

7-1-2000

Perineal canal

W. Chatwiriacharoen

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Chatwiriacharoen, W. (2000) "Perineal canal," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 44: Iss. 7, Article 7.
DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.44.7.7

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol44/iss7/7>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ความผิดปกติกำเนิดของทวารหนักชนิด perineal canal

วิเชษฐ์ นัตรวิริยะเจริญ*

Chatwiriya Charoen W. Perineal canal. Chula Med J 2000 Jul; 44(7): 547 - 52

Two girls with perineal canal were admitted at Surin Hospital . They presented due to passage of stool through her vulvas since birth despite of normally formed anus. Anovestibular fistula was identified during general anesthesia and excised by fistulotomy technique . The wound healed by secondary intention . This technique was simple , no recurrence and achieved good continence.

Key words : *Perineal canal, Anovestibular fistula, Fistulotomy.*

Reprint request : Chatwiriya Charoen W, Surin Hospital, Surin province 32000 Thailand.

Received for publication. May 10, 2000.

วิเชษฐ์ จัตรวิริยะเจริญ. ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก ชนิด perineal canal Perineal Canal.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543 ก.ค; 44(7): 547 - 52

รายงานผู้ป่วยเด็ก *perineal canal* 2 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ เด็กหญิงทั้ง 2 ราย มีรูกันและขับถ่ายได้ปกติ แต่มีอุจจาระออกทางช่องคลอดด้วยตั้งแต่แรกเกิดวินิจฉัยตำแหน่งและขนาดของ *anovestibular fistula* ขณะดมยาสลบ ทำการผ่าตัดด้วยวิธี *Fistulotomy* ทำแผลจนหายสนิท โดยไม่เย็บปิด ข้อดีของเทคนิคนี้ คือ ทำผ่าตัดง่าย ไม่มีการกลับเป็นอีก ผลการผ่าตัด สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ดี

Perineal canal เป็นความพิการของทวารหนัก ในเพศหญิง โดยมีทั้ง anovestibular fistula และรูกันมี อุจจาระออกทั้ง 2 ทาง perineal canal พบได้น้อย⁽¹⁾ จัดอยู่ในกลุ่ม low H-type anorectal fistula⁽²⁾ มีเทคนิคการผ่าตัด หลายแบบ⁽³⁻⁶⁾ ได้รายงานผู้ป่วย perineal canal 2 ราย ผ่าตัด โดยวิธี fistulotomy ซึ่งทำได้ง่าย และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

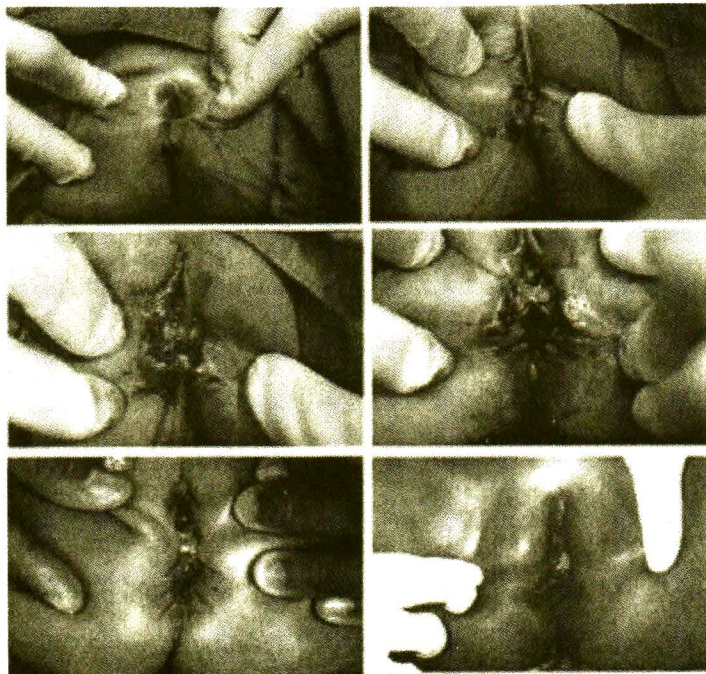
ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 เดือน บ้านอยู่อำเภอ กระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ HN 56750/39 AN 2052/40 มารดา สังเกตเห็นอุจจาระออกมาทางช่องคลอดตั้งแต่แรกเกิด ทั้งที่เด็กมีรูกันและถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

