

รายงานผู้ป่วยที่เกิดภาวะ TURP syndrome จากการทำผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบส่องกล้อง ผ่านทางท่อปัสสาวะ

ศิริประภา สิงห์ปรีชา พ.บ., ว.ว.วิสัญญีวิทยา*

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 74 ปี ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะลำบาก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตแบบธรรมดา ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ และให้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีการดมยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระสับกระส่ายและเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังจากเริ่มผ่าตัดได้ 30 นาที ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับได้รับยากระตุ้นหัวใจตลอดจนได้รับการรักษาแบบภาวะ TURP (transurethral resection of the prostate) syndrome ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแบบประคับประคองทางด้านระบบการหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังเสร็จผ่าตัดประมาณ 36 ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายนี้ และสลับแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 10 หลังการผ่าตัด

Abstract

TURP Syndrome: A Case Report

Siriprapa Singhapreecha MD

Department of Anesthesiology, BMA Medical College and Vajira Hospital

A 74-year-old man came to the hospital because of urinary retention. The diagnosis was benign prostatic hypertrophy and transurethral resection of the prostate (TURP) was done under spinal anesthesia. After 30 minutes of surgery, he became restless and agitated. The ECG showed bradycardia and suddenly turned to asystole. Cardiopulmonary resuscitation was begun immediately by anesthesia team. TURP syndrome was suspected and the line of management was performed as appropriate. He was admitted to intensive care unit and the cardiopulmonary system was supported by positive pressure ventilation and inotropes. He was able to be discharged home ten days later without complication.

Key words: TURP syndrome, spinal anesthesia, cardiopulmonary resuscitation

* ภาควิชาวิสัญญีวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโตแบบธรรมดา (benign prostatic hypertrophy) เป็นเนื้องอกชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป การโตของต่อมลูกหมากเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์ต่อมลูกหมากบริเวณรอบท่อปัสสาวะ ร่วมกับการถูกยับยั้งการทำลายของเซลล์ ทำให้น้ำของต่อมลูกหมากโตขึ้น ขัดขวางการขับปัสสาวะ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้จะเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง นีวในกระเพาะปัสสาวะ การไปของของท่อไตและไตวายได้¹

การผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะยังคงเป็นผ่าตัดที่นิยมปฏิบัติกันมากกว่าวิธีอื่น² เนื่องจากสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากโรคได้ดี แต่การผ่าตัดดังกล่าวเป็นการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ซึ่งภาวะ TURP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนประการหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการทำผ่าตัดชนิดนี้ และมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย รายงานผู้ป่วยฉบับนี้แสดงถึงภาวะ TURP syndrome ที่มีความรุนแรงถึงขนาดทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีขนาดต่อมลูกหมากไม่โตมากนัก รวมทั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดยังไม่ถึง 1 ชั่วโมง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 74 ปี มีอาการปัสสาวะลำบาก และต้องเบ่งเวลาถ่ายปัสสาวะมาประมาณ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกจึงมาพบแพทย์ แพทย์สันนิษฐานว่าอาจเป็นโรคต่อมลูกหมากโตแบบธรรมดา ได้ใส่สายสวนปัสสาวะให้และรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยแข็งแรงดี และไม่เคยมีประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยปฏิเสธการได้รับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกมาก่อน

การตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจทางทวารหนักพบต่อมลูกหมากขนาดใหญ่ ผิวเรียบ แข็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2.5 ซม.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: hemoglobin 13.3 mg%, hematocrit 39.4%, white blood cell count 7,300 cell/cum, platelet count 286,000 THSD/cumm

UA: color - yellow, appearance - turbid, specific gravity 1.020, red blood cell ≥ 200 /HPF, white blood cell ≥ 200 /HPF, glucose and ketone - negative

Blood chemistry: creatinine 1.6 mg/dl, BUN 26 mg/dl, FBS 112 mg%, PSA 3.5 ng/DL

Electrolyte: sodium 142 mmol/L, potassium 4.1 mmol/L, chloride 109 mmol/L, carbon dioxide 25 mmol/L

