

Management of OASIS

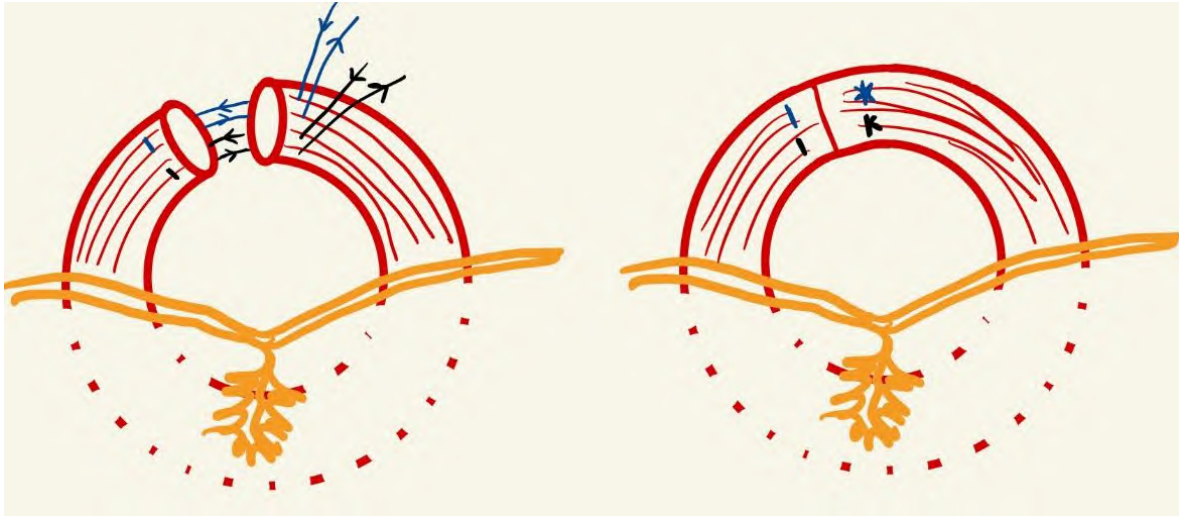
Asst.Prof.Keerati Chiengthong, M.D.,Ph.D.

Obstetrics and Gynecology Department,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

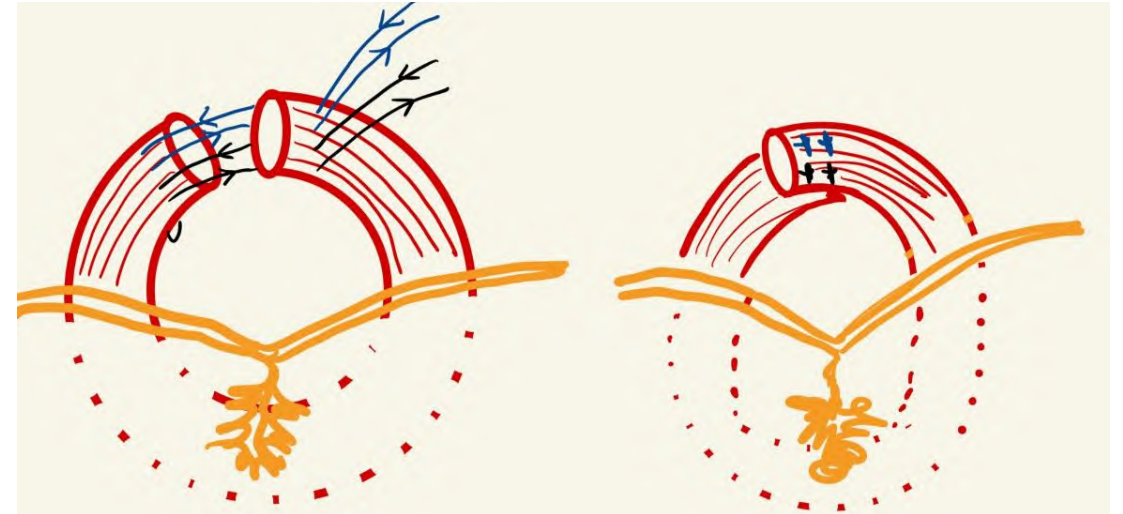
Repair of OASIS

- Trainee under supervision
- An operating theatre
- Under regional or general anesthesia
- Good lighting
- Appropriate instruments
- Explain to the patient

Technique of repair



End to end anastomosis



Overlapping technique

Anorectal Mucosa

- 4-0 or 3-0 polyglactin or catgut
- The knots tied in the anal lumen or external to the anal canal
- The continuous or interrupted technique
- **Figure-of-eight sutures should not be used** as they can cause ischemia and poor healing of the anorectal mucosa

