

## แนวทางการรักษาแผลปริที่ขอบทวารหนัก

บัลลังก์ มัยผ็อก

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

### บทคัดย่อ

โรคแผลปริที่ขอบทวารหนักเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เจ็บก้นเวลาถ่ายอุจจาระ มีติ่งเนื้อยื่น คันหรือมีอาการแฉะที่ทวารหนัก สามารถวินิจฉัยโรคได้จากประวัติและการตรวจร่างกาย โรคแผลปริที่ขอบทวารหนักแบ่งเป็นแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การรักษาแผลปริที่ขอบทวารหนักแบบเฉียบพลันเป็นการรักษาตามอาการ (supportive treatment) ส่วนการรักษาแผลปริที่ขอบทวารหนักแบบเรื้อรัง เดิมใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด (lateral internal sphincterotomy) เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากได้ผลการรักษาดี แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ เรื่องการกั้้นอุจจาระและกั้้นลม (fecal incontinence) ลดลงแตกต่างกันไป การศึกษาต่อมาทำให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดแผลปริที่ขอบทวารหนักมากขึ้น ทำให้มีการใช้ยา (medical treatment) ทั้งแบบทาและแบบฉีดในการรักษาแผลปริที่ขอบทวารหนักแทนการผ่าตัดมากขึ้น พบว่าได้ผลดีพอสมควร และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องการกั้้นอุจจาระผิดปกติ ทำให้มีการแนะนำใช้ยาในการรักษาเบื้องต้นก่อน ถ้าแผลไม่หายจึงพิจารณาการผ่าตัด

**คำสำคัญ:** แผลปริที่ขอบทวารหนัก การกั้้นอุจจาระ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เจ็บทวารหนัก

## Management of anal fissure

Bunlang Muyphuag✉

Department of Surgery, Faculty of Medical, Srinakharinwirot University

---

### Abstract

Anal fissure is a surgical disease commonly found at outpatients department. The symptoms patients complaint bleeding per rectum, anal pain, skin tag at anal verge, pruritus ani. The history of patients and by physical examination. Anal fissures are classified into acute and chronic according to the duration of symptoms and wound appearance. Most of patients diagnosed with acute anal fissure can be healed by supportive treatment, whereas the gold standard treatment for chronic fissures is lateral internal sphincterotomy (LIS). The operation yields high healing rate, but several surgical complications such as fecal incontinence and wound infection in some patients. Nowadays our understanding of fissure pathophysiology has developed, more medical treatments have been used. They have higher healing rate, less fecal incontinence complication. Many guidelines suggest medical treatments are first line management in chronic anal fissure, consider surgical treatment if fissure is not healing.

**Key words:** anal fissure, fecal incontinence, bleeding per rectum, anal pain

Bunlang Muyphuag✉

Department of Surgery, Faculty of Medical,

Srinakharinwirot University

62 moo 7 Ongkharak, Nakhon Nayok 26120, Thailand

## บทนำ

แผลปริที่ขอบทวารหนัก (Anal fissure) เป็นปัญหาทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดทวารหนักเวลาถ่ายอุจจาระร่วมกับมีเลือดออก บางคนมีอาการปวดนานหลายชั่วโมงหลังถ่ายอุจจาระ อุบัติการณ์ของโรคไม่ทราบแน่นอน ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุน้อย พบในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน<sup>1</sup> แผลปริที่ทวารหนักเริ่มตั้งแต่ anal verge ขึ้นไป จนถึง dentate line<sup>2</sup> ร้อยละ 90 พบตำแหน่ง posterior midline ในผู้หญิงพบแผลที่ตำแหน่ง anterior midline ได้มากกว่าผู้ชาย ถ้าพบแผลที่ตำแหน่งด้านข้าง (lateral) หรือมีหลายแผล ควรตรวจหาสาเหตุ โดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาหรือส่งเพาะเชื้อ (culture) เพราะอาจมีสาเหตุจาก Crohn's disease, syphilis, tuberculosis, HIV มีการแบ่งแผลปริที่ขอบทวารหนักเป็นแบบเฉียบพลัน (acute) และแบบเรื้อรัง (chronic) เพื่อการวางแผนรักษา โดย chronic anal fissure (CAF) คือแผลที่เป็นมานานมากกว่า 6 สัปดาห์<sup>1</sup> หรือมี secondary change ได้แก่ sentinel pile, hypertrophic anal papilla บริเวณก้นแผลเห็นเป็นลักษณะ fibrosis ของกล้ามเนื้อ internal anal sphincter (IAS) 1,2 (ดังรูปที่ 1)