CXR: normal both lungs, mild cardiomegaly

ECG: normal sinus rhythm, nonspecific anterior ST elevation

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hypertrophy) ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะ (transurethral resection of the prostate) และระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

แรกกับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัดวัดความดันโลหิตได้ 160/90 มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% วิสัญญีแพทย์ให้สารน้ำ balanced salt solution ได้ประมาณ 300 มล. แล้วจึงเริ่มฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังด้วย 0.5% heavy Bupivacaine 3.0 มล. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดระดับการชาได้ที่กระดูกสันหลังท่อนที่ 10 วัดสัญญาณชีพทุก 2.5 นาทีโดยมีความดันโลหิตเฉลี่ย 110/75 มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะปกติ ผู้ป่วยได้รับ ephedrine 6 มก. เข้าทางหลอดเลือดดำ 1 ครั้งเมื่อความดันโลหิต systolic ได้ 90 มม.ปรอท เริ่มทำการผ่าตัดโดยแขวนน้ำหนักถ่วงล่างสูง 60 ซม. เหนือเตียงผ่าตัด

หลังทำผ่าตัดได้ 30 นาที วิสัญญีแพทย์สังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อยอัตราการเต้นของหัวใจเหลือเพียง 55 ครั้งต่อนาที และไม่สามารถวัดความดันโลหิตได้เนื่องจากผู้ป่วยขยับแขนอยู่

ตลอดเวลา คำศัพท์ที่ถือได้เบาและมีจังหวะไม่สม่ำเสมอที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจอีกครั้งพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจช้าลงมากและคลื่นไฟฟ้าหัวใจกลายเป็นเส้นตรงในเวลาอันรวดเร็ว วิสัญญีแพทย์ได้รายงานสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ศัลยแพทย์

ศัลยแพทย์หยุดผ่าตัดทันทีและวิสัญญีแพทย์เริ่มต้นช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยหายใจด้วยออกซิเจน

100 % ทำการนวดกระตุ้นหัวใจร่วมกับการให้ adrenaline 1 มก. ทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับมาเป็นลักษณะเป็น ventricular fibrillation ได้ทำ defibrillation ด้วยกระแสไฟฟ้า 200 จูล และ 360 จูล เป็นผลสำเร็จ คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับมาเป็น sinus rhythm มีอัตราการเต้น 120 ครั้งต่อนาที วัดความดันโลหิตอีกครั้งได้ 66/32 มม.ปรอท ระดับความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 60% หลังจากนั้นวิสัญญีแพทย์ได้ให้ adrenaline หยดต่อเนื่องเข้าหลอดเลือดดำเพื่อรักษาความดันโลหิต systolic ให้มากกว่า 100 มม.ปรอท และได้แทงสายสวนหัวใจผ่านทาง internal jugular vein ด้านขวา วัดระดับน้ำในหัวใจห้องขวาบนได้ 18 ซม. น้ำ หลังจากที่สามารถรักษา ระดับความดันโลหิต systolic ได้มากกว่า 100 มม.ปรอท นานประมาณ 10 นาที วิสัญญีแพทย์สังเกตพบว่ามีน้ำไหลออกมาจากท่อช่วยหายใจ ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง crepitation จึงให้ lasix 40 มก. เข้าทางหลอดเลือดดำ ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันภาวะ TURP syndrome ที่เกิดขึ้นและประเมินสภาพผู้ป่วย ได้ผลดังนี้

Hematocrit 22.4 %, white blood cell count 19,300 cell/cum, platelet count 116,000 HSD/cumm

Creatinine 1.4 mg/dl, BUN 15 mg/dl, electrolyte: sodium 122 mmol/L, potassium 3.1 mmol/L

PT 18.4 วินาที, PTT 200 วินาที, INR 1.8, arterial blood gas: pH 7.32, PaO₂ 60 mmHg, PaCO₂ 39.8 mmHg, HCO₃ 21 mmol/L, chest x-ray: cardiomegaly and pulmonary congestion both lungs.

ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อแก้ไขภาวะช็อคและภาวะเลือดแข็งตัวช้า ได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกโดยพยายามรักษาระดับความดันออกซิเจนในเลือดแดงและสมดุลกรดด่างให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อศัลยแพทย์ได้ทำการห้ามเลือดได้แล้วจึงส่งต่อผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อให้การรักษาระดับการขับปัสสาวะ 12 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถปรับลดยากระตุ้นหัวใจและระดับการช่วยเหลือของเครื่องช่วยหายใจลงได้เรื่อยๆ และถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 36 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อจนครบ 4 วันจึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญ ศัลยแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 10 หลังการ

ผ่าตัดโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วิจารณ์

การรักษาภาวะต่อมลูกหมากโตแบบธรรมดา (benign prostatic hypertrophy) สามารถทำได้ทั้งการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด สำหรับการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (transurethral resection of the prostate) นั้นถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ อย่างไรก็ดีพบว่าการทำผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีอัตราการตายได้ 0.2-6%³ ซึ่งมีสาเหตุร่วมกันระหว่างเทคนิคการทำผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ตลอดจนสภาพของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด

TURP syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการที่น้ำกลั่น ซึ่งเป็นสารละลายที่นิยมใช้สวนล้างระหว่างการทำผ่าตัด ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดเป็นจำนวนมาก (พบว่าอาจมีสารน้ำเข้าสู่กระแสเลือดได้ถึง 30-50 มล./นาที) ผ่านทาง venous plexus ที่อยู่ล้อมรอบต่อมลูกหมากทำให้เกิดภาวะ hyponatremia และ volume overload ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย หอบ เหนื่อย สิ้นเนื่องจากภาวะปอดบวม น้ำ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยอาจพบความดันโลหิตสูงร่วมกับหัวใจเต้นช้า แต่ถ้าสารน้ำที่ไหลเข้าสู่กระแสเลือดมีปริมาณมาก และ/หรือความสามารถในการเต้นของหัวใจห้องล่างซ้ายบกพร่องก็จะพบความดันโลหิตต่ำเนื่องจากหัวใจล้มเหลวไปจนถึงภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ปริมาณการดูดซึมสารน้ำจะมากขึ้นกับสาเหตุสำคัญดังนี้⁴

1. ระยะเวลาในการทำผ่าตัด ซึ่งไม่ควรนานเกิน 60 นาที
2. Hydrostatic pressure ของสารละลายที่ใช้ ซึ่งไม่ควรเกิน 60 ซม.น้ำ
3. ขนาดของต่อมลูกหมาก ที่มีขนาดเกิน 30 กรัม
4. ขนาดและจำนวนของหลอดเลือดดำที่ฉีกขาด
5. ปริมาณน้ำกลั่นที่ใช้สวนล้าง
6. เทคนิคการทำผ่าตัด

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ถึงแม้ว่าไม่เคยมีประวัติโรคประจำตัวมาก่อน แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าระบบต่างๆในร่างกายมีความสมบูรณ์พร้อม เมื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะด้วยการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง พบว่าระบบหัวใจและหลอดเลือดต้องทำงาน

หนักมากขึ้นเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตที่ลดต่ำลงจากการที่หลอดเลือดขยายตัวหลังการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังให้คงที่ และต้องทำงานหนักขึ้นเนื่องจากมีปริมาณน้ำเพิ่มขึ้นในระบบหัวใจและหลอดเลือดจากการสวนล้าง ด้วยสาเหตุข้างต้นทำให้ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจนถึงกับหยุดเต้นขึ้น จะเห็นว่าภาวะ TURP syndrome นี้เกิดขึ้นได้แม้ว่า hydrostatic pressure ของสารน้ำที่ใช้ไม่เกิน 60 ซม. น้ำ และเวลาในการทำผ่าตัดก่อนเกิดเหตุการณ์เพียงแค่ 30 นาทีเท่านั้น