Internal anal sphincter

- Separate repair of IAS from EAS
- 3-0 polydioxanone (PDS) or 2-0 polyglactin
- Interrupted or mattress sutures
- **End to end anastomosis**

Internal anal sphincter

- 3-0 polydioxanone (PDS) or 2-0 polyglactin

External anal sphincter

**Partial Thickness tears
(all 3a and some 3b)**



End to end anastomosis

Full thickness tear



**Overlapping technique
End to end anastomosis**

External anal sphincter

No significant differences in quality of life or in anal incontinence symptoms at 12 months

- Perineal pain
- Dyspareunia
- Flatal incontinence

Full thickness tear



Overlapping technique
End to end anastomosis

Outcomes from primary OASIS repair

Reference	Repair technique/injury	Follow-up Interval(s)	Outcome measure(s)	Prevalence mean (range)
Sultan and Thakar 20093 (35 studies)	End-to-end repair	1–30 months	Anal incontinence (flatal and/or fecal incontinence)	39% (15 to 61%) (35 studies)
			Liquid or solid fecal incontinence	14% (2 to 29%) (25 studies)
			Fecal urgency	6% to 28%
			Anal incontinence with coitus (flatal and/or fecal incontinence)	17%
Tjandra et al. 2008	End-to-end, n = 114	18.8 months	Fecal incontinence	20.7%
Samarasekera et al. 2008	Unspecified, n = 53	≥ 10 years	Flatal incontinence	51%
			Incontinence to liquid	32%
			Incontinence to solid	26%

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การดูแลสตรีหลังคลอดที่มีการฉีกขาดของหูดทวารหนัก

RTCOG Clinical Practice Guideline

Obstetric Anal Sphincter Injury Surgery (OASIS)



เอกสารหมายเลข GYN 67-032

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการนรีเวชระบบทางเดินปัสสาวะและเวชศาสตร์ซ่อมเสริม
พ.ศ. 2565-2567

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567

วันที่อนุมัติต้นฉบับ 21 มิถุนายน 2567

การวินิจฉัยการนึกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

- การตรวจทางทวารหนักถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้การเย็บซ่อมแซมจุดที่นึกขาดได้ครบถ้วน
- ถ้าไม่ตรวจทางทวารหนัก อาจไม่ทราบว่ามีการนึกขาดของเยื่อหูรูดทวารหนักได้

การเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

- แนะนำให้ดำเนินการตามระดับขีดความสามารถและความพร้อมของบุคลากร ดังนี้
 - ผู้ที่ทำการเย็บซ่อมช่องทางคลอดและหูรูดทวารหนักที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไปควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อนุสาขาเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมซ่อมเสริมหรือสูตินรีแพทย์ที่มีประสบการณ์ หรือเคยได้รับการฝึกอบรมการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักมาแล้ว
 - สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือสูตินรีแพทย์ ที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักมาก่อน แนะนำให้ส่งต่อ
 - โดยอาจปิดผ้าก๊อชที่แผลไว้ก่อน เพื่อรอการเย็บซ่อมแซมหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมในการเย็บซ่อมแซมหลังจากกลั่นเนื้อหูรูดทวารหนักฉีกขาดได้นาน 8-12 ชั่วโมง มีรายงานพบว่า ผลลัพธ์ของการเย็บหูรูดทวารหนักที่มีการรอในช่วง 8-12 ชั่วโมง หลังจากการฉีกขาดไม่มีความแตกต่างของการเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ (anal incontinence) และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่ออวัยวะเชิงกรานเมื่อเทียบกับการเย็บทันที
- กรณีที่มีการฉีกขาดอย่างมาก ควรทำการเย็บซ่อมแซมหูรูดทวารหนักในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นห้องปราศจากเชื้อ มีอุปกรณ์สำหรับทำผ่าตัดเพียงพอและเหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอ
- กรณีที่ระงับปวดจากการใช้ยาชาเฉพาะที่ เช่น local infiltration หรือ pudendal nerve block ไม่เพียงพอ ควรทำภายใต้การระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล

การเลือกใช้ suture material

- ควรเลือกใช้ไหมชนิด absorbable หรือ delayed absorbable
- โดยสามารถเลือกใช้ชนิด monofilament หรือ multifilament ก็ได้ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการใช้ polyglactin (Vicryl) และ polydioxanone (PDS) ในการเย็บแผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ 6 สัปดาห์
- การเย็บซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ควรมีการแยกชั้นของเนื้อเยื่อและเย็บแยกกันเป็นชั้น ๆ
- ไม่เย็บรวบทุกอย่างไว้ในการเย็บครั้งเดียว

การเย็บซ่อมแซมเยื่อบุทวารหนัก (Anorectal mucosa)