รูปที่ 1 Chronic anal fissure

## Pathophysiology

เดิมเชื่อว่าการเกิดแผลปริที่ขอบทวารหนักมีสาเหตุจากภาวะท้องผูก แล้วมีการเบ่งอุจจาระทำให้เกิดแผลฉีกขาดที่ขอบทวารหนัก และเจ็บบริเวณทวารหนักเวลาถ่ายอุจจาระ มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหูรูด (anal sphincter muscle) ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงบริเวณทวารหนักลดลง โดยเฉพาะตำแหน่ง posterior midline ซึ่งเป็นบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงน้อยอยู่แล้ว ทำให้แผลไม่หายกลายเป็นแผลเรื้อรัง แต่ในปัจจุบันเชื่อว่าแผลปริที่ขอบทวารหนักเกิดจากภาวะที่มีความดันในทวารหนัก (resting anal pressure, RAP) สูงและภาวะเลือดมาเลี้ยงบริเวณทวารหนักลดลง (poor blood supply) ความดันในทวารหนัก (resting anal pressure) เกิดจากการบีบตัวของ internal anal sphincter (IAS) และ neurohumoral substance เช่น  $\alpha$ - and  $\beta$ -adrenoceptor agonists, inhibitory neurotransmitter (vasoactive intestinal polypeptide (VIP), nitric oxide (NO), carbon monoxide (CO)) จากการศึกษา Rattan S และคณะพบว่า nitric oxide เป็น major inhibitory neurotransmitter ในกระบวนการ non-adrenergic, non-cholinergic (NANC) relation ทำให้ IAS คลายตัว<sup>3</sup> Lund JN และคณะ<sup>4</sup> พบว่าในผู้ป่วยที่เป็น anal fissure มี nitric oxide synthesis น้อยกว่าประชากรทั่วไป Schouten และคณะ<sup>5</sup> ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็น anal fissure โดยการวัด anal manometry และ Doppler flowmetry พบว่า ผู้ป่วย chronic anal fissure มี resting anal pressure สูงกว่าปกติ และมี anoderm blood flow ต่ำกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ Lund JN และคณะ<sup>6</sup> พบว่า posterior midline เป็นตำแหน่งที่มี blood supply น้อยกว่าตำแหน่งอื่น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วย CAF บางคนจะมี anal sphincter tone ปกติหรือต่ำกว่าปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้หญิงที่มีประวัติคลอดบุตร ซึ่งในกลุ่มนี้ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน<sup>2</sup>

## การรักษา

การรักษาแผลปริติที่ขอบทวารหนักชนิดเฉียบพลันเป็นการรักษาตามอาการ ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาที่ช่วยให้อุจจาระนิ่ม (stool softener) การแช่ก้นด้วยน้ำอุ่น (warm sitz bath) รวมไปถึงการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำให้เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วแผลจะหายได้ แต่ถ้าไม่หายกลายเป็นแผลเรื้อรัง (CAF) ที่ปัจจุบันการรักษามีทั้งแบบผ่าตัดและแบบใช้ยา การรักษามุ่งเน้นที่การลดภาวะความดันที่ทวารหนักโดยการทำให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว ทำให้ผู้ป่วยปวดทวารหนักลดลง และมีเลือดมาเลี้ยงที่แผลมากขึ้นทำให้แผลหายได้ การรักษาโดยการผ่าตัดคลายกล้ามเนื้อหูรูด lateral internal sphincterotomy (LIS) ยังเป็นการรักษามาตรฐาน มีอัตราแผลหายสูงถึงร้อยละ 95 มีภาวะแทรกซ้อนน้อย การรักษาด้วยยามีทั้งในรูปแบบทา แบบฉีด และแบบเหน็บทวารหนักได้ผลดีปานกลาง มีอัตราแผลหายร้อยละ 50-90

## การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา CAF โดยการทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก IAS คลายตัว ความดันที่ทวารหนักลดลง ทำให้เลือดมาเลี้ยงแผลมากขึ้น ข้อดีคือ ผู้ป่วยไม่ต้องผ่าตัดไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแต่มีข้อเสียคือ โอกาสที่แผลหายต่ำกว่าการผ่าตัด มีโอกาสเป็นซ้ำสูงและมีผลข้างเคียงจากยาได้ ยาที่ใช้ในการรักษาแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

### 1. Nitrate

Organic nitrate ใช้ในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด (angina pectoris) และโรคความดันโลหิตสูง มีการศึกษาพบว่า nitric oxide (NO) เป็น major inhibitory neurotransmitter ในกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก IAS ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ จึงมีการนำ nitrate มาใช้รักษา CAF โดยที่ nitrate (glyceryl trinitrate, isosorbide mononitrate) จะถูกกล้ามเนื้อเรียบเปลี่ยนไปเป็น NO

ซึ่งเป็น free radical ไปกระตุ้น soluble guanylate cyclase ทำให้เกิด cGMP (guanosine 3',5' cyclic monophosphate) โดยที่ตัว cGMP ทำให้ IAS ซึ่งเป็นการศึกษาถึงผลของการใช้ยา organic nitrate ตั้งแต่ขนาดของยาที่เหมาะสม รูปแบบของยา ผลข้างเคียง อัตราการหายของแผล อัตราการกลับเป็นซ้ำดังนี้ Lord และคณะ<sup>7</sup> พบว่า topical nitrate สามารถลดความดันที่ทวารหนัก (RAP) ได้ Lund JN และคณะ<sup>8</sup> ทำการศึกษาเปรียบเทียบ topical ร้อยละ 0.2 glyceryl trinitrate (GTN) กับ placebo ในการรักษา CAF พบว่าที่ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัดกลุ่มที่ได้ยา GTN มีแผลหายร้อยละ 66 และกลุ่ม placebo มีแผลหายร้อยละ 8 Scholefield JH และคณะ<sup>9</sup> ศึกษาการใช้ยา GTN ในความเข้มข้นของยาต่างกันพบว่า ร้อยละ 0.4 GTN มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการบรรเทาอาการปวดใน CAF Zuberi และคณะ<sup>10</sup> ศึกษาการใช้ยา GTN ในรูปแบบแปะที่แถมกันเทียบกับกลุ่มที่ได้ topical ร้อยละ 0.2 GTN พบว่าอัตราแผลหายใกล้เคียงกันโดย topical GTN มีอัตราแผลหายร้อยละ 66.7 ในขณะที่กลุ่ม GTN แบบแปะมีอัตราแผลหายร้อยละ 63.2 Emami และคณะ<sup>11</sup> ศึกษาการใช้ยาร้อยละ 0.2 GTN ในรูปแบบเหน็บทวารหนักเทียบกับ placebo ในผู้ป่วย 34 คน พบว่าที่ 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย GTN มีอัตราแผลหายร้อยละ 57 ในกลุ่ม placebo มีอัตราแผลหายร้อยละ 38 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจุบันมีการใช้ GTN ในรูปของ topical form โดยใช้ร้อยละ 0.2 GTN apply 2-3 ครั้งต่อวันได้ผลการรักษาดี แต่มีผลข้างเคียงเรื่อง orthostatic hypotension และปวดศีรษะได้บ่อย (ร้อยละ 30) มีการเป็นซ้ำสูงกว่าการผ่าตัด มีหลายรายงานแนะนำให้ใช้ GTN เป็นการรักษาเบื้องต้น (first line) สำหรับ CAF