ตรวจร่างกายพบรูกันอยู่ในตำแหน่งปกติ กล้ามเนื้อหูรูดปกติ ผิวหนังบริเวณ labia majora แดงเล็กน้อย ให้การวินิจฉัยว่า anorectovaginal fistula with normal anus ได้ส่งเอกซเรย์ barium enema และ vaginogram แต่ไม่สามารถระบุตำแหน่งและขนาดของ fistula ได้ เนื่องจากผิวหนังรอบ fistula แดง จึงให้ยารับประทานและยาทาผิวหนัง นัดมาตรวจเพิ่มเติมภายหลัง

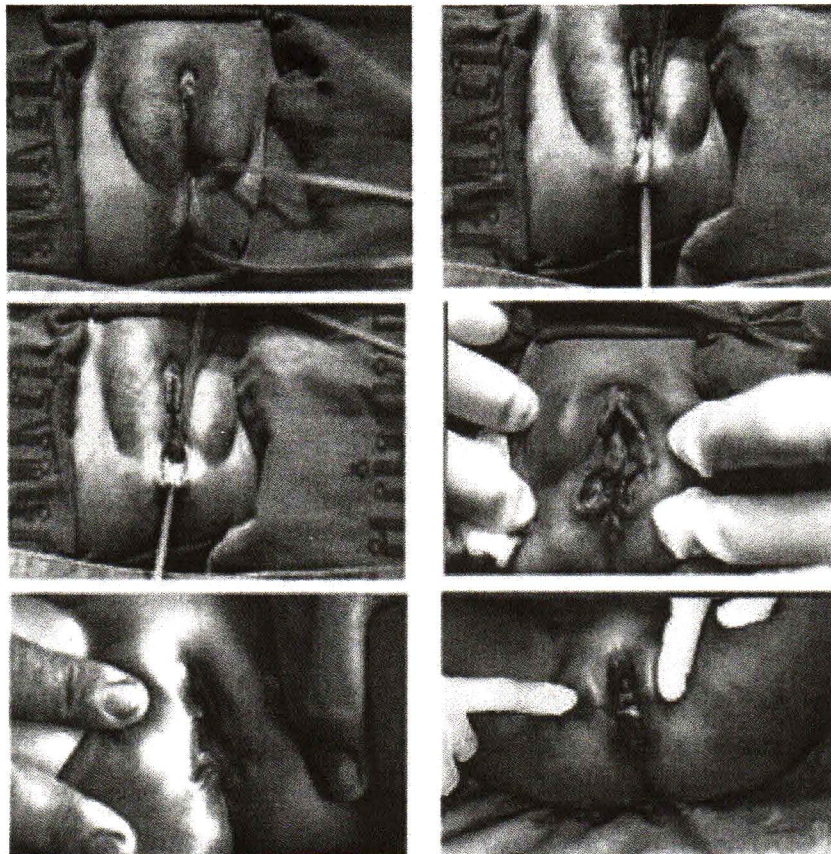
อายุ 3 เดือน ทำการตรวจผู้ป่วยขณะดมยาสลบ

โดยสวนกันให้สะอาด ใช้สาย nasogastric tube (NG) เบอร์ 5 ซึ่งมีความอ่อนนุ่มช่วยในการหาตำแหน่งของ fistula โดยสอดผ่านทางผนังภายในรูกันด้านหน้า (anterior anorectal wall) ทะลุผนังด้านหลังของช่องคลอด (posterior vaginal wall) มาออกบริเวณ vestibule (รูปที่ 1 A) พบ fistula อยู่สูงจากรูกัน 5 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร ให้การวินิจฉัยว่า perineal canal หรือ low H-type anorectal malformation

ทำการผ่าตัดด้วยวิธี fistulotomy (รูปที่ 1B, 1C) โดยผ่าตัดเปิด fistulous tract ทางด้านหน้าออกทั้งหมด ตั้งแต่รูกันด้านหน้า ทะลุ vestibule ทางด้านหลัง (รูปที่ 1D) ทำแผลให้แผลหายเองโดยไม่เย็บปิด หลังผ่าตัดให้ทานนมได้ แนะนำมารดาทำแผลวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระด้วยสำลีชุบน้ำเกลือล้างแผลให้ลึกถึงก้นแผล แผลค่อย ๆ ตื้นขึ้นมาเป็น granulation tissue (รูปที่ 1E) ระยะ 2 สัปดาห์แรกจะถ่ายอุจจาระบ่อย ผิวหนังรอบแผลจะแดงเป็นผื่น (skin excoriation) ได้ใช้ prednisolone cream ทาบาง ๆ ประมาณ 2 เดือน แผลหายสนิท โดย second intention healing (รูปที่ 1F) การขับถ่ายอุจจาระ วันละ 2-3 ครั้ง ควบคุมการขับถ่ายได้ดี ไม่มี soiling



