

วรรณคดีและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องโรคริดสีดวงทวารในประเทศไทยยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทำการวิจัยไว้เลย การศึกษาทดลองครั้งนี้ นับเป็นครั้งแรก แต่มีวรรณคดีและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่องนี้พอประมวลได้ดังนี้

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคริดสีดวงทวาร

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารโดยทั่วไป พบว่าการเกิดโรคริดสีดวงทวาร จะพบในกรณีต่อไปนี้

1. ด้านอายุ

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 20 - 65 ปี สำหรับในเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี พบน้อยมาก การสำรวจวรรณคดีในเรื่องอุบัติการณ์ของการเกิดโรคริดสีดวงทวารกับอายุของผู้ป่วย พอประมวลได้ดังต่อไปนี้

ค.ศ. 798 เอฟ. เอช. เมอร์เรย์ (F.H. Murray) ศึกษาและพบว่า ในผู้ป่วยเด็ก 100 ราย ไม่พบผู้ใดเป็นโรคริดสีดวงทวารเลย¹

ค.ศ. 1923 เอส. จี. แจนท์ (S.G. Gant) ศึกษาผู้ป่วยเด็ก 263 ราย โดยการตรวจทางทวารหนัก พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคริดสีดวงทวารเพียง 17 รายเท่านั้น

¹F.H. Murray, Discussion of Pediatric Proctology

(Philadelphia: South, M.J. Company, 1969), p. 798.

และผู้ป่วยทั้ง 17 ราย เป็นโรคริดสีดวงทวารซึ่งอยู่ในระยะที่ 1 ทั้งสิ้น¹

ค.ศ. 1950 อาร์. อี. กรอสส์ (R.E. Gross) ได้ศึกษาผู้ป่วยเด็กจำนวน 65 ราย ซึ่งมาหาแพทย์ด้วยอาการเลือดออกทางทวารหนัก ณ โรงพยาบาลเด็กเมืองบอสตัน (Boston Children's Hospital) ไม่พบว่าผู้ป่วยรายใดเป็นโรคริดสีดวงทวารเลย²

ค.ศ. 1950 เอช. อาร์. ชาร์ปิโร (S.R. Schapiro) ได้รายงานผลการศึกษาผู้ป่วย 2,700 ราย ที่เป็นโรคเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการตรวจทางทวารหนัก พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคริดสีดวงทวารเพียง 25 รายเท่านั้น³

ค.ศ. 1956 ซี. เอ็ม. เมนเซอร์ (C.M. Mentzer) ได้ศึกษาผู้ป่วยเด็ก 179 คน ที่มาหาแพทย์ด้วยอาการเลือดออกทางทวารหนัก โดยการตรวจพบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคริดสีดวงทวารเพียง 4 ราย เท่านั้น⁴

004394

¹S.G. Gant, Disease of the Anus, Rectum and Colon, Vol. III, (Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1963), p. 442.

²R.E. Gross, The Surgery of Infancy and Childhood (Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1963), p. 371.

³S.R. Schapiro, "Proctologic Disorders in Infancy and Children," A Journal of Gastroenterology 15 (August 1956): 84.

⁴C.M. Mentzer, "Anorectal Disease," The Pediatric Clinical of North America 2 (February 1960): 113 - 125.

ค.ศ. 1957 แอล. เอ. บลูย (L.A. Bouie) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรค
ริดสีดวงทวาร จำนวน 23,443 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปี เพียงร้อยละ
8 เท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี ซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 80¹

พ.ศ. 2515 พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์ ได้ทำการศึกษา
ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก 408 ราย ซึ่งมารับการรักษาที่วชิรพยาบาล พบอัตรา
ส่วนโรคริดสีดวงทวารดังต่อไปนี้

อายุระหว่าง 11 - 20 ปี	จำนวน 28 ราย	เท่ากับร้อยละ 7
อายุระหว่าง 21 - 30 ปี	จำนวน 101 ราย	เท่ากับร้อยละ 24
อายุระหว่าง 31 - 40 ปี	จำนวน 109 ราย	เท่ากับร้อยละ 27
อายุระหว่าง 41 - 50 ปี	จำนวน 73 ราย	เท่ากับร้อยละ 18
อายุระหว่าง 51 - 60 ปี	จำนวน 53 ราย	เท่ากับร้อยละ 7
อายุระหว่าง 71 - 80 ปี	จำนวน 5 ราย	เท่ากับร้อยละ 1 ²

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารที่มารับการรักษาจะมี
อายุระหว่าง 20 - 65 ปี เป็นส่วนใหญ่

2. คำนพิเศษ

สำหรับอัตราส่วนอุบัติการณ์ของโรคริดสีดวงทวารระหว่างเพศชายและเพศ
หญิง จากการสำรวจจรรยาณคดี พบดังนี้คือ

¹L.A. Bouie, Practical Proctology (Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1937), p. 164.

²พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์, เรื่องเดิม, หน้า 188.

พีเชอร์ อินทุสร และ สุลล จินดาทรัพย์ ได้ทำการศึกษาในเรื่องเดิม พบว่า อัตราร้อยระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2 ต่อ 1¹

เอช. อี. เบคอน (H.E. Bacon) ได้ทำการศึกษาพบว่า อัตราร้อยระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2 ต่อ 1 เช่นกัน²

เจ.พี. เนลสลอร์ด (J.P. Nesselord) ได้ทำการศึกษาพบว่าอัตราร้อยระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 1³

จากการศึกษาดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า อัตราร้อยการเกิดโรคริดสีดวงทวารระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงควรจะเท่ากัน แต่เนื่องจากเพศหญิงมีความอดทนและความอายมากกว่า จึงเข้ามาทำการรักษาน้อยกว่าเพศชาย

3. ด้านเชื้อชาติ

สำหรับอัตราการเกิดโรคริดสีดวงทวารหนักในแต่ละเชื้อชาตินั้น การศึกษาจากวรรณคดี สรุปได้ดังนี้คือ

เจ.พี. เนลสลอร์ด (J.P. Nesselord) ได้ทำการศึกษาพบว่า "โรคริดสีดวงทวารหนักเป็นโรคที่พบได้กับชนทุกชาติทุกภาษา รวมทั้งคนที่มีฐานะยากจนและคนที่ร่ำรวย..."⁴

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

² H.E. Bacon, Proctology, (Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1956), p. 186.