## 2. Calcium channel blockers

ปกติ calcium ทำให้กล้ามเนื้อเรียบหดตัว calcium channel blockers ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง calcium เข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบไปยับยั้ง myosin light chain kinase ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว มีผลการศึกษาของ dihydropyramine (nifedipine) และ benzothiazepines (diltiazem) ในการรักษา CAF ได้แก่ การศึกษาของ Antropoli และคณะ<sup>12</sup> พบว่าการใช้ร้อยละ 0.2 nifedipine gel apply วันละ 2 ครั้ง ทำให้แผลหายถึงร้อยละ 95 ที่ 3 สัปดาห์ ขณะที่ในกลุ่ม placebo ทำให้แผลหายร้อยละ 50 Jonas M และคณะ<sup>13</sup> พบว่าการใช้ topical diltiazem ทำให้แผลหายร้อยละ 75 ที่ 3 เดือน Carapeti และคณะ<sup>14</sup> พบว่าการใช้ topical ร้อยละ 2 diltiazem ทำให้แผลหายร้อยละ 68 ที่ 2 เดือน ลดความดันที่ทวารหนัก (maximal resting pressure) ได้ร้อยละ 28 โดยมีผลของยา 3-5 ชั่วโมงหลังการ apply ยา มีการศึกษา systematic review โดย Sajid MS<sup>15</sup> และคณะเปรียบเทียบ diltiazem กับ glyceryl trinitrate ในการรักษา CAF พบว่าทั้ง diltiazem และ glyceryl trinitrate ให้ผลการรักษาดีใกล้เคียงกัน มีการกลับเป็นซ้ำใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่ม GTN มีผลข้างเคียงเรื่องปวดศีรษะมากกว่า

## 3. Muscarinic agonists and sympathetic modulators

ยากลุ่ม  $\alpha$ 1-adrenoceptor agonists สามารถลดความดันที่ทวารหนัก (maximal resting pressure) ได้ Carapeti และคณะ<sup>14</sup> ใช้ร้อยละ 1 bethanecol get apply ในผู้ป่วย 10 คน พบว่ามีอัตราแผลหายที่ 8 สัปดาห์หรือร้อยละ 60 ไม่พบผลข้างเคียงจากยา pit และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาการใช้ยา indoramine ในผู้ป่วย 23 คน พบว่ามีอัตราแผลหายต่ำกว่า placebo ทำให้ยังไม่สามารถสรุปถึงการนำยากลุ่มนี้มาใช้รักษา CAF ได้

## 4. Botulinum toxin

Botulinum toxin (BT) เป็น exotoxin ที่ได้จาก Clostridium botulinum ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อย neurotransmitter ทำให้กล้ามเนื้อหูรูด IAS คลายตัว<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ลดความเจ็บปวดด้วยยาออกฤทธิ์ภายในไม่กี่ชั่วโมงและออกฤทธิ์นาน 3-4 เดือน มีการใช้ BT ในการรักษา CAF ครั้งแรกเมื่อปี 1993 มีรายงานอัตราแผลหายร้อยละ 73-96 มีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 55 ที่ 3 ปี<sup>3</sup> มีรายงานภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะอัมพาตติดแข็ง ภาวะเลือดออก การกลืนอาหารจะผิดปกติ ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปเรื่องขนาดของยาและตำแหน่งที่ฉีดยา มีรายงานผลของการฉีด botulinum toxin ในขนาดต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการรักษา CAF โดยการฉีด botulinum toxin

