8.
17. Williams KL, Haq IU, Elem B. Cryodestruction of haemorrhoids. *Br Med J* 1973; 1(5854):666-8.
18. Heald RJ, Gudgeon AM. Limited haemorrhoidectomy in the treatment of acute strangulated haemorrhoids. *Br J Surg* 1986; 73:1002.
19. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959; 2:176-9.

