

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสบการณ์การผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ 110 ราย ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

110 Patients with Transurethral Prostatectomy in Choaphrayayomraj Hospital

พีรพัฒน์ ชีวะอิสระกุล พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Peerapat Cheewaisrakul M.D.

Division of Surgery

Choaphrayayomraj Hospital Suphanburi Province

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่กรกฎาคม 2549 - มิถุนายน 2552 จำนวน 110 คน โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อบ่งชี้การผ่าตัด อาการทางระบบปัสสาวะส่วนล่างก่อนและหลังผ่าตัด ผลแทรกซ้อนระหว่างและหลังการผ่าตัด ผลการผ่าตัดรักษาและการตรวจผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ซึ่งผลการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.6) มีอาการปัสสาวะดีขึ้น ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 73.6) ไม่มีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการผ่าตัด จากผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก 15 คน (ร้อยละ 13.6) ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย

ABSTRACT

This is a retrospective study by reviewing medical records of 110 patients who had benign prostate hypertrophy and underwent Transurethral Prostatectomy (TURP) between July 2006 - June 2009 at Choaphrayayomraj Hospital, Suphanburi Province.

To study demographic data of the patients, indication of surgery, preoperative and postoperative Lower Urinary Tract Symptom (LUTS), intraoperative and postoperative complication, outcome of surgery and pathological reports. The study showed that most of the patients (93.6%) improved their LUTS after TURP and most of them (73.6%) had no postoperative complication. No mortality from surgery was found. The pathological study of prostate showed adenocarcinoma in 15 patients (13.6%) and most of them were in advance stage.

Keywords : Transurethral Prostatectomy

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostate hyperplasia ; BPH) คือ ภาวะที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่ผิดปกติ ซึ่งมักสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นโดยทั่วไปมักพบในชายตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป ต่อมลูกหมากที่โตเกิดการกดทับท่อปัสสาวะและอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดอาการทางระบบปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms ; LUTS)¹ เช่น ปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาปัสสาวะเวลากลางคืน ต้องรอนานกว่าจะปัสสาวะออก ต้องเบ่งปัสสาวะ ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะไม่สุด โรคต่อมลูกหมากโตจึงเป็นปัญหาโรคคุณภาพชีวิตในชายสูงอายุ การรักษามีทั้งการใช้ยาและการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากสามารถรับประทานยาเพื่อลดอาการ LUTS ได้ ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคต่อมลูกหมากโตในปัจจุบันมีให้เลือกใช้หลายชนิด ยากลุ่มที่นิยมใช้คือ ยากลุ่ม alpha adrenergic blockers ส่วนในรายที่มีอาการมากหรือมีผลแทรกซ้อนจากต่อมลูกหมากโต เช่น ปัสสาวะไม่ออก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ ปัสสาวะเป็นเลือดจากต่อมลูกหมากโต หรือเกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต ถือเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งมีการผ่าตัดได้หลายวิธี ทั้งวิธีผ่าตัดเปิดทางท้องน้อยและการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral resection of the prostate ; TURP)^{2,3} ซึ่งถือเป็นมาตรฐานการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตในปัจจุบันและมีข้อได้เปรียบว่าการผ่าตัดวิธีเปิดทางท้องน้อย คือ ไม่ต้องมีบาดแผลทางหน้าท้อง เสียเลือดน้อยกว่า ใช้เวลาในช่วงพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต 110 ราย ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ เพื่อวิเคราะห์ถึงผลการดูแลรักษาและนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตให้มีคุณภาพชีวิตจากการรักษาที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จ.สุพรรณบุรี ในผู้ป่วยชาย 110 ราย อายุระหว่าง 54-89 ปี (เฉลี่ยอายุ 68.8 ปี) ที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตและได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral Prostatectomy ; TURP) ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายนั้นได้รับการผ่าตัดโดยผู้เขียนซึ่งเป็นศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะประจำโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการทางระบบปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms ; LUTS) ก่อนและหลังผ่าตัด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการผ่าตัดตลอดจนผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาได้ถูกรวบรวมและนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ผล