วิสัญญีแพทย์จำเป็นต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเริ่มตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเพียงเล็กน้อย ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขณะทำการผ่าตัด หรืออาจมีอาการรุนแรงจนถึงภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ นอกจากนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยต้องกระทำด้วยความรวดเร็ว เริ่มต้นด้วยการรายงานสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ศัลยแพทย์เพื่อหยุดการผ่าตัด ประเมินระบบการหายใจ ประเมินการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยเหลือตามขั้นตอนของการช่วยฟื้นคืนชีพ และให้ยาขับปัสสาวะเพื่อขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย นอกจากนั้นยังต้องหาสาเหตุรองที่เกิดร่วม เช่น ภาวะช็อคจากการเสียเลือดร่วมกับภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการที่สารน้ำที่ใช้สวนล้างมีอุณหภูมิต่ำกว่าร่างกาย⁶ ภาวะเลือดแข็งตัวยากจากภาวะเลือดเจือจางร่วมกับภาวะอุณหภูมิต่ำ เป็นต้น วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์จำเป็นต้องใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อแก้ไขสภาพผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด รอเวลาให้สารน้ำถูกขับออกจากร่างกาย และรอให้อวัยวะสำคัญโดยเฉพาะระบบหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดกลับมาทำงานเป็นปกติ

การรับรู้ความรู้สึกแบบเฉพาะที่เป็นารรับรู้ความรู้สึกที่นิยมในการทำผ่าตัดชนิดนี้ สามารถกระทำได้ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไปและแบบเฉพาะที่⁷ แต่การรับรู้ความรู้สึกแบบเฉพาะที่อาจทำให้วิสัญญีแพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็วกว่า อย่างไรก็ตามการทำผ่าตัดอย่างระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ตลอดจนการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญในการให้รักษาดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ด้วยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ ส่วนการรับรู้ความรู้สึกนั้นสามารถกระทำได้ทั้งการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไปและแบบเฉพาะที่ ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดและการพิจารณาของวิสัญญีแพทย์แต่ละท่าน

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย TURP syndrome 1 ราย อายุ 74 ปี ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะและรับรู้ความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากน้ำกลั่นที่ใช้สวนล้างไหลเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพและได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกและยากระตุ้นหัวใจเป็นเวลาประมาณ 36 ชั่วโมง และกลับบ้านได้ในวันที่ 10 หลังการผ่าตัด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ได้ร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้จนเป็นผลสำเร็จ และขอบคุณหัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอได้

เอกสารอ้างอิง

1. Mebust WK, Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED. Transurethral Surgery. Campbell's Urology, 6th ed. Philadelphia PN: WB Saunders Co, 1992. p. 2912-3.
2. Yang Q, Peters TJ, Donovan JL, Wilt TJ, Abrams P. Transurethral incision compared with transurethral resection of the prostate for bladder outlet obstruction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Urol 2001; 165: 1526-32.
3. Malhotra V. Anesthesia for renal and genito-urologic surgery. In: Morgan GE Jr, Mikhail MS. Clinical

-
- Anesthesiology, 2nd ed. Los Angeles: Mc Graw-Hill; 1996. p. 601-4.
4. Watkins-Pitchford J, Nearman H, Resnick M. Prevention of the hypervolemic, hyponatremia syndrome by continuous monitoring. J Urol 1991; 144: 389-92.
 5. Gravenstein D. Transurethral resection of the prostate (TURP) syndrome: a review of the pathophysiology and management. Anesth Analg 1997; 84: 438-46.
 6. Jaffe JS, McCullough TC, Harkaway RC, Ginsberg PC: Effects of irrigation fluid temperature on core body temperature during transurethral resection of the prostate. Urology 2001; 57: 1078-81.
 7. Dobon PM, Caldicott LD, Gerrish SP. Changes in hemodynamic variables during transurethral resection of the prostate: comparison of general and spinal anaesthesia. Br J Anaesth 1994; 72: 267-70.