Authors	Dose (Units)	Patients (N)	Review (weeks)	Healing rate(%)	Maximum reduction in resting pressure(%)	Maximum reduction in voluntary pressure(%)
Espi et al. (1998)	10-15	36	24	65 (10 U) 81 (15 U)	No data	No data
Maria et al. (1998)	15-20	57	8	44 (15 U) 67 (20 U)	29 (15 U) 28 (20 U)	17 (15 U) 13 (20 U)
Brisinda et al. (1999)	20	25	8	96	29	6
Minguez et al. (1999)	10-21	69	24	83 (10 U) 78 (15 U) 90 (21 U)	5 (10 U) 13 (15 U) 16 (21 U)	17 (10 U) 17 (15 U) 35 (21 U)
Fernandez et al.(1999)	80	76	12	67	No data	No data
Gecim (2001)	5	27	6	80	No data	No data
Katory et al. (2002)	50	20	6	80	No data	No data

## 5. L-Arginine

L-Arginine เป็น precursor ของ nitric oxide ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว มีการศึกษาการใช้ L-Arginine ใน CAF โดย Gosselink และคณะ<sup>17</sup> ใช้ L-Arginine gel apply ในผู้ป่วย 15 คนพบว่า มีแผลหายร้อยละ 62 ที่ 18 สัปดาห์และไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องปวดศีรษะ Prins HA และคณะ<sup>18</sup> ให้อาสาสมัครสุขภาพดีรับประทาน 15 g arginine พบว่า ไม่มีผลต่อการลดความดันที่ทวารหนัก และไม่เพิ่ม anodermal blood flow ในปัจจุบันจึงยังไม่มีข้อสรุปการใช้ L-Arginine ในการรักษา CAF

## 6. Angiotensin-converting enzyme inhibitors

มีการศึกษาในหนูโดย Marcio AF และคณะ<sup>19</sup> พบว่า angiotensin II อาจจะมีผลต่อ basal tone ของ IAS แต่ก่อนนำมาใช้รักษา CAF คงต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

### การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

การผ่าตัดยังเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับ CAF โดยมุ่งเน้นที่การลดความดันที่ทวารหนัก RAP จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีการผ่าตัดหลายวิธี ดังนี้

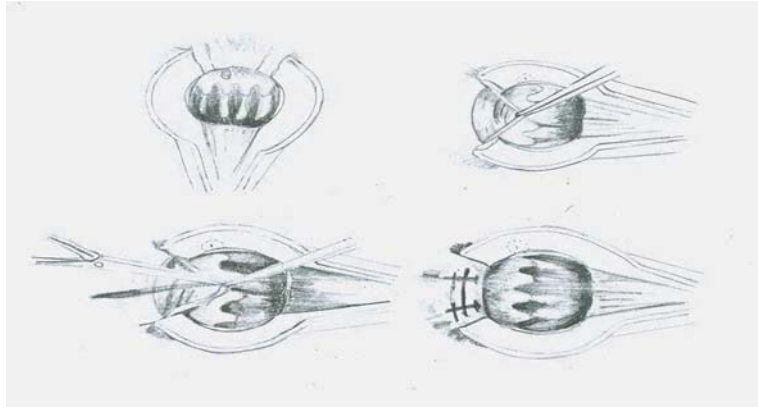
#### 1. Anal dilatation

มีรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1838 พบว่าวิธีนี้ทำให้แผลหายได้ถึงร้อยละ 90 แต่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องการกลั่นอุจจาระผิดปกติสูงถึงร้อยละ 50 และมีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 2.2-56.5 ปัจจุบันจึงไม่ใช้วิธีนี้แล้ว เพราะมีภาวะแทรกซ้อนสูง Renzi A และคณะ<sup>20</sup> ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ pneumatic balloon dilatation (PBD) กับการผ่าตัด LIS ในผู้ป่วย 53 คน โดยใช้ anal balloon dilator ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 40 mm ความยาว 60 mm 20-psi pressure (1.4 atm) เป็นเวลา 6 นาที อัตราการหายในกลุ่ม PBD ร้อยละ 83.3 ในกลุ่ม LIS ร้อยละ 92 พบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 4 ในกลุ่ม LIS และพบการกลั่นอุจจาระผิดปกติที่ 24 เดือนในกลุ่ม PBD ร้อยละ 0 ในกลุ่ม LIS ร้อยละ 16