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 จะพบว่าผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral prostatectomy ; TURP) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (92.7%) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี ผู้ป่วย 40 ราย (36.3%) ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากสูงอายุผู้ป่วย 37 ราย (33.6%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา

เมื่อพิจารณาถึงโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วย 69 ราย (62.7%) ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้ป่วย 41 ราย (37.3%) มีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 18 ราย (16.3%) เป็นโรคเบาหวาน 8 ราย (7.2%) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ราย (3.6%) ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคร่วมกัน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย		จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 60	8	7.27
	60 - 69	44	40
	70 - 79	51	46.3
	มากกว่า 80	7	6.36
อาชีพ	ไม่ทำงาน	40	36.3
	เกษตรกร	37	33.6
	รับจ้าง	29	26.3
	รับราชการ	2	1.8
	ค้าขาย	2	1.8
โรคประจำตัว	ไม่มี	69	62.7
	ความดันโลหิตสูง	18	16.3
	เบาหวาน	8	7.2
	หลอดเลือดหัวใจตีบ	4	3.6
	ปอดถุงลมโป่งพอง	9	8.1
	ไตวายเรื้อรัง	5	4.5
	เก๊าต์	3	2.7
	ธัยรอยด์เป็นพิษ	1	0.9

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วย 52 ราย (47.3%) ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน ผู้ป่วย 51 ราย (46.3%) เคยได้รับการรักษาโดยรับประทานยาในกลุ่ม alpha adrenergic blocker มาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับยา doxazosin ขนาด 2-4 มิลลิกรัม/วัน โดยพบว่าผู้ป่วย 7 ราย (6.36%) เคยได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral prostatectomy ; TURP) มาก่อนมากกว่า 1 ปี

การประเมินอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptom ; LUTS) ใช้วิธีของ International prostate symptom score (IPSS) โดยให้คะแนน 0-7

คะแนนเป็น mild 8-9 คะแนนเป็น moderate 20-35 คะแนนเป็น severe พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากมีอาการ moderate LUTS จำนวน 67 ราย (60.9%) ที่เหลือมีอาการ severe LUTS 32 ราย (29.1%) และอาการ mild LUTS เพียง 11 ราย (10%)

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral prostatectomy ; TURP) ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะปัสสาวะไม่ออกซ้ำ (recurrent urinary retention) โดยพบในผู้ป่วย 80 ราย (72.7%) ส่วนสาเหตุอื่นที่นำไปสู่การผ่าตัด TURP ได้แก่ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ 10 ราย (9.1%) ให้

ตารางที่ 2 แสดงอาการและประวัติการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย		จำนวนผู้ป่วย (คน)		ร้อยละ
การรักษาก่อนผ่าตัด	ไม่ได้รับการรักษา	52		47.3
	รับประทานยา alpha adrenergic antagonist	51		46.4
		Minipress	3	2.72
		Doxazosin	29	26.7
		Doxazosin GITS	11	10
		Alfuzosin	7	6.36
	Tamsulosin	1	0.9	
เคยผ่าตัด TURP	7		6.36	
อาการก่อนผ่าตัด (LUTS)	Mild	11		10
	Moderate	67		60.9
	Severe	32		29.1

ตารางที่ 3 แสดงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral Prostatectomy ; TURP)

ข้อบ่งชี้การผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
ปัสสาวะไม่ออกซ้ำ	80	72.7
นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ	10	9.1
การรักษาทางยาไม่ได้ผล	10	9.1
เลือดออกจากต่อมลูกหมากโต	4	3.6
อาการมะเร็งต่อมลูกหมาก	4	3.6
การทำงานของไตเสื่อมจากต่อมลูกหมาก	2	1.8

การรักษาโดยการกินยาแล้วไม่ได้ผล 10 ราย (9.1%) เลือดออกจากต่อมลูกหมาก 4 ราย (3.6%) เกิดการทำงานของไตเสื่อม (azothemia) จากต่อมลูกหมากโต 2 ราย (1.8%) และเพื่อรักษาอาการจากมะเร็งต่อมลูกหมาก 4 ราย

(3.6%) โดยผู้ป่วยทั้ง 4 รายนี้คาดว่าจะป็นมะเร็งต่อมลูกหมากจากการตรวจทางทวารหนักที่มีลักษณะแข็งและไม่เรียบ