³ J.P. Nesselrod, Clinical Proctology, (Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1964), p. 75.

⁴ Ibid.

4. อานอาชีพ

พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรค
โรคสีดวงทวาร คานอาชีพ พบการเกิดโรคในอาชีพต่าง ๆ ดังนี้

อาชีพรับจ้างร้อยละ 29

อาชีพรับราชการร้อยละ 21

อาชีพค้าขายร้อยละ 18

อาชีพทำงานบ้านร้อยละ 14

อาชีพทำนาร้อยละ 13

อาชีพนักศึกษาและภิกษุร้อยละ 5¹

5. คานระยะเวลา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรครโรคสีดวงทวาร จนกว่าจะ
มีอาการแสดงที่เป็นอาการแทรกซ้อน เช่น มีการอักเสบและเลือดออก เป็นต้น

พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์ ได้ทำการศึกษาพบว่า "มีผู้ป่วยที่
เป็นมานานถึง 6 - 10 ปี อัยุร้อยละ 33, 3 - 5 ปี ร้อยละ 22, 1 - 2 ปี ร้อยละ
27 และเป็นมาไม่ถึง 1 ปี เพียงร้อยละ 5 นอกนั้นเป็นมานานเกิน 11 ปี จึงไค้มาหา
แพทย์"²

การแบ่งชนิดของโรครโรคสีดวงทวาร

เอช. จี. แกนท์ (S.G. Gant) ได้แบ่งชนิดของโรครโรคสีดวงทวารออก
เป็น 3 ชนิด ค่ายกันคือ

¹พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์, เรื่องเดิม, หน้า 189.

²เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

1. ริดสีดวงทวารชนิดภายใน (Internal Hemorrhoid)

หมายความถึงโรคริดสีดวงทวารที่เกิดขึ้นภายในทวารหนักเหนือบริเวณหูรูดของทวาร (Anal Sphincter) บริเวณหัวของริดสีดวงทวารจะปกคลุมไปด้วยเยื่อเมือก (Mucous Membrane) ซึ่งเกิดจากการโป่งพองของกลุ่มเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักส่วนบน (Superior Hemorrhoidal Plexus)

2. ริดสีดวงทวารภายนอก (External Hemorrhoid)

หมายความถึงโรคริดสีดวงทวารที่เกิดขึ้นภายนอกบริเวณหูรูดทวารหนัก บริเวณหัวริดสีดวงทวารจะปกคลุมไปด้วยผิวหนัง เกิดจากการโป่งพองของกลุ่มเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักส่วนล่าง (Inferior Hemorrhoidal Plexus)

3. ริดสีดวงทวารชนิดภายในและภายนอกพร้อมกัน (Mixed Hemorrhoid)

หมายความถึงโรคริดสีดวงทวารที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกทวารหนัก เกิดจากการโป่งพองของกลุ่มเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักส่วนบนและส่วนล่าง (Inferior and Superior Hemorrhoidal Plexus)¹

พยาธิสภาพการเกิดโรคริดสีดวงทวาร

โรคริดสีดวงทวาร เกิดจากการโป่งพองของกลุ่มเส้นเลือดฝอยรอบทวารหนัก (Hemorrhoidal plexus) กลุ่มเส้นเลือดฝอยที่มาจากเส้นเลือดดำส่วนบน (Superior Hemorrhoidal Vein) จะทอดคู่ขนานกับเส้นเลือดแดงส่วนบน (Superior Hemorrhoidal Artery) ซึ่งสามารถจะคล้ำชีพจรได้ในท่านอนหงายชันเข้า โดยการใช้นิ้วมือสอดเข้าไปภายในทวารหนัก เส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักส่วนบนจะแยกแขนงออกเป็นสาขา 3 เส้น คือ ด้านขวา 2 เส้น ด้านซ้าย 1 เส้น รวม 3 เส้น ซึ่งบริเวณดังกล่าวจะเป็นตำแหน่งของหัวริดสีดวงทวารชนิดภายในและเป็นหัวที่

¹S.G. Gant, op. cit., p. 444.

ใหญ่ ๆ รวม 3 หัว ตำแหน่งของหัวริดสีดวงทวารดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบกับเข็ม
นาฬิกาจะอยู่ในแนวเลข 3, 7 และ 11 นาฬิกา นอกจากนี้จะมีหัวริดสีดวงทวารเล็ก ๆ
เกิดขึ้นอีกไปตามกลุ่มของเส้นเลือดฝอยรอบทวารหนัก

ริดสีดวงทวารแต่ละหัวจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนด้วยกัน คือ

1. ส่วนหัวของริดสีดวงทวาร

ส่วนนี้จะ เป็นส่วนที่เริ่มเกิดริดสีดวงทวารเหนือบริเวณ อโนเรคทอล รিং
(Anorectal Ring) เล็กน้อย จากการใช้เครื่องมือส่องดูภายในทวารหนัก
(Proctoscope) จะพบหัวของริดสีดวงทวาร เป็นสีชมพู และถ้าใช้นิ้วมือคลำบริเวณ
ดังกล่าวจะสามารถ ouch sign ของเส้นเลือดแดงบริเวณทวารหนักได้

2. ส่วนของริดสีดวงทวารที่อยู่ภายใน

ส่วนนี้จะ เป็นส่วนที่คอดจากหัวของหัวริดสีดวงทวาร จะอยู่ระหว่าง
อโนเรคทอล รিং กับเนื้อเยื่อปกคลุมภายในทวารหนัก จนถึงบริเวณผิวหนังรอบทวารหนัก
ส่วนของริดสีดวงทวาร ส่วนนี้จะมีสีแสดจัดหรือสีม่วง ปกคลุมไปด้วยเยื่อภายในทวารหนัก

3. ส่วนของริดสีดวงทวารที่ยื่นออกมาภายในทวารหนัก

ส่วนนี้เป็นส่วนที่คอดจากส่วนของริดสีดวงทวารที่อยู่ภายใน เริ่มต้นจาก
บริเวณที่เนื้อเยื่อปกคลุมไปด้วยผิวหนัง ถ้ามองด้วยตาเปล่าจะเห็นเป็นสีน้ำเงิน นอกจากนี้
ในรายที่มีการแข็งตัวเป็นเยื่อเหนียวไปเสียก่อน จะมองเห็นเป็นปกติ