## 2. Sphincterotomy

เป็นวิธีการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับ CAF มีอัตราของการแผลหายสูงถึงร้อยละ 95 มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ หลักการคือ IAS บางส่วนเริ่มจากตำแหน่งขอบล่างของกล้ามเนื้อ IAS ตรงตำแหน่ง intersphincteric groove ขึ้นไปจนถึง dentate line ดังแสดงในรูปที่ 2 ทำให้กล้ามเนื้อหูรูด IAS คลายตัวทำให้ความดันที่ทวารหนักลดลง มีเลือดมาเลี้ยงที่แผลมากขึ้น เริ่มแรกมีการผ่าตัดคลายกล้ามเนื้อหูรูด IAS ผ่านแผลที่ตำแหน่ง posterior midline พบว่าวิธีนี้มีปัญหาเรื่องแผลหายช้า และมี keyhole deformity รวมทั้งมีอาการปวดแผลมาก ปัจจุบันจึงไม่มีวิธี sphincterotomy ทางด้าน posterior ต่อมาปี 1951 Eisenhammer แนะนำการผ่าตัดคลายกล้ามเนื้อหูรูด IAS ที่ตำแหน่งด้านข้าง (lateral) ของทวารหนัก (anal canal) ที่เรียกว่า lateral internal sphincterotomy (LIS) ซึ่งปวดแผลน้อยกว่าและแผลหายเร็วกว่าการทำผ่าตัด LIS ทั้งแบบ close และ open technique พบว่าผลการรักษาดีใกล้เคียงกัน มีการศึกษาต่างๆ ถึงความยาวที่เหมาะสมของ IAS ที่เมื่อตัดแล้วมีอัตราแผลหายมากที่สุด และมีการกลั่นอุจจาระผิดปกติน้อยที่สุด Littlejohn และ Newstead<sup>21</sup> ทำผ่าตัด tailored lateral sphincterotomy โดยตัด IAS ถึงแค่ขอบบนแผลพบว่าได้ผลดี มีอัตราการกลั่นอุจจาระผิดปกติต่ำ การเป็นซ้ำร้อยละ 1.7 Rosa และคณะ<sup>22</sup> ทำผ่าตัด calibrated sphincterotomy โดยการตัด IAS มากน้อยตามความดันที่ทวารหนักซึ่งวัดโดยใช้ anal manometry พบว่ามีอัตราแผลหายร้อยละ 97.6 พบว่ามีการกลั่นอุจจาระผิดปกติร้อยละ 0.4 Sultan และคณะ<sup>23</sup> พบว่าในผู้หญิงจะมีโอกาสเกิดภาวะการกลั่นอุจจาระผิดปกติสูงกว่าผู้ชาย เพราะในผู้หญิงจะมีทวารหนักที่สั้นกว่า มีกล้ามเนื้อหูรูดที่สั้นกว่าโดยเฉพาะผู้หญิงที่ผ่านการคลอดบุตรอาจมี anal sphincter injury มาก่อน นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการกลั่นอุจจาระผิดปกติได้สูงกว่าปกติ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลั่นอุจจาระผิดปกติสูง อาจพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การรักษาด้วยยา การผ่าตัดด้วยวิธี advancement flap ดังจะได้กล่าวต่อไป