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผลแทรก-

ตารางที่ 4 แสดงผลแทรกซ้อนขณะผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral prostatectomy ; TURP)

ผลแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
เลือดออกมากต้องให้เลือดทดแทน	9	8.1
มีการทะลุของแคปซูลต่อมลูกหมาก	6	5.4
ติดเชื้อในกระแสเลือด	1	0.9
TUR syndrome	1	0.9
ไม่มีผลแทรกซ้อน	93	84.5

ข้อขณะทำผ่าตัด⁴ จำนวน 93 ราย (84.5%) มีผู้ป่วย 17 ราย (15.5%) ที่เกิดผลแทรกซ้อนขณะผ่าตัด จำแนกเป็นเลือดออกมากต้องได้รับเลือดทดแทน 9 ราย (8.1%) มีการทะลุของแคปซูล 6 ราย (5.4%) ในจำนวนนี้มี 2 ราย (1.8%) ต้องได้รับการผ่าตัดกระบายน้ำที่เหนือหัวเหน่า มีติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เพราะเชื้อจากเลือดขึ้นเชื้อ Enterococcus ได้รับการรักษาให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ 5 วันและมีอาการดีขึ้น⁵

มีผู้ป่วยเกิด TUR syndrome^{6,7} 1 ราย (0.9%) เป็นผู้ป่วยอายุ 72 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัด TURP ร่วมกับการส่องกล้องขบนิ่วกระเพาะปัสสาวะ (cystolithotripsy) ได้นำหนักต่อมลูกหมาก 27 กรัม ใช้เวลาผ่าตัดนาน 70 นาที วินิจฉัยได้หลังผ่าตัดเสร็จ 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการสับสน ตรวจพบ systolic hypertension และ bradycardia ชีพจร 60 ครั้ง/นาที ผลเลือดมีระดับโซเดียมต่ำเท่ากับ 118 meq/dl ได้รับการรักษาโดยให้ 3% NaCl และ furosemide ทางหลอดเลือดดำ หลังให้การรักษพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่มีปัญหาแทรกซ้อนอื่น

ผู้ป่วยที่ไม่มีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะใส่สายสวนปัสสาวะจนถึงวันที่ 4 หลังผ่าตัด โดยหลังถอดสายสวนออกแล้วหากปัสสาวะออกได้เองจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อคิดโดยรวมพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนอนเฉลี่ย 6.7 วัน (5-31 วัน)

จากตารางที่ 5 พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 103 ราย (93.6%) ปัสสาวะออกได้ดีขึ้นมีเพียงอาการ mild LUTS ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการ moderate-severe LUTS มี 7 ราย (6.36%) พบว่ามี 1 รายที่มีขนาดต่อมลูกหมากใหญ่มีเลือดออกมากขณะทำผ่าตัดมีต่อมลูกหมากเหลือหลังผ่าตัด (residual adenoma) ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาสวนไว้ตลอด และพบว่ามีผู้ป่วย 1 รายที่อาการปัสสาวะไม่ดีขึ้น ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ได้รับส่องกล้องตรวจซ้ำไม่พบภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะวินิจฉัยเป็น neuropathic bladder ให้การรักษาต่อโดยการกินยาซึ่งพบว่าอาการดีขึ้น

จากการส่องกล้องตรวจซ้ำหลังผ่าตัดพบผู้ป่วย 5 รายเป็น contracture bladder neck (CBN) ในจำนวนนี้ 3 รายได้รับการผ่าตัดกรีดขยายคอกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral incision of bladder neck) และพบว่ามีอาการปัสสาวะดีขึ้น ผู้ป่วยที่เหลือ 1 รายได้รับการขยายคอกระเพาะปัสสาวะและอาการดีขึ้น อีก 1 รายได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต่อ

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วย 81 ราย (73.6%) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วย 29 ราย (26.4%) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 22 ราย (20%) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ทัน (urge incontinence) ซึ่งเป็นแค่เพียงระยะเวลาไม่

ตารางที่ 5 แสดงอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (LUTS) หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโต^b โดยวิธีส่องกล้องผ่าน
ทางท่อปัสสาวะ (Transurethral prostatectomy ; TURP)