จากการตรวจหัวริดสีดวงทวารโดยกล้องจุลทรรศน์ พบว่า ส่วนของริดสีดวงทวาร
ชนิดภายนอก ลักษณะของเซลล์ที่ปกคลุมอยู่จะเป็นชนิด Stratified Squamous
Epithelium Cells ส่วนของริดสีดวงทวารชนิดภายใน ลักษณะของเซลล์ที่ปกคลุมอยู่
จะเป็นชนิด Cuboidal Goblet Cells

ระยะต่าง ๆ ของโรคริดสีดวงทวาร

แอล. เอ. บลูย (L.A. Bouie) ได้แบ่งระยะต่าง ๆ ของโรคริดสีดวงทวาร ออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเวลาที่ 1 (First Degree Hemorrhoid) หมายถึงระยะที่กลุ่มเส้นเลือดดำบริเวณรอบทวารหนักมีการโป่งพอง ระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเลือดออกขณะถ่ายอุจจาระได้ บางครั้งในระยะที่มีอาการท้องผูก หัวของริดสีดวงทวาร จะยังไม่โผล่ออกมานอกทวารหนัก
2. ระยะเวลาที่ 2 (Second Degree Hemorrhoid) หมายถึงระยะที่กลุ่มเส้นเลือดดำรอบทวารหนักมีการโป่งพองและมีหัวของริดสีดวงทวารโผล่ออกมาภายนอกทวารหนักในบางครั้งขณะที่ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกและเบ่งถ่ายอุจจาระ แต่หัวของริดสีดวงทวารจะสามารถกลับเข้าไปภายในทวารหนักได้เอง ริดสีดวงทวารระยะที่ 2 นี้ อาจจะเป็นริดสีดวงทวารชนิดภายในและชนิดภายนอกได้ทั้ง 2 อย่าง
3. ระยะเวลาที่ 3 (Third Degree Hemorrhoid) หมายถึงระยะที่หัวของริดสีดวงทวารหนักโผล่ออกมาภายนอกทวาร และหัวริดสีดวงทวารดังกล่าวจะไม่สามารถกลับเข้าไปภายในทวารหนักได้เอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้มือดันเข้าไป ริดสีดวงทวารในระยะที่ 3 นี้ จะมีทั้งชนิดภายในและภายนอกพร้อมกัน¹

เฉลี่ย วัชรพุทธ ได้แบ่งระยะของริดสีดวงทวารออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะแรก ระยะนี้หัวของริดสีดวงทวารจะยังไม่โผล่ออกมาภายนอกทวารหนักในขณะที่ถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเป็นเลือดสด ๆ ออกมาพร้อมกับอุจจาระเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะถ้าหากผู้ป่วยมีอาการท้องผูกและอุจจาระแข็งมาก ๆ ในระยะนี้แพทย์แผนโบราณเรียกว่า ระยะนิวมะระ

¹Loc. cit.

2. ระยะที่ 2 ระยะนี้หัวของริดสีดวงทวารจะโผล่ออกมาภายนอกทวารหนัก ในขณะที่เบ่งถ่ายอุจจาระมาก ๆ แต่หัวของริดสีดวงทวารสามารถกลับเข้าไปภายในได้เอง ระยะนี้แพทย์แผนโบราณเรียกว่า ระยะกลีบมะไฟ
3. ระยะที่ 3 เป็นระยะที่หัวของริดสีดวงทวารโผล่ออกมาภายนอกทวารหนัก ในขณะที่เบ่งถ่ายอุจจาระ เวลาไอหรือจาม แต่หัวของริดสีดวงทวารจะไม่สามารถกลับเข้าไปได้เอง ระยะนี้แพทย์แผนโบราณเรียกว่า ระยะกลีบมะไฟเช่นเค็ม
4. ระยะที่ 4 เป็นระยะที่หัวของริดสีดวงทวารโผล่ออกมาภายนอกทวารและไม่สามารถกลับเข้าไปได้เอง มีอาการปวด บวม และเจ็บรอม ๆ บริเวณทวารหนัก มีเลือดคั่งอยู่เต็มไปหมด แพทย์แผนโบราณเรียกระยะนี้ว่า ระยะบานท้อโลก สำหรับระยะที่ 4 นี้ แพทย์แผนปัจจุบันถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคริดสีดวงทวารที่มีอาการอักเสบเกิดขึ้น¹

สาเหตุของโรคริดสีดวงทวาร

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวารที่แท้จริงยังไม่มีผู้ใดสามารถอธิบายได้ นอกจากสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดโรคริดสีดวงทวาร ซึ่งมีหลายประการด้วยกันคือ

1. การอยู่ในท่ายืน ท่าเดิน หรือท่านั่งนาน ๆ (Man's Upright Position) ถ้าหากมนุษย์อยู่ในท่ายืน ท่าเดิน หรือท่านั่งเป็นระยะเวลาานาน ๆ จะเป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวารได้ ทั้งนี้เนื่องจากเลือดคั่งจากกลุ่มเส้นเลือดดำฝอยรอมบริเวณทวารหนัก (Hemorrhoidal Plexus) จะไหลกลับเข้า

¹ เฉลี่ย วัชรพุกต์, "วิวัฒนาการการรักษาโรคริดสีดวงทวาร" บทความ รายงานกิจการ เอกสารวิชาการ การประชุมประจำปี 2519 (กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย : 2519), หน้า 81 - 82.

สู่หัวใจทางเส้นเลือดค้ำที่ทวารหนัก (Hemorrhoidal Vein) และเข้าสู่เส้นเลือดค้ำ Inferior Mesenteric Vein ไปยังเส้นเลือดค้ำพอร์ทอน (Portal Vein) กลุ่มของเส้นเลือดค้ำต่าง ๆ ดังกล่าวนี้นี้ไม่มีหูรูด (valve) ภายใน ดังนั้นถ้าหากมนุษย์อยู่ในท่ายืน ทาน้ำ หรือทำเดินนาน ๆ จะทำให้เส้นเลือดค้ำต่าง ๆ ดังกล่าวมีการขยายขึ้น เนื่องจากมีการคั่งภายในเส้นเลือดค้ำและมีความกดดันสูง เป็นเหตุให้เส้นเลือดค้ำบริเวณรอบทวารหนักโป่งพองได้