- interrupted โดยใช้ 3-0 Vicryl suture ผูกปม ไหมให้อยู่ในรูทวารหนักหรือไม่อยู่ในรูทวารหนักก็ได้
- หรืออาจเย็บแบบ continuous suture ด้วย 3-0 PDS suture

การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นในและชั้นนอก (Internal and external anal sphincter)

- การเย็บซ่อมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน (internal sphincter)
 - การเย็บแบบ interrupted sutures และใช้เทคนิค end-to-end
- การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอก (external anal sphincter)
 - สามารถทำได้ 2 แบบคือ end-to-end repair และ overlapping repair

การดูแลหลังจากการเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก ตามหลังการคลอดบุตร

- ควรมีการตรวจทางทวารหนักอีกครั้งหลังจากที่เย็บซ่อมแซมแล้ว เพื่อตรวจสอบความเรียบร้อยในการเย็บ
- ไม่ควรพบไหมในรูทวารหนัก ในกรณีที่เย็บแบบไม่ให้ไหมอยู่ในทวารหนัก ในกรณีที่ฉีกขาดชนิด fourth degree tear เพื่อป้องกันการเกิด recto-vaginal fistula

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Prophylactic Antibiotics)

- การศึกษาที่เป็นการศึกษาแบบสุ่ม พบว่า การให้ยา second generation cephalosporin (cefotetan หรือ cefoxitin) ขนาด 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว
- หรือในกรณีที่แพ้ยา penicillin ให้ยา clindamycin ขนาด 900 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว สามารถลดการเกิดการติดเชื้อที่ฝีเย็บในช่วง 2 สัปดาห์หลังเย็บซ่อมแซมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก
- ยังไม่มีการศึกษาถึงประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องตามหลังการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก

การใช้ยาระบาย (Postoperative bowel regimen)

- กลุ่มของยาระบายที่ควรใช้คือ osmotic laxatives เช่น lactulose ระยะเวลาอย่างน้อย 3-10 วันหลังผ่าตัดซ่อมแซมฝีเย็บเพราะช่วยทำให้การถ่ายอุจจาระได้สะดวก
- ไม่ควรใช้ยาระบายกลุ่ม stimulant laxatives เช่น senna (senokot®) และ bulk-forming laxatives เช่น ispaghula husk (Fybogel®) เพราะอาจทำให้แผลที่เย็บเกิดการปริแตกได้เมื่อถ่ายอุจจาระ เนื่องจากอุจจาระแข็งและขนาดใหญ่ ในบางครั้งอาจทำให้ท้องผูกได้

การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (Postoperative analgesia)

- Non steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ acetaminophen เป็นยาแก้ปวดที่ควรใช้เพื่อลดอาการปวดจากแผลผ่าตัด
- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ NSAIDs หน้บทางทวารหนัก ในกรณีที่มีการฉีกขาดเข้าไปในเยื่อทวารหนัก เพราะอาจส่งผลต่อการหายของบาดแผลที่ซ้าลงได้
- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ opioids แก้ปวด เพราะอาจทำให้ท้องผูก แต่ถ้าจำเป็นที่จะต้องใช้ opioids ควรใช้ร่วมกับยาระบาย stool softener เช่น ยา docusate sodium (dioctyl®)

การใส่สายสวนปัสสาวะ

- โดยพบภาวะปัสสาวะไม่ออกสูงถึงร้อยละ 33 ในรายที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักหลังการคลอด
- ควรใส่สายสวนปัสสาวะทุกรายอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และตรวจปัสสาวะคงค้างหลังถอดสายสวนว่าเกิน 150 มิลลิลิตรหรือไม่ ถ้าพบว่ามีปัสสาวะคงค้างเกิน 150 มิลลิลิตร ให้พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะต่อเนื่องไว้ 5-7 วัน ขึ้นกับความรุนแรงของแผลบริเวณฝีเย็บ โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปัสสาวะได้ปกติภายในเวลา 5-7 วัน

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

- ควรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถึงระดับความรุนแรงของการฉีกขาด การเย็บซ่อมแซม ใหมที่ใช้เย็บและยาปฏิชีวนะที่ใช้
- ควรแจ้งสตรีหลังคลอดถึงการบาดเจ็บของหูดกล้ามเนื้อทวารหนักและการบาดเจ็บถึงชั้นเยื่อบุทวารหนักด้วย เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การดูแลหลังคลอดและวางแผนในการคลอดในครรภ์ถัดไป

The background is a complex, abstract pattern composed of numerous overlapping triangles of various sizes. The colors are soft and pastel, including shades of yellow, orange, pink, light blue, and light green. The triangles are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some triangles appearing more prominent than others. The overall effect is a vibrant yet soothing geometric design.

Thank you