อาการ LUTS	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
Mild	103	93.6
Moderate	5	4.5
severe	2	1.8

ตารางที่ 6 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโตโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral prosta-
tectomy ; TURP)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่	22	20
Contracture bladder neck	5	4.5
ปัสสาวะไม่ออก	1	0.9
Retrograde ejaculation	1	0.9
ท่อปัสสาวะตีบแคบ	0	0
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	81	73.6

ตารางที่ 7 แสดงผลชิ้นเนื้อจากการตรวจทางพยาธิวิทยาต่อมลูกหมากโตโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (Tran-
surethral prostatectomy ; TURP)

ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
Benign	95	86.4
Adenocarcinoma	15	13.6

นานหลังผ่าตัด โดยเมื่อให้การรักษาด้วยยา anticholinergic และติดตามอาการไป 2-4 เดือนพบว่าอาการดีขึ้นใน
จำนวนนี้มีเพียง 1 รายที่กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้หลังผ่าตัดเมื่อ
ติดตามอาการเกิน 6 เดือน ผู้ป่วย 1 ราย (0.9%) มี retro-

grade ejaculation หลังผ่าตัด แต่โดยภาพรวมผู้ป่วยส่วน
ใหญ่ที่เป็นชายสูงอายุไม่กังวลเรื่อง sexual function มาก
นัก ผู้ป่วย 1 ราย (0.9%) ไม่สามารถปัสสาวะได้หลังถอด
สายสวนต้องใส่สายสวนไว้หลังผ่าตัด

ตารางที่ 8 แสดงรายละเอียดผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก Adenocarcinoma

	อายุ (ปี)	PSA		ข้อบ่งชี้ผ่าตัด	Gleason grade	Clinical stage
		ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด			
1	77	.*	0.5	Urinary retention	9	2
2	76	25.1	3.58	Fail medical treatment	9	2
3	78	33.7	0.03	Urinary retention	5	2
4	75	.*	0.66	Urinary retention	5	1
5	82	37.5	0.5	Urinary retention	7	2
6	73	>100	9.7	อาการสงสัย CA prostate**	8	4
7	89	>100	2.53	อาการสงสัย CA prostate**	8	4
8	73	7	0.01	Fail medical treatment	9	1
9	68	>100	1.01	Urinary retention**	9	4
10	67	83	2.7	Urinary retention	9	3
11	67	693	32	อาการสงสัย CA prostate**	7	4
12	78	>100	11.2	Urinary retention**	9	4
13	70	2,759	0.83	อาการสงสัย CA prostate**	9	4
14	72	.*	0.003	Urinary retention	7	2
15	78	99	0.52	Urinary retention**	7	4

* ไม่มี PSA ก่อนผ่าตัดก่อนผ่าตัดเนื่องจากมาด้วยอาการ acute urinary retention ซึ่งการตรวจ PSA อาจมี false positive เชื่อก็คือไม่ได้

** คาดว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากก่อนการผ่าตัด TURP (PSA สูงมากและตรวจทางทวารหนักผิดปกติ)

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วย 95 ราย (86.4%) พบผลตรวจทางพยาธิวิทยาต่อมลูกหมากโตเป็น benign ส่วนผู้ป่วย 15 ราย (13.6%) พบชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก adenocarcinoma⁹ ซึ่งจากผู้ป่วยทั้ง 15 รายนี้มีผู้ป่วย 7 ราย (46.7%) ที่สงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากตั้งแต่แรกจากการตรวจต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนักแล้วพบลักษณะต่อมลูกหมากแข็งและผิวไม่เรียบ รวมทั้งมีค่า

prostate-specific antigen (PSA) สูงกว่าปกติมาก ส่วนผู้ป่วยอีก 8 ราย (53.3%) ทราบจากผลตรวจทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด

จากตารางที่ 8 พบว่ามีผู้ป่วยที่พบผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากทั้งหมด 15 ราย คิดเป็น 13.6% จากผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 67-