เอฟ. เอน. เทเลอร์ และ เอช. แอล. เอกเบิร์ท (F.N. Taylor and H.L. Egbert) ได้ทำการศึกษาและทดลองโดยการใส่เครื่องมือสำหรับวัดความดันภายในเส้นเลือดค้ำ (Manometer) โดยนำไปวัดในเส้นเลือดค้ำทวารหนัก (Hemorrhoidal Vein) ของผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบ ผลการศึกษาสรุปว่า ความดันภายในเส้นเลือดค้ำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายจะอยู่ระหว่าง 230 - 250 มิลลิเมตรน้ำ แต่ถ้าวัดผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งจะวัดความดันได้ระหว่าง 600 - 750 มิลลิเมตรน้ำ จากการทดลองดังกล่าวเป็นเหตุผลสนับสนุนว่า ในเด็กจะเป็นโรคริดสีดวงทวารน้อยกว่าผู้ใหญ่ เพราะผู้ใหญ่มีความสูงและน้ำหนักตัวมาก ทำให้เกิดความดันภายในเส้นเลือดค้ำมากกว่า¹

2. กรรมพันธ์

จากการศึกษาของ เอช.จี. แจนท์ (S.G. Gant) พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคริดสีดวงทวาร เป็นจำนวนมากที่เป็นทั้งครอบครัว โดยให้เหตุผลว่ามีสาเหตุมาจากกรรมพันธ์ ซึ่งเกิดจากการที่เส้นเลือดค้ำทวารหนักมีการหย่อนสมรรถภาพตามบรรพบุรุษ ทำให้เส้นเลือดมีการโป่งพองจนเกิดเป็นโรคริดสีดวงทวารได้²

¹F.N. Taylor, and H.L. Egbert, "Portal Tension," Surgery in Gynaecology and Obstretic (London: Baihire, Tindalls Company, 1954), p. 64.

²S.G. Grant, op. cit., p. 463.

นอกจากนี้ เอช. อี. เบคอน (H.E. Bacon) ยังได้กล่าวว่า "กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวารที่สำคัญยิ่งประการหนึ่ง..."¹

3. อาชีพ

จากการศึกษาของ พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์ ดังได้กล่าวมาแล้ว พบว่า อาชีพที่ต้องยืน นั่ง และเดินมาก ๆ เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวาร อาชีพที่พบมากได้แก่อาชีพ รับราชการ รับจ้าง มุขไปรษณีย์ ตำรวจ พยาบาล ช่างตัดเสื้อ เสมียน ฯลฯ เป็นต้น²

4. ท้องผูก

การที่ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกเป็นประจำจะทำให้ก้อนอุจจาระแข็ง เนื่องจากน้ำถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ อุจจาระที่แข็งจะไปกดและเพิ่มความดันภายในเส้นเลือดดำทวารหนัก ทำให้การไหลกลับของเลือดดำจากบริเวณทวารหนักเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก เส้นเลือดดำทวารหนักจึงขยายตัวและมีความดันเพิ่มขึ้น ถ้าหากมีภาวะท้องผูกเป็นเวลานาน ๆ และบ่อย ๆ จะทำให้เส้นเลือดดำดังกล่าวเกิดการหย่อนสมรรถภาพและโป่งพองจนกลายเป็นสาเหตุส่งเสริมของโรคริดสีดวงทวารได้

จากการศึกษาของ จี. เอช. เบสท์ และ เอฟ. เอ็น. เทเลอร์ (G.H. Best and F.N. Taylor) ซึ่งทำการทดลองวัดความดันภายในเส้นเลือดดำทวารหนักในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกขณะที่ให้ยาสลบ พบว่า ความดันภายในเส้นเลือดดำดังกล่าวจะสูงขึ้นถึง 20 - 200 มิลลิเมตรน้ำ เมื่อเปรียบเทียบกับความดันภายในเส้นเลือดดำทวารหนักขณะที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องผูกในผู้ป่วยรายเดียวกัน จากการทดลองดังกล่าวจะ

¹H.E. Bacon, *op. cit.*, p. 187.

²พิเชษฐ์ อินทุสร และ สุพล จินดาทรัพย์, เรื่องเดิม, หน้า 189.

เห็นว่าภาวะท้องผูกเป็นสาเหตุส่งเสริมอีกประการหนึ่งของโรคริดสีดวงทวาร¹

5. ท้องเดิน

ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเดินเป็นประจำจะทำให้ท้องไส้แรงเบ่งที่ทวารหนักมากขณะถ่ายอุจจาระ ในขณะที่มีการเบ่งความดันภายในเส้นเลือดดำที่ทวารหนักจะเพิ่มมากขึ้น เส้นเลือดดังกล่าวจะขยายตัว ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีอาการท้องเดินเป็นประจำ เช่น โรคลำไส้ใหญ่อักเสบหรือโรคมืด เป็นต้น จะทำให้เส้นเลือดดำทวารหนักต้องขยายตัวเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เส้นเลือดเกิดเสื่อมสมรรถภาพ และกลายเป็นสาเหตุที่ส่งเสริมของโรคริดสีดวงทวารได้

6. โรคหัวใจวาย

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะมีความดันภายในเส้นเลือดดำสูง ทำให้เส้นเลือดดำส่วนปลายขยายและมีความดันสูงไปทั่ว โดยเฉพาะกลุ่มของเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนัก เพราะเส้นเลือดบริเวณดังกล่าวไม่มีลิ้นปิดเปิด จึงมีการขยายมากกว่าปกติ เมื่อเป็นนาน ๆ จะทำให้เป็นสาเหตุของโรคริดสีดวงทวารได้

7. ความดันภายในเส้นเลือดดำพอร์ทอนสูง (Portal Hypertension)

ผู้ป่วยที่มีความดันภายในเส้นเลือดดำพอร์ทอนสูง เช่น ผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Cirrhosis of Liver) โรคตับอักเสบ (Hepatitis) เป็นฝีในตับจากเชื้ออะมีบิก (Amebic Liver Abscess) เป็นต้น โรคต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้การไหลกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก ทำให้เลือดดำคั่งอยู่ภายในเส้นเลือดดำพอร์ทอนมาก ในที่สุดจะย้อนกลับไปที่เส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักซึ่งมีการติดต่อกัน ทำให้เกิดเป็นโรคริดสีดวงทวารได้

¹G.H. Best, and F.N. Taylor, The Physiologic Basic of Medical Practice (London : Baihire Tindalls Company, 1954), p. 812.