รูปที่ 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 สาย NG tube สอดผ่าน anovestibular fistula (A), ผ่าตัดด้วยวิธี
Fistulotomy (B, C, D) แผลค่อย ๆ ตื้นขึ้นจนหายสนิท (E, F)



รูปที่ 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 Perineal canal (A), ผ่าตัดวิธี Fistulotomy (B,C,D) ทำแผลทุกวันจนแผลหาย (E,F)

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

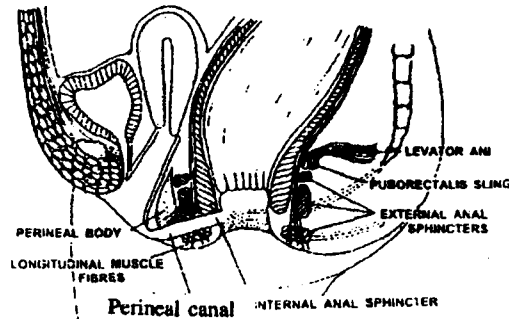
ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 1 เดือน บ้านอยู่อำเภอ ลำดวน จังหวัดสุรินทร์ HN 11846/20 AN 5227/40 มี อุจจาระออกทางช่องคลอดตั้งแต่แรกเกิด โดยที่มีรูกันและ ถ่ายอุจจาระได้ปกติ ได้เอ็กซเรย์ barium enema แต่ไม่สามารถระบุตำแหน่งของ fistula ได้

ตรวจร่างกายผู้ป่วยขณะดมยาสลบ ใช้สาย NG tube เบอร์ 5 สอดผ่านทางรูกันทะลุออกมาทาง vestibule (รูปที่ 2A) พบ fistula อยู่สูงจากรูกัน 6 มิลลิเมตร เส้นผ่า ศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร วินิจฉัยว่า perineal canal ทำการ ผ่าตัด วิธี fistulotomy (รูปที่ 2B, 2C, 2D) ทำแผลจนหาย โดยไม่เย็บปิด (รูปที่ 2 E) นัดมาตรวจทุก 2 สัปดาห์ จนแผล หายสนิท ประมาณ 2 เดือน (รูปที่ 2 F) การถ่ายอุจจาระ วันละ 1-2 ครั้ง กลั้นอุจจาระได้ปกติ

วิจารณ์

ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนักที่พบมีรูทวาร ในตำแหน่งปกติ แต่มีรูเปิด (fistula) ต่อกับ genital tract เป็นความผิดปกติที่พบบ่อย มีชื่อเรียกหลายชื่อ อาทิ H - type anorectal fistula⁽²⁾, Double termination of alimentary tract⁽³⁻⁴⁾, Perineal canal⁽⁵⁻⁶⁾, H-type anorectal malformation^(7,8)

Kulshrestha และคณะ⁽²⁾ ได้แบ่งความผิดปกตินี้ เป็น 3 ระดับ ตามตำแหน่งของ fistula ได้แก่ ระดับสูง กลาง ต่ำ โดยระดับต่ำพบได้บ่อยที่สุด และมักพบในเพศหญิง⁽⁸⁾ มีชื่อเรียกว่า Perineal canal หรือ เรียกตามตำแหน่งรูเปิด ว่า anovestibular fistula with normal anus พบความผิดปกตินี้ได้บ่อยกว่าในชาวเอเชีย⁽⁹⁾ อาการแสดงคือมีอุจจาระ ออกทั้งทางทวารหนัก และทางช่องคลอด



รูปที่ 3. ตำแหน่งของ perineal canal อยู่ต่ำกว่ากล้ามเนื้อ Puborectalis sling.

จากรายงานผู้ป่วยที่มีความพิการแต่กำเนิดของทวารหนักในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 35 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง 2537 ไม่พบความผิดปกติชนิด perineal canal⁽¹¹⁾ เมื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมถึงปี พ.ศ. 2540 พบผู้ป่วยเด็กหญิง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของผู้ป่วยเพศหญิงที่มีความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก (2 ราย จาก 21 ราย) ใกล้เคียงกับรายงานของ Chatterjee และคณะ⁽³⁾ (ร้อยละ 8.6) Wakhlu และคณะ⁽¹⁰⁾ (ร้อยละ 7.3) ส่วน kulshrestha⁽²⁾ พบร้อยละ 4.4

มีรายงานการใช้ Barium enema และ vaginogram เพื่อช่วยในการระบุตำแหน่ง และขนาดของ fistula^(4,7) แต่จากรายงานนี้ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้