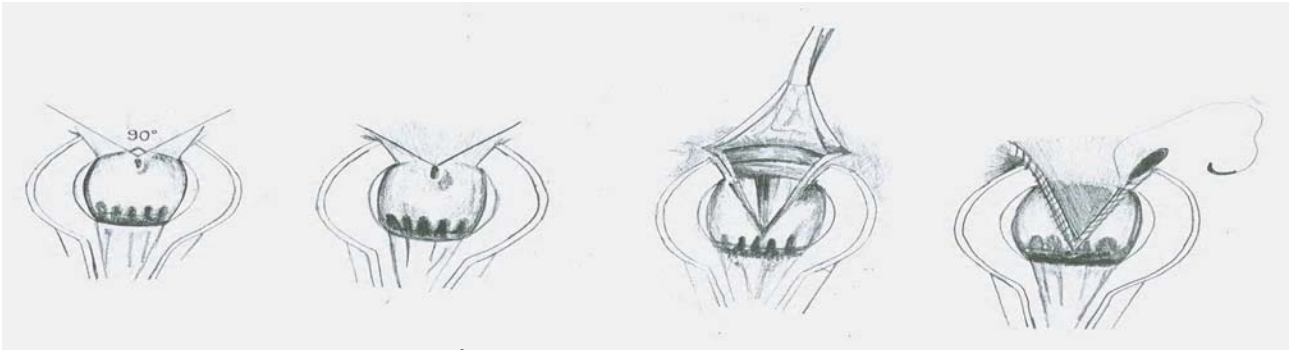
รูปที่ 2 การผ่าตัด Lateral internal sphincterotomy<sup>2</sup>

### 3. Fissurectomy

คือ การรักษาโดยการตัดแผล fissure ออก แล้วเย็บปิดแผลหรือเปิดแผลไว้เป็น secondary healing อาจจะทำด้วยวิธีเดียวหรือใช้วิธีอื่นร่วมด้วย เช่น posterior sphincterotomy, topical nitrate, BT injection มีรายงานการทำ fissurectomy ร่วมกับการฉีด BT พบว่ามีอัตราแผลหายร้อยละ 79-85 แต่มีอัตราเป็นซ้ำมาก<sup>24</sup> จึงต้องติดตามผลการรักษาเพิ่มเติมต่อไป

### 4. Advancement flaps

คือ การรักษาโดยการผ่าตัดแผล fissure ออก แล้วทำ anoderm flap ที่เรียกกันว่า V-Y flap เข้าไป ปิดแผล ดังแสดงในรูปที่ 3 แนะนำวิธีนี้ใน low pressure sphincter, high risk for incontinence มีรายงานว่าอัตราของแผลหายใกล้เคียงกับวิธี LIS

รูปที่ 3 การผ่าตัด Advancement flaps<sup>2</sup>

### สรุป

ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาแผลปริที่ขอบทวารหนักจากหลายสถาบัน เช่น American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) 2004, American Gastroenterological Association (AGA) 2003 สรุปได้ว่าการรักษา CAF ด้วยยามากขึ้นและได้ผลค่อนข้างดี แต่การผ่าตัด LIS ก็ยังเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคนี้ การรักษาด้วย GTN, calcium channel blocker การฉีด BT เป็นทางเลือกในการรักษาเพราะเป็นวิธีที่ less invasive และไม่ต้องเสี่ยงกับการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเริ่มการรักษาด้วยยาก่อน ถ้าไม่หายจึงพิจารณาผ่าตัด ผลการรักษา CAF ด้วยวิธีต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 2 สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย<sup>24</sup> การผ่าตัด LIS น่าจะถือเป็นมาตรฐานในการรักษา CAF การรักษาด้วยยาต้องพิจารณาถึงเรื่องเศรษฐกิจและความพร้อมในการบริหารยา รวมไปถึงต้องอธิบายผล การรักษาของแต่ละวิธี ข้อดีข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

ตารางที่ 2 สรุปผลการรักษา Chronic anal fissure<sup>25</sup>

วิธีการรักษา	Healing rate (%)	Recurrence (%)	Complication
1 Supportive treatment	-	-	Safe, few side effect
2 Topical Nitroglycerine	57-66	50	Headache 20-30%
3 Topical Calcium channel blocker	68-95	-	Headache up to 25%
4 Botulinum toxin injection	44-95	55	Incontinence to flatus up to 10% Hematoma Skin rash Hypotension, heartblock
5 Lateral internal sphincterotomy	97.6	1.7	Incontinence 0-30% Perianal abscess 1% Ecchymosis, hematoma

เอกสารอ้างอิง

- Bhardwaj R, Parker MC. Modern perspectives in the treatment of chronic anal fissure. *Ann R Coll Engl* 2007;89:472-8.
- Gordon PH. Fissure-in-ano. In: Gordon PH, Nivatvong S, editors. *Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus*. 3rd ed. St Louis: Quality Medical Publishing. 2007:166-89.
- Collins EE, Lund JN. A review of chronic anal fissure management. *Tech Coloproctol* 2007;11:2009-23.
- Lund JN. Nitric oxide deficiency in the internal anal sphincter of patients with chronic anal fissure. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:673-5.
- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graaf EJ. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg* 1996;83:63-5.
- Lund JN, Binch C, McGrath J, Sparrow RA, Scholefield JH. Topographical distribution of blood supply to the anal canal. *Br J Surg* 1999;86:496-8.
- Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. Reversible chemical sphincterotomy by local application of glyceryl trinitrate. *Br J Surg* 1994;81:1386-9.
- Lund JN, Scholefield JH. A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet* 1997;349: 11-4.
- Scholefield JH, Bock JU, Marta B, et al. A dose finding study with 0.1%, 0.2%, and 0.4% glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures. *Gut* 2003;52:264-9
- Zuberi BF, Rajput MR, Abro H, Shaikh SA. A randomized trial of glyceryl trinitrate ointment and nitroglycerin path in healing of anal fissures. *Int J Colorectal Dis* 2000;15:243-5.
- Emmami MH, Sayedyahosseini S, Aslani A. Safety and efficacy of new glyceryl trinitrate suppository formula: first double blind placebo-controlled clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1079-83.



12. Antropoli C, Perrotti P, Rubino M et al. Nifedipine for local use in conservative treatment of anal fissures: preliminary results of a multicenter study. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1011-5.
13. Jonas M, Speake W, Scholefield JH. Diltiazem heals glyceryl trinitrate-resistant chronic anal fissures: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1091-5.
14. Carapeti EA, Kamm MA, Phillips RK. Topical diltiazem and bethanechol decrease anal sphincter pressure and heal anal fissures without side effects. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1359-62.
15. Sajid MS, Rimple J, Cheek E, Baig MK. The efficacy of diltiazem and glyceryl trinitrate for the medical management of chronic anal fissure: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:1-6.
16. Pitt J, Craggs MM, Henry MM, Boulos PB (2000) Alpha-1 adrenoceptor blockade: potential new treatment for anal fissures. *Dis Colon Rectum* 43:800-3.
17. Gosselink MP, Darby M, Zimmerman DE, Gruss HJ, Schouten WR. Application of L-Arginine gel: a phase II study in 15 patients. *Dis Colon Rectum* 2005;48:832-7.
18. Prins HA, Gosselink MP, Mitalas LE, et al. The effect of oral administration of L-arginine on anal resting pressure and anodermal blood flow in healthy volunteers. *Tech Coloproctol* 2005;9:229-33.
19. Marcio AF, Godoy DE, Dunn S, Rattan S. Evidence for the role of angiotensin II biosynthesis in the rat internal anal sphincter tone. *Gastroenterology* 2004;127:127-38.
20. Renzi A, Izzo D, Di Sarno G et al. Clinic, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic balloon dilatation vs. lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2007;51:121-7.
21. Littlejohn DR, Newstead GL. Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1439-42.
22. Rosa G, Lolli P, Piccinelli D, et al. Calibrated lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Tech Coloproctol* 2005;9:127-32.
23. Sultan AH, Kamm MA, Nicholls RJ, Bartram CI. Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1031-3.
24. ดรินทร์ ไฉ่หิสิริวิวัฒน์. Anal fissure: future and trend management. ใน: จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, ปริญญา ทวีชัยการ, ประยุทธ์ ศิริวงษ์, วิรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, บรรณานิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 36 update in colon and rectal surgery 2008. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2551:47-58.
25. Orsay C, Rakinic J, Perry WP, et al. Practice Parameters for Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum* 2004;47:2003-7.