89 ปี อายุเฉลี่ย 74.9 ปี ผู้ป่วยทุกรายมีค่า serum PSA สูงกว่าปกติทุกราย (มี 3 รายไม่ได้รับการตรวจ serum PSA ก่อนผ่าตัดเนื่องจากมีปัญหาปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลันก่อนการผ่าตัดซึ่งทำให้มีค่าผลบวกเท็จได้) โดยผู้ป่วย 12 จาก 13 ราย (92.3%) มีค่า serum PSA อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (มากกว่า 20 ng/dl) ผู้ป่วย 9 ราย (60%) ต้องผ่าตัด TURP เนื่องจากปัสสาวะไม่ออก ผู้ป่วย 4 ราย (26.7%) ได้รับการผ่าตัด TURP เพื่อรักษาอาการปัสสาวะลำบากและต้องการผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เพราะสงสัยว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเพื่อรับการรักษาต่อไป มีผู้ป่วย 7 ราย (46.7%) ที่คาดว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากก่อนผ่าตัด TURP จากการตรวจพบลักษณะต่อมลูกหมากแข็งและผิวไม่เรียบร่วมกับผล serum PSA สูงกว่าปกติมาก

จากผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบว่าทุกรายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากพบชิ้นเนื้อเป็นชนิด adenocarcinoma และผลการตรวจ tumor grading จากพยาธิแพทย์พบว่าค่าเฉลี่ย Gleason grade 7.8 ซึ่งมีค่าค่อนข้างสูง ผู้ป่วยทั้ง 15 ราย ได้รับการรักษาต่อทางฮอร์โมนทุกราย โดยเป็นการผ่าตัดลูกอัณฑะ 2 ข้าง (bilateral orchidectomy) 12 ราย (80%) ส่วนอีก 3 ราย (20%) ได้รับการรักษาวิธีฉีดยา GnRH agonist เข้าทางกล้ามเนื้อทุก 3 เดือน (medical castration) เนื่องจากสามารถรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายได้

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และมีการตรวจ serum PSA หลังการรักษาโดยฮอร์โมน พบว่า ค่า serum PSA มีระดับลดลงอยู่ในระดับ castrate level ทุกราย

วิจารณ์

การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อน้ำปัสสาวะ ถือเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับทั่วโลก สำหรับรักษาอาการจากโรคต่อมลูกหมากโตในปัจจุบันได้มีวิธีการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นอีกหลายวิธี เช่น

การใช้พลังงานจากคลื่นความถี่ (Transurethral needle ablation of the prostate ; TUNA)¹⁰ การใช้พลังงานจากไมโครเวฟ (Transurethral microwave therapy ; TUMT)¹¹⁻¹³ การใช้พลังงานเลเซอร์ผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Transurethral ultrasound-guided laser-induced prostatectomy ; TULIP)¹⁴ ซึ่งเป็นการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตแบบ minimally invasive มีการรายงานถึงผลแทรกซ้อนที่น้อยกว่าการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อน้ำปัสสาวะ (TURP) Wheelahan¹⁵ สรุปรายงานการศึกษาว่าการผ่าตัดดังกล่าวยังไม่สามารถเป็นมาตรฐานการรักษาเทียบเท่า TURP ได้ ทั้งในเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิภาพรวมถึงผลการรักษา แต่ก็ยังเป็นทางเลือกเพิ่มเติมให้กับผู้ป่วยในบางกลุ่มที่ต้องการลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TURP เกือบครึ่งหนึ่งไม่มีประวัติการรักษาโดยการรับประทานยามาก่อน (47.3%) ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาและได้รับประทานยาเมื่อเริ่มมีอาการทางระบบปัสสาวะส่วนล่าง (LUTS) อย่างสม่ำเสมอจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดอาจลดลงได้

เมื่อศึกษาถึงผลการผ่าตัด การศึกษาของ Barry¹⁶ และ Fowler รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบปัสสาวะดีขึ้น 75-96% เปรียบเทียบจากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบปัสสาวะดีขึ้น 93.6% อัตราตาย (ที่ 30 วัน) 0.5-3.31% เปรียบเทียบกับการศึกษานี้ อัตราตาย 0% ผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเฉลี่ย 0.68-1.4% จากการศึกษานี้พบ 0.9% เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมของผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่พบแล้วการศึกษานี้อยู่ในระหว่างค่าเฉลี่ยมาตรฐานในการรักษาที่ยอมรับได้