การผ่าตัดในผู้ป่วย perineal canal สามารถทำได้หลายวิธี เช่น Anterior sagittal anorectovaginoplasty หรือ Fistulotomy ซึ่งอาจทำร่วมกับ colostomy ในรายงานนี้เลือกใช้วิธี Fistulotomy โดยไม่ทำ colostomy เช่นเดียวกับ Chatterjee⁽³⁾, Ismail⁽¹³⁾, ศักดิ์ชัยและวินัยศักดิ์⁽¹²⁾ ซึ่งมีข้อดีคือ ทำผ่าตัดได้ง่าย ตัดเฉพาะกล้ามเนื้อ internal และ external sphincter (ภาพที่ 3) ไม่ต้องตัดกล้ามเนื้อ puborectalis^(3,7) จึงไม่มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย แต่มีข้อด้อยคือ ใช้เวลานานในการทำแผลจนหายสนิท และใช้ได้กับความผิดปกติระดับต่ำเท่านั้น

ในกลุ่มที่ทำ colostomy ร่วมด้วย เชื่อว่าช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น แต่ต้องทำผ่าตัดอย่างน้อย 2 ครั้ง^(5,6) และมีความยุ่งยากในการดูแล colostomy ส่วนการผ่าตัดด้วยวิธี Anterior sagittal anorectovaginoplasty มีวิธีการที่ซับซ้อนกว่าการทำ Fistulotomy แต่สามารถได้ anatomic exposure ที่ดี และใช้ได้กับความผิดปกติทุกระดับ จึงอาจเป็นวิธีที่เหมาะสม

สรุป

การผ่าตัดผู้ป่วย perineal canal โดยวิธี fistulotomy ทำแผลทุกวัน แผลค่อย ๆ ตื้นจนหาย โดยไม่เย็บปิด เป็นวิธีที่ง่าย เหมาะสม และได้ผลดี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ไม่มีกุมารศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไปสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงาน และขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำในการเขียนบทความ

อ้างอิง

1. Stephens FD. Wingspread anomalies, rarities, and super rarities of the anorectum and cloaca. In : Stephens FD, Smith ED, eds. Anorectal Malformations in Children : Update 1988. New York : Alan R . Liss, 198: 581 - 5
2. Kulshrestha S, Kulshrestha M, Prakash G, Gangopadhyay AN, Sarkar B. Management of congenital and acquired H-type anorectal fistulae in girls by anterior sagittal anorectovaginoplasty. J Pediatr Surg 1998 Aug; 33(8): 1224 - 8
3. Chatterjee SK. Double termination of the alimentary tract-a second look. J Pediatr Surg 1980 Oct; 15(5): 623 - 7
4. Tsuchida Y, Saito S, Honna T, Makino S, Kaneko M, Hazama H. Double termination of the alimentary tract in females : a report of 12 cases and a literature review. J Pediatr Surg 1984 Jun; 19: 292 - 6
5. Rao KL, Choudhury SR, Samujh R, Narasimhan KL. Perineal canal - repair by a new surgical technique. Pediatr Surg Int 1993; 8: 449 - 50
6. Mirza I, Zia-ul-Miraj M. Management of perineal canal anomaly. Pediatr Surg Int 1997; 12(8): 611 - 2
7. White JJ, Haller JA Jr, Scott JR, Dorst JP, Kramer SS. N-type anorectal malformations. J Pediatr Surg 1978 Dec; 13(6 D): 631 - 7
8. Rintala RJ, Midh L, Lindahl H. H - type anorectal malformations : incidence and clinical characteristics. J Pediatr Surg 1996 Apr; 31(4): 559-62
9. Brem H, Guttman FM, Laberge JM, Doody D. Congenital anal fistula with normal anus. J Pediatr Surg 1989 Feb; 24(2): 183 - 5
10. Wakhlu A, Pandey A, Prasad A, Kureel SN, Tandon RK, Wakhlu AK. Perineal canal. Pediatr Surg Int 1997 Apr; 12(4): 283 - 5
11. วิเชษฐ์ จัตรวิริยะเจริญ. ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นวัตกรรม 2537 พ.ศ.-ส.ค.; 9 (2): 135 - 46
12. Sakchai Poneprasert, Vinaisak Kattipattanapong. Anovestibular and anovulvar fistula without anorectal malformation in infant. J Med Asso Thai 1978 Jul; 61(7): 374 - 80
13. Ismail A. Perineal canal : a simple method of repair. Pediatr Surg Int 1994; 9: 603 - 4