8. การไอ การจาม และการอาเจียน (Coughing, Sneezing and Vomiting)

ในขณะที่มีการไอ การจาม และการอาเจียน ร่างกายจะต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก ทำให้เกิดความดันในช่องท้องส่วนล่างสูง ซึ่งรวมถึงความดันภายในเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักอีกด้วย ดังนั้นในคนที่เป็นหวัคบ่อย ๆ มีการไอ การจาม หรือคนที่มีการอาเจียนเสมอ ๆ จะเป็นการส่งเสริมทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวารได้

9. การตั้งครรภ์ (Pregnancy)

ในสตรีที่ตั้งครรภ์จะพบอาการของโรคริดสีดวงทวาร เป็นจำนวนมาก เฮส. ซี. เบคอน (H.E. Bacon) ได้ทำการศึกษาศตรีที่ตั้งครรภ์ระหว่างอายุ 20 ถึง 30 ปี พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคริดสีดวงทวารสูงถึงร้อยละ 85 นอกจากนี้ยังได้ศึกษาศตรีที่เป็นโรคริดสีดวงทวารทั้งหมด พบว่าเกิดอาการขึ้นภายหลังการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 70¹

สาเหตุที่ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์เป็นโรคริดสีดวงทวาร เนื่องมาจากมีการเพิ่มความดันภายในเส้นเลือด Iliac vein เพราะมดลูกจะโตขึ้นและไปกดเส้นเลือดภายในช่องท้องทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก จึงมีความดันสูงมาก ทำให้เส้นเลือดดำส่วนที่อยู่ต่ำลงมา มีการขยายตัว เนื่องจากการตั้งครรภ์ของสตรีใช้เวลาานถึง 9 เดือน ทำให้เส้นเลือดดำดังกล่าวมีการโป่งพอง เป็นสาเหตุของโรคริดสีดวงทวารและเส้นเลือดดำบริเวณขาโป่งพอง (Varicose vein) ได้

10. เนื้องอกในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Tumour)

ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกของรังไข่หรือของมดลูก เป็นต้น ถ้าเป็นนาน ๆ และไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการขยายและโป่งพองของเส้นเลือดดำส่วนที่อยู่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคริดสีดวงทวารได้

¹H.E. Bacon, *op. cit.*, p. 188.

11. มะเร็งของทวารหนัก (Carcinoma of Rectum)

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของทวารหนัก มักจะมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดิน ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ความดันภายในเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักสูงค้างไว้ตลอดเวลาแล้ว เมื่อเป็นนาน ๆ เขาก็มีอาการของโรคริดสีดวงทวารรวมไปด้วย

12. การออกกำลังกายของหนัก (Physical Exertion)

ในขณะที่ร่างกายต้องการออกกำลังกายของหนัก ๆ จำเป็นที่จะต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก ทำให้เกิดความดันขึ้น และเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักจะขยาย ดังนั้นผู้ที่ต้องออกกำลังกายของหนัก ๆ เสมอ เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักโป่งพองและเป็นสาเหตุของโรคริดสีดวงทวารต่อไปได้

13. การอักเสบของทวารหนัก (Anal Infection)

เจ.พี. เนลล์ลอร์ด (J.P. Nesselord) ได้กล่าวว่า "โรคริดสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่มักจะมีสาเหตุมาจากการอักเสบของทวารหนัก..."¹

แอล. เอ. บอวี่ (L.A. Bouie) ได้ทำการตรวจชิ้นเนื้อที่ทำผ่าตัดจากโรคริดสีดวงทวาร พบว่า ส่วนใหญ่มีการอักเสบมาก²

จากสาเหตุส่งเสริมทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่มีความกดดันไปทำให้ความดันภายในเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักสูงขึ้นเป็นเหตุให้เส้นเลือดดำดังกล่าวขยายตัว ถ้าเป็นนาน ๆ เส้นเลือดดำดังกล่าวจะเสื่อมสภาพ มีการโป่งพองและเป็นโรคริดสีดวงทวารได้ แต่สาเหตุที่แท้จริงนั้นยังไม่มีผู้ใดสามารถอธิบายได้แน่นอน

¹Nesselord, op. cit., p. 80.

²L.A. Bouie, op. cit., p. 219.



อาการและอาการแสดงของโรคริดสีดวงทวาร

อาการและอาการแสดงทั่ว ๆ ไปของโรคริดสีดวงทวาร ได้แก่

1. อาการเลือดออกทางทวารหนัก (Bleeding)

อาการเลือดออกทางทวารหนักเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด เนื่องจากเป็นอาการที่พบได้ในโรคริดสีดวงทวารทุกระยะ ผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูกและผู้ป่วยต้องใช้แรงมากเวลาถ่ายอุจจาระลักษณะเลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสด ขณะที่มีการถ่ายอุจจาระผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย (Painless Bleeding) นอกจากนี้ในระยะที่มีการอักเสบของริดสีดวงทวาร จำนวนเลือดที่ออกแต่ละครั้งไม่แน่นอน บางครั้งอาจจะมาก บางครั้งอาจจะน้อย อาการเลือดออกทางทวารหนักนี้จะหยุดได้เองภายหลังที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกบ่อย ๆ และครั้งละมาก ๆ จะมีอาการของโรคโลหิตจางได้ ทำให้มีอาการหน้ามืด ใจสั่น และเป็นลมบ่อย ๆ

2. นีก้อนโผล่ออกมาภายนอกทวารหนัก (Protusion)

ผู้ป่วยที่มาหาแพทย์โดยมีอาการมีก้อนโผล่ออกมาภายนอกทวารหนักส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคริดสีดวงทวารมาเป็นเวลานาน ๆ และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หัวของริดสีดวงทวารจะโตขึ้นเรื่อย ๆ อาการดังกล่าวนี้จะพบในโรคริดสีดวงทวารระยะที่ 2 และระยะที่ 3 โดยเฉพาะขณะที่ถ่ายอุจจาระ ไอ จาม อาเจียน หรือยกของหนัก ๆ หัวของริดสีดวงทวารที่โผล่ออกมาภายนอกนี้จะทำให้เกิดการอักเสบและกลายเป็นบาดแผลได้ง่าย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก นอกจากนี้ก้อนริดสีดวงทวารที่โผล่ออกมาภายนอกและไม่สามารถกลับเข้าไปภายในได้เองมักจะได้รับการกระทบกระแทก (Injury) ได้ง่าย ทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือด และมีเลือดคั่งอยู่ภายใน (Thrombosis) ลักษณะของก้อนริดสีดวงทวารที่โผล่ออกมาจะเป็นสีคล้ำ ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานมาก

3. อาการปวดบริเวณทวารหนัก (Pain)

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักชนิดปกติจะไม่รู้สึกเจ็บปวดบริเวณทวารหนัก นอกจากเกิดการอักเสบหรือมีบาดแผลขึ้นที่หัวของริดสีดวงทวารและอวัยวะใกล้เคียง

อาการเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นขณะที่ผู้ป่วยนั่งและเดิน ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณหัวของริดสีดวงทวาร จะได้รับการกดคั้นและมีการคั่งของเลือดคั่งมากขึ้น

4. มีน้ำเหลืองไหลซึมบริเวณทวารหนัก (Leakage)

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารระยะที่ 2 และ 3 ขณะที่มีการริดสีดวงทวารไหลออกมาภายนอกทวารหนักจะมีน้ำเหลืองไหลซึมจากหัวของริดสีดวงทวาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญและมีกลิ่นเหม็น

5. อาการคันบริเวณทวารหนัก (Itching)

อาการคันบริเวณทวารหนักมักจะเกิดร่วมกับอาการมีก้อนไหลออกมาภายนอกทวารหนักและมีน้ำเหลืองไหลซึมรอบ ๆ ทวารหนัก ถ้ามีอาการคันมากและผู้ป่วยใช้มือเกาบ่อย ๆ มักจะทำให้เกิดบาดแผลและการอักเสบที่หัวของริดสีดวงทวารได้

6. อาการอื่น ๆ

นอกจากอาการต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยมักจะมีอาการไม่สบาย เช่น แน่นอึดอัด ท้องผูก คลื่นไส้ ปัสสาวะลำบาก ซึ่งเป็นอาการรวมที่อาจจะเกิดขึ้นได้

การวินิจฉัยโรคริดสีดวงทวาร

การวินิจฉัยโรคริดสีดวงทวาร โดยทั่วไปปฏิบัติดังนี้คือ

1. ประวัติ (History) หมายถึงการซักประวัติของผู้ป่วย อาการและอาการแสดง เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยโรค เช่น มีเลือดสด ๆ ออกมาจากทวารหนัก ขณะที่เบ่งถ่ายอุจจาระโดยไม่มีความเจ็บปวด หรือมีก้อนยื่นออกมาภายนอกทวารหนัก ฯลฯ เป็นต้น

2. การตรวจด้วยสายตา (Inspection)

3. การคลำ (Palpation)

4. การตรวจทางทวารหนัก (Rectal Examination)

5. การตรวจโดยการใส่เครื่องมือ (Instrumental Examination)

หมายถึงการตรวจโดยการใส่เครื่องมือสอดเข้าไปทางทวารหนัก โดยทั่วไป มี 2 วิธีคือ

ก. เครื่องมือส่องดูบริเวณภายในทวารหนัก (Anoscope)

ข. เครื่องมือส่องดูบริเวณภายในทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์

(Proctosigmoidoscope)

6. การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy)

7. การตรวจทางเอ็กซเรย์ (Roentgenography) โดยการตรวจด้วยวิธีสวนแบเรียมเข้าทางทวารหนักและถ่ายเอ็กซเรย์ (Barium Enema)

8. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Test) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแยกโรคจากโรคริดสีดวงทวาร เช่น การตรวจหาเชื้อไวรัส หรือ แบคทีเรีย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคของทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนล่างอีกหลายชนิดที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายโรคริดสีดวงทวาร และทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้

เจ.พี. เนสส์ลอร์ด (J.P. Nesslord) ได้จำแนกโรคที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกับโรคริดสีดวงทวารไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Carcinoma of Colon and Rectum)
2. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in Ano)
3. รอยแตกรอบ ๆ ทวารหนัก (Anal Fissure)
4. ฝีที่ทวารหนัก (Anorectal Abscess)
5. วัณโรคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Tuberculosis of Anus, Rectum and Colon)
6. บาดแผลบริเวณรอบ ๆ ทวารหนัก (Granuloma Inguinale)
7. กิ่งผิวหนังรอบ ๆ ทวารหนัก (Skin of Setineltag)
8. เนื้องอกบริเวณทวารหนักจากเชื้อซิฟิลิส (Condyloma Latum)
9. เนื้องอกบริเวณทวารหนักลักษณะคล้ายหงอนไก่ (Condyloma Acuminata)

10. ก้อนเนื้องอกยื่นออกมาจากภายในทวารหนัก มีก้านยาว คล้ายหัววิคส์คองทวาร (Sessile, Polypoid Mass)
11. มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองรอบทวารหนัก (Lymphosarcoma)¹

การรักษาโรคริดสีดวงทวาร

โรคริดสีดวงทวารมีการรักษาอยู่หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งการรักษาแต่ละวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรคริดสีดวงทวาร สภาพของผู้ป่วยเองและแพทย์ที่ทำการรักษาแต่ละคน โดยทั่ว ๆ ไป การรักษาโรคริดสีดวงทวารที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

1. การรักษาโดยการักษา (Medical Treatment)

ยอค สุคนธมาน ไก่กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการรักษาทางยา ไว้ดังนี้คือ การรักษาทางยาโดยมากจะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย เช่นมีเลือดออก โดยไม่มีความเจ็บปวดหรือเจ็บเพียงเล็กน้อยเป็นครั้งคราว ในขณะที่อายุจางาระ หรือมีอาการเฉพาะในเวลาของผูกและอุจจาระแข็งเท่านั้น ซึ่งส่วนมากเป็นโรคริดสีดวงทวารในระยะแรกหรือระยะที่ 1 และมีหัวริดสีดวงทวารขนาดเล็ก ยาที่ใช้ในการรักษาเป็นยาที่ช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวหรือยาระบาย (Stool Softener or Laxative) และผู้ป่วยจะต้องพยายามไม่ไห้ของผูก ภายหลังการรักษาแล้วอาการต่าง ๆ จะหายไป แต่ผู้ป่วยยังคงมีโรคริดสีดวงทวารอยู่ ถ้าผู้ป่วยของผูกหรืออุจจาระแข็งอีก อาการต่าง ๆ ดังกล่าวจะกลับมาอีก นอกจากนี้บางครั้งแพทย์อาจจะใช้ยาสำหรับทาบริเวณหัวริดสีดวงทวาร เพื่อช่วยบั่นเทาอาการเจ็บและอาการอักเสบหรืออาการคันไ้ชั่วคราวเท่านั้น²

¹J.P. Nesselord, op. cit., p. 82.