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยมีผลตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก adenocarcinoma prostate ถึง 13.6% และมีอายุเฉลี่ยสูงถึง 74.9 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะลุกลามไปกระดูกแล้ว (46.7%) ซึ่งการรักษาทำได้เพียงชะลอการแพร่กระจายโดยวิธีฮอร์โมน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นควรใช้การตรวจคัดกรองเจาะ

เลือดดูระดับ PSA ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อตรวจหาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะแรก เพราะกลุ่มนี้ระยะแรกมักไม่มีอาการแสดงนำมาก่อน เพื่อเข้าสู่การรักษาให้หายขาดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ต้องรับการผ่าตัดวิธีส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ข้อบ่งชี้การผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัสสาวะไม่ออกซ้ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผลแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด และมีอาการทางระบบปัสสาวะส่วนล่างดีขึ้นหลังผ่าตัด ทั้งนี้การตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในระยะลุกลาม ซึ่งควรพัฒนาการตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยในระยะแรกเพื่อเข้ารับการรักษาให้หายขาด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Skolarikos A, Thorpe AC, Neal DE, et al : Lower urinary tract symptoms and benign prostatic hyperplasia. *Minerva Urol Nefrol.* 2004 Jun ; 56(2) : 109-22.
2. Fowler C, McAllister W, Plail R, et al : Randomised evaluation of alternative electrosurgical modalities to treat bladder outflow obstruction in men with benign prostatic hyperplasia. *Health Technol Assess* 2005 Feb ; 9(4) : iii-iv : 1-30.
3. Viitanen J, Talja M, Jussila M, et al : Transurethral resection of the prostate and related topics : Randomised controlled study of chemoprophylaxis in transurethral prostatectomy. *J Urol* 1993 ; 150 : 1715-7.
4. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett ATK, et al : Transurethral prostatectomy : Immediate and postoperative complications. A cooperative study of thirteen participating institutions evaluating 3,885 patients. *J Urol* 1989 ; 141 : 243-7.
5. Nielsen OS, Maigaard S, Frimodt-Moller N, et al : Prophylactic antibiotics in transurethral prostatectomy. *J Urol* 1981 : 126 : 60-2.
6. Hagstrom RS : Studies on fluid absorption during transurethral prostatic resection. *J Urol* 1955 ; 73 : 852-9.
7. Madsen PO, Naber KG : The importance of the pressure in the prostatic fossa and absorption of irrigating fluid during transurethral resection of the prostate. *J Urol* 1973 ; 109 : 446-52.
8. Bruskewitz RC, Larsen EH, Madsen PO, et al. : 3-Year follow up of urinary symptoms after transurethral resection of the prostate. *J Urol* 1986 ; 136 : 613-5.
9. Holman CD, Wisniewski ZS, Semmens JB, et al : Mortality and prostate cancer risk in 19,598 men after surgery for benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 1999 ; 84 : 37-42.
10. Bruskewitz R, Issa M, Roehrborn CG, et al : A prospective, randomised, 1-year clinical trial comparing transurethral needle ablation (TUNA) to transurethral resection of the prostate for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1998 ; 159 : 1588-94.
11. Brehmer M, Hilliges M, Kinn A-C : Denervation of periurethral prostatic tissue by transurethral microwave thermotherapy. *Scand J Urol Nephrol* 2000 ; 34 : 42-5.
12. Dahlstrand C, Geirsson G, Fall M, et al : Transurethral microwave thermotherapy versus transurethral resection for symptomatic benign prostatic hyperplasia : Preliminary results of a randomised

- study. Eur Urol 1993 ; 23 : 292-8.
13. Hallin A, Berlin T : Transurethral microwave
thermotherapy for benign prostatic hyperplasia :
Clinical outcome after 4 years. J Urol 1998 ;
159 : 459-64.
14. Fitzpatrick JM : Will laser replace TURP for the
treatment of benign prostatic hyperplasia? Lancet
2000 ; 356 : 357-8.
15. Wheelahan J, Scott NA, Cartmill R, et al :
Minimally invasive laser techniques for prosta-
tectomy : A systematic review. BJU Int 2000 ;
86 : 805-15.
16. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al : The
American Urological Association's symptom index
for benign prostatic hyperplasia. J Urol 1992 ;
148 : 1549-57.