²ยอค สุคนธมาน, "ปูจนาวีสรรนา," จุพาลงกรณเวชสาร 4 (ตุลาคม, 2516) : 383.

นอกจากนี้ เฮช. อี. เบคอน (H.E. Bacon) ได้กล่าวถึงการรักษาทางยาในแง่ของการบำบัดเพาอากาศของโรคริดสีดวงทวารนอกจากการรักษาทางยาดังกล่าวแล้ว คือ "ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารควรรับประทานอาหารชนิดที่มีกากน้อย ควรลดเครื่องคัมประเภทแอลกอฮอล์ให้น้อยลง และพักผ่อนให้เพียงพอ ถ้าผู้ป่วยมีอาการอักเสบของโรคริดสีดวงทวารเวลานอนหงายควรวางหมอนรองที่บริเวณทวารหนักให้สูงขึ้นและประคบบริเวณทวารหนักด้วยน้ำยาบอริคอุนี้ ๆ..."¹

2. การรักษาโดยวิธีการฉีดยา

ยอด สุขคนธมาน ได้อธิบายวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยวิธีการฉีดยาไว้ดังนี้ คือ

การฉีดยาหมายถึงการฉีดสารพวก Sclerosing Solution เข้าไปในบริเวณห้วริดสีดวงทวาร จุดประสงค์ของการฉีดยาเพื่อทำให้ห้วริดสีดวงทวารกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืด (Fibrous Tissue) ซึ่งจะทำให้ห้วริดสีดวงทวารเล็กลงและแห้งไป การรักษาโดยวิธีนี้ใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีห้วริดสีดวงทวารขนาดเล็กหรือขนาดกลางและไม่มีอาการอักเสบรวมด้วย ส่วนใหญ่จะเป็นริดสีดวงทวารในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 หลังจากฉีดยาครั้งแรกส่วนมากอาการเลือดออกจะหยุด และห้วริดสีดวงทวารจะเล็กลง หลังจากฉีดยาครั้งแรกแล้วถ้ายังมีอาการอยู่ ควรจะฉีดซ้ำอีกทุก 2 สัปดาห์ จนกว่าการรักษาจะได้รับผลเป็นที่พอใจ แต่ไม่ควรฉีดเกินกว่า 3 ครั้ง ต่อห้วริดสีดวงทวาร 1 ห้ว ถ้าฉีดยาครบ 3 ครั้ง แล้วห้วริดสีดวงทวารยังคงกล่าวได้รับผลไม่เป็นที่พอใจควรจะแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาโดยวิธีอื่น²

สำหรับการรักษาโดยวิธีการฉีดยานี้ สารที่ใช้เป็นน้ำยาฉีดเข้าไปในห้วริดสีดวงทวารจะแตกต่างกันไป เช่น เฮช อี เบคอน (H.E. Bacon) ใช้น้ำยา 5% Quinine in Urea Hydrochloride³ เฉลี่ย วัชรพุกต์ ใช้น้ำยา 5%

¹ H.E. Bacon, op. cit., p. 199.

² ยอด สุขคนธมาน, เรื่องเดียวกัน, หน้า 384.

³ H.E. Bacon, op. cit. 200.

Phenal in Olive Oil¹ พิเชษฐ์ อินทุสร ใช้น้ำยา 5% Phenal in Rice Band Oil² เป็นต้น

3. การรักษาโดยวิธีการใช้ห่วงยางผูกหัวริดสีดวงทวาร (Ligation)

พิเชษฐ์ อินทุสร ได้อธิบายถึงวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยการใช้ห่วงยางผูกหัวริดสีดวงทวารไว้ว่า การใช้ห่วงยางผูกหัวริดสีดวงทวาร หมายถึงการใช้ห่วงยางขนาดเล็กไปรัดหัวริดสีดวงทวารโดยการใช้เครื่องมือของแบรอน ขนาดหัวของริดสีดวงทวารควรอยู่ในระยะที่ 2 มีขนาดปานกลาง หรือค่อนข้างใหญ่มีช้ำชัดเจน หลังจากการใส่ห่วงยางแล้วประมาณ 4 - 7 วัน หัวของริดสีดวงทวารที่ถูกรัดจะเน่าและหลุดไป ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกเล็กน้อย จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ³

การรักษาโดยวิธีนี้ควรจะผูกหัวริดสีดวงทวารครั้งละ 1 หัวเท่านั้น และการผูกหัวริดสีดวงทวารครั้งต่อไปควรจจะรอประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ เพื่อให้บาดแผลที่เกิดจากหัวริดสีดวงทวารหลุดครั้งแรกหายเสียก่อน โดยทั่วไปจะต้องผูกหัวของริดสีดวงทวารประมาณ 3 ครั้ง แต่ถ้าวหัวของริดสีดวงทวารค่อนข้างใหญ่และมีมากอาจจะต้องผูกหัวของริดสีดวงทวารถึง 4 หรือ 5 ครั้ง การรักษาโดยวิธีนี้ได้ผลดีพอ ๆ กับการผ่าตัด เหมาะสำหรับโรคริดสีดวงทวารชนิดภายในที่มีก้อนโผล่ออกมาภายนอกทวารเท่านั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาราคาถูกมาก

4. การรักษาโดยวิธีการใช้ความเย็นจัด (Cryo-surgery)

สุรพรรณ วรพรรณ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยวิธีใช้ความเย็นจัดสรุปได้ดังนี้คือ การใช้ความเย็นจัดทำกรผ่าตัดเป็นวิธีการผ่าตัด

¹ เฉลี่ย วัชรพุกต์, เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

² พิเชษฐ์ อินทุสร, "โรคริดสีดวงทวารหนัก" เอกสารประกอบการบรรยาย วิชาการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร, วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (วชิรพยาบาล), (อัครสำเนา), หน้า 10.

³ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

ชนิดหนึ่งที่มีนิยมนำมาใช้กันมากในปัจจุบัน สามารถทำผ่าตัดโรคไตหลายชนิด เช่น ไฝ หูด แผลปากมดลูก และโรคริดสีดวงทวาร เป็นต้น โดยการใช้ความเย็นจัดของแก๊สไนตรัสออกไซด์ที่ระบับอุณหภูมิ -90° ซ. ที่บริเวณที่ต้องการทำผ่าตัด การจี้แต่ละครั้งจะพ่นแก๊สบริเวณที่จี้นานประมาณ 4 นาที หลังจากนั้นบริเวณที่ทำผ่าตัดจะหลุดออกมา สำหรับโรคริดสีดวงทวาร การรักษาโดยวิธีนี้จะสามารถทำได้ครั้งละ 1 หัวเท่านั้น การปฏิบัติครั้งต่อไปจะกระทำได้เมื่อบาดแผลหายแล้วนานประมาณ 2 เดือน การรักษาโดยการใช้ความเย็นจัดนี้สามารถรักษาโรคริดสีดวงทวารได้ทุกระยะ¹

5. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Surgical Treatment)

การรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยการผ่าตัด จัดเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีหัวริดสีดวงทวารใหญ่มาก ทั้งนี้เพราะศัลยแพทย์สามารถตัดหัวริดสีดวงทวารได้ทั้งชนิดภายในและชนิดภายนอก รวมทั้งกิ่งงิ้วหนังที่ยื่นออกมารอบ ๆ ทวารหนักออกได้หมด

สำหรับเทคนิคในการทำผ่าตัดมีหลายชนิด ขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์แต่ละคน การทำผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีดังนี้คือ

ก. การทำผ่าตัดชนิด "Ligation and Excission"

การทำผ่าตัดชนิดนี้หมายถึงการเย็บผูกรอบ ๆ หัวริดสีดวงทวาร และตัดส่วนที่ยื่นออกมาทั่วไปทิ้ง

ข. การทำผ่าตัดชนิด "White Head Method"

การทำผ่าตัดชนิดนี้ หมายถึงการทำผ่าตัดส่วนของเนื้อเยื่อและเยื่อรูรอบ ๆ ทวารหนักที่เป็นริดสีดวงทวารออก และนำส่วนที่เหลือมาเย็บติดกับผิวหนัง

¹ สัมภาษณ์ สุรวรรณ วรวรรณ, นายแพทย์ 6, วชิรพยาบาล, สำนักการแพทย์, กรุงเทพมหานคร, 20 มกราคม 2521.

ง. การทำผ่าตัดชนิด "Combind Method of Hemorrhoidectomy"
 การทำผ่าตัดโดยวิธีนี้เป็นวิธีที่นำมาใช้ในการผ่าตัดกลุ่มประชากรที่
 นำมาทดลองทั้ง 36 คน หมายถึงการทำผ่าตัดโดยการเลาะเนื้อเยื่อบริเวณใต้เยื่อ
 ทวารหนักออก ตัดส่วนของเยื่อรอบทวารหนักที่ไม่ต้องการทิ้ง และเย็บเยื่อทวารหนัก
 เข้าติดกัน สำหรับห้วริดสีดวงที่ยังเล็กอยู่ จะใช้วิธีเย็บผูกหรือห้วริดสีดวงทวารและตัดออก

สำหรับการรักษาโรคริดสีดวงทวารทั้ง 5 วิธี ดังกล่าวนี้ เป็นวิธีที่ใช้กันอยู่
 ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาแบบอื่น ๆ อีกหลายวิธีซึ่งผู้วิจัยมิได้นำมากล่าว
 เนื่องจากนำมาใช้กันน้อยมาก

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยวิธีการทำผ่าตัด

การรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยการผ่าตัดนับว่าเป็นวิธีที่นิยมมากและได้ผลดี
 แต่การรักษาโดยวิธีนี้ก็อาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ดังต่อไปนี้คือ

1. เลือดออก

มักจะพบได้ทุกระยะจนกว่าบาดแผลจะหายดี อาการเลือดออกควรจะหายไป
 ภายหลังจากทำผ่าตัดประมาณ 10 วัน

2. เจ็บปวดบริเวณบาดแผลผ่าตัด

ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดบริเวณบาดแผลที่ทวารหนักมากโดยเฉพาะในระยะ
 แรก และขณะที่เบ่งถ่ายอุจจาระ ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากถ่ายอุจจาระ

3. การบวมของบาดแผลผ่าตัด

ถ้าบาดแผลมีการอักเสบหรือได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัดมาก
 และมีการกดทับจะทำให้เกิดการบวมได้ อาการบวมของบาดแผลควรจะหายไปหลัง
 ผ่าตัด 10 วัน

4. การกลั้นอุจจาระไม่อยู่

ทั้งนี้เนื่องจากขณะทำผ่าตัดไปกระทบกระเทือนประสาทที่ควบคุมการขับ
 ถ่าย ภายหลังจากทำผ่าตัดแล้ว ทำให้ผู้ป่วยกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยเฉพาะขณะที่มีอาการ
 ทองเดิน

5. การตีบตันของทวารหนัก

พบได้บ่อยมากภายหลังที่บาดแผลผ่าตัดหายแล้ว จะเกิดเป็นแผลเป็น มีการทรมาน เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฉายอุจจาระลำบาก และมีอาการท้องผูกเป็นประจำ

6. อาการคัน

ผู้ป่วยจะรู้สึกคันบริเวณทวารหนักมาก ทั้งนี้เนื่องจากจะมีน้ำเหลือง เลือด จากบาดแผลไหลรินและเปื่อยแฉะบริเวณทวารหนักอยู่ตลอดเวลา ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลบาดแผลให้สะอาด จะทำให้ผู้ป่วยคันมาก

จากการสำรวจวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคริดสีดวงทวารพอจะสรุปได้ว่าโรคนี้นั้นเป็นโรคที่ป้องกันการเกิดได้ และเมื่อผู้ป่วยเกิดโรคนี้นั้นแล้วก็สามารถรักษาและบรรเทาอาการลงได้ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญสามารถให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนในการป้องกันและการบรรเทาอาการทุกขมานจากโรคนี้นั้น การวิจัยทดลองในครั้งนี้ได้ศึกษาค้นคว้าหาหนทางหรือวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังการรักษาโดยการผ่าตัด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย