

ท่อปัสสาวะตีบที่ได้รับการผ่าตัดตัดบดแต่ง ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ธงชัย พุทธบริวาร

Abstract : This is an analysis of twelve male patients with urethral stricture who were admitted to Paholpolpayuhasena Hospital during October 1988 to September 1991. Trauma was the cause of 10 out of 12 strictures. All were successfully corrected by single stage transperineal urethroplasties. **Urethroplasty in Paholpolpyuhasena Hospital. Thongchai Buddhaboriwan. Paholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi. Region 7 Medical Journal 1992 : 2 : 147-154.**

บทคัดย่อ จากการศึกษาท่อปัสสาวะตีบในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปรากฏว่าเป็นผู้ป่วยชาย 12 คน ซึ่งได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลาดังแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2531 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2534 เกือบทั้งหมดเป็นท่อปัสสาวะตีบที่เกิดขึ้นภายหลังจากการมีภยันตรายต่อท่อปัสสาวะ การผ่าตัดตัดบดแต่งท่อปัสสาวะเพื่อรักษาท่อปัสสาวะตีบ ทำโดยตัดส่วนของท่อปัสสาวะที่ตีบออก และนำปลายท่อปัสสาวะที่ติดทั้งสองมาต่อกันโดยตรง โดยเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางฝีเย็บ ผลการรักษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

บทนำ

ท่อปัสสาวะตีบอาจเป็นได้ตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง แต่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งสาเหตุนั้นได้แก่ การตีบของท่อปัสสาวะที่เกิดขึ้นภายหลังจากการอักเสบ เช่น การติดเชื้อหนองในโกโนเรีย การติดเชื้อทางเดินท่อปัสสาวะจากการคายสวมนท่อปัสสาวะ หรือการติดเชื้อรอบท่อปัสสาวะและการตีบของท่อปัสสาวะที่เกิดขึ้นภายหลังจากการมีภยันตรายต่อท่อปัสสาวะ

การวินิจฉัยท่อปัสสาวะตีบไม่ค่อยยุ่งยาก เนื่องจากผู้ป่วยจะมาหาแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงของการมีปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเป็นเส้นเล็ก ปัสสาวะบ่อยๆ ในรายที่ตีบมากก็จะปัสสาวะไม่ออก บางรายมาหาแพทย์ด้วยเรื่องปัสสาวะพุ่งเป็นหนอง และในรายที่เป็นมากอาจ

มาหาแพทย์ด้วยอาการไตวายได้ การสวนปัสสาวะไม่เข้าด้วยสายสวนปัสสาวะร่วมกับการทำ retrograde urethrogram จะช่วยในการวินิจฉัยได้แน่นอนยิ่งขึ้น

การรักษา มีดังต่อไปนี้

1. การขยายท่อปัสสาวะ ใช้ bougie ทำการขยายท่อปัสสาวะในกรณีท่อปัสสาวะตีบไม่มาก
2. Endoscopic surgery ได้แก่
 - 2.1 Non-visual internal urethrotomy โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Otis urethrotomy.
 - 2.2 Visual internal urethrotomy โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Sachse urethrotomy.
3. External urethrotomy ปัจจุบันไม่นิยมทำ

กันแล้ว

4. Urethroplasty มีหลายวิธีซึ่งจะขอยกตัวอย่างพอสังเขป

- 4.1 Johanson urethroplasty¹ เหมาะสำหรับการผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะตีบส่วนหน้า (anterior urethra) การผ่าตัดเป็น 2 ขั้นตอน
- 4.2 Excision of the area of stricture and primary anastomosis^{2,3} ใช้ผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะตีบทั้งส่วนหน้าและส่วนหลัง (posterior urethra) การผ่าตัดเป็น 1 ขั้นตอน
- 4.3 Excision of the stricture and replacement with a full thickness (tubed) skin graft⁴ ใช้ผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะตีบส่วนหลัง โดยส่วนที่ตีบของท่อปัสสาวะมีความยาวเกินกว่า 2 ซม. การผ่าตัดเป็น 1 ขั้นตอน
- 4.4 Turner-Warwick urethroplasty⁵ ใช้ผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะตีบส่วนหลัง การผ่าตัดเป็น 2 ขั้นตอน
- 4.5 Transpubic urethroplasty ใช้ผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะส่วนหลัง การผ่าตัดเป็น 1 ขั้นตอน

วัสดุและวิธีการ

ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2531 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2534 รวมเป็นเวลา 3 ปี กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ได้รับผู้ป่วยที่มีท่อปัสสาวะตีบเป็นชาย 12 คน ทุกรายได้รับ

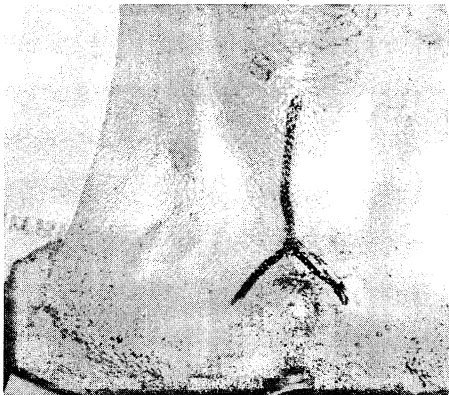
1. การซักประวัติถึงความเจ็บป่วยในอดีตปัจจุบันสาเหตุ อาการและอาการแสดง
2. การตรวจร่างกายทั่วไปและเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายปัสสาวะเช่นมี peri-

urethral induration, abscess หรือ fistula บริเวณฝีเย็บ หรือมี suprapubic cystostomy tube หรือไม่ การตรวจท่อปัสสาวะใช้ bougie สอดใส่ท่อปัสสาวะเพื่อประเมินท่อปัสสาวะตีบเป็นแบบ impassable urethral stricture หรือ passable urethral stricture

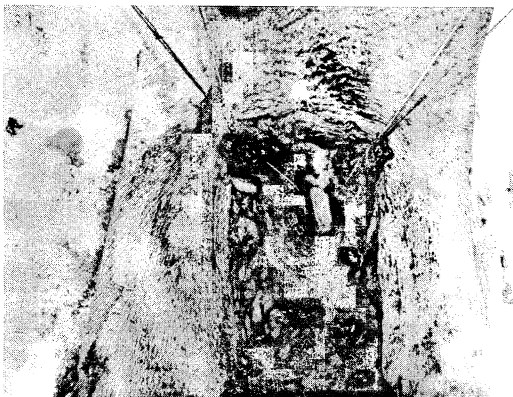
3. การส่งตรวจเอ็กซเรย์ เช่น K.U.B., I.V.P., เพื่อค้นหาพยาธิสภาพของ upper urinary tract, retrograde urethrogram เพื่อค้นหาตำแหน่งที่ตีบของท่อปัสสาวะ ทำ voiding cystogram เฉพาะในรายที่มี suprapubic cystostomy tube ซึ่งสามารถใช้ประเมินความยาวของส่วนที่ตีบของท่อปัสสาวะ เมื่อพิจารณาร่วมกับ retrograde urethrogram

4. การผ่าตัด

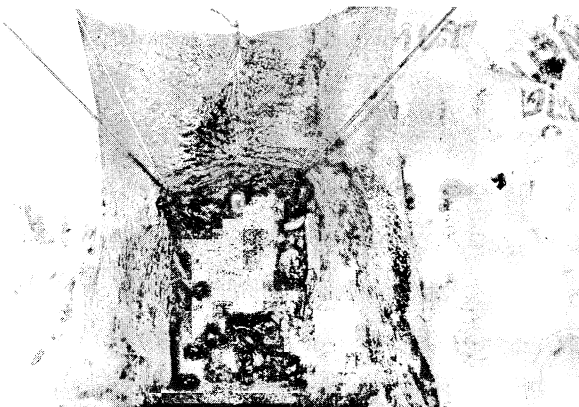
ผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในท่า lithotomy เปิดแผลเข้าทางฝีเย็บ (รูปที่ 1) ผ่าลงไปทีละชั้นตั้งแต่ผิวหนัง subcutaneous tissue, Colles' fascia, bulbocavernosus muscle, Buck's fascia, corpus spongiosum จนถึง urethra การหาปลายที่ตีบของท่อปัสสาวะส่วนหน้าทำได้โดยใช้ bougie 1 อัน ใส่เข้าท่อปัสสาวะทาง urethral meatus ดันจนสุดปลายที่ตีบ ส่วนการหาปลายที่ตีบของท่อปัสสาวะส่วนหลัง ทำได้โดยการเปิดกระเพาะปัสสาวะโดยใช้ bougie อีก 1 อัน ใส่เข้า prostatic urethra ดันจนสุดปลายที่ตีบของท่อปัสสาวะส่วนหลัง วัดช่องว่างระหว่างปลายของ bougie ทั้งสองได้เท่าไร คือความยาวของส่วนที่ตีบของท่อปัสสาวะพยายามตัด periurethral induration, inflamed tissue และ sinus tract ออกให้หมด เปิดปลายท่อปัสสาวะที่ตีบของท่อปัสสาวะส่วนหน้าและท่อปัสสาวะส่วนหลัง จะเห็นปลาย bougie ทั้งสองตามลำดับ (รูปที่ 2,3)



รูปที่ 1 แนว incision ที่ฝึเขียน



รูปที่ 2 ปลาย Bougie ฝึล่ทางท่อปัสสาวะส่วนหน้า



รูปที่ 3 ปลาย Bougie ฝึล่ทางท่อปัสสาวะส่วนหลัง



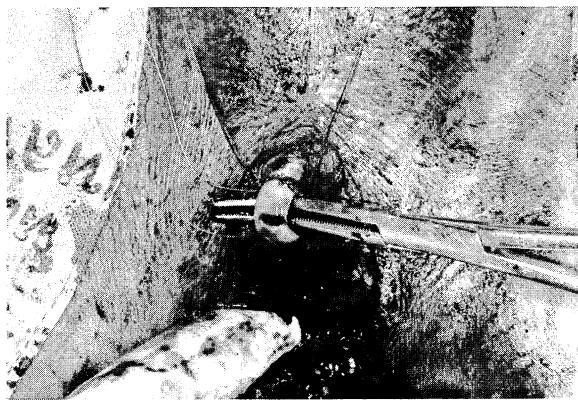
รูปที่ 4 เย็บปลาย Foley catheter ทั้งสองเข้าด้วยกัน

เลาะท่อปัสสาวะ ส่วนที่ดีของท่อปัสสาวะ ส่วนหน้าและส่วนหลังให้เคลื่อนไหวสะดวก และให้ความยาวเพียงพอ เมื่อนำปลายทั้งสองมาเย็บติดกันโดยไม่ตึง นำเอาFoley catheter เบอร์ 14F 2 เส้น ใส่แทนที่ bougie ทั้งสอง เย็บปลาย Foley catheter ทั้งสองเข้าด้วยกัน (รูปที่4) ดึง Foley catheter เส้นที่ใส่คาในท่อปัสสาวะส่วนหลังจะทำให้ Foley catheter เส้นที่ใส่คาในท่อปัสสาวะ ส่วนหน้าเข้าไปแทนที่ในท่อปัสสาวะส่วนหลัง จนปลาย Fo-

ley catheter อยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งต่อไปภายหลังจะเป็น splint ต่อจากนั้นทำ spatulated urethro-urethral anastomosis ด้วย chromic cat gut เบอร์ 4-0 หรือ 5-0 (รูปที่ 5) วาง vacuum drain บริเวณรอยต่อปิดแผลกระเพาะปัสสาวะโดยมี suprapubic cystostomy tube ทำหน้าที่ระบายน้ำปัสสาวะและวางท่อระบายบริเวณ retropubic space

5. การดูแลรักษาภายหลังผ่าตัดการติดเชื้อ

ทางระบบปัสสาวะได้รับการรักษาโดยให้ยาตาม urine culture และ bacterial sensitivity 2-3 วันหลังผ่าตัด เอา vacuum drain บริเวณฝีเย็บออก 4-5 วัน เอาท่อระบายบริเวณ retropubic space ออก 3 สัปดาห์ เอา Foley catheter ที่คาเป็นแกนอยู่ในท่อปัสสาวะออก ทำ retrograde urethrogram (รูปที่ 6,7) ดูสีที่ผ่านบริเวณที่เคยตีบได้ดีไม่มีรอยรั่ว และปัสสาวะได้คล่องสะดวกจึงเอา suprapubic cystostomy tube ออก 1-2 วัน แผลที่เป็นรูก็ปิดจึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมกับนัดผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะ ๆ



รูปที่ 5 สาย Foley catheter เป็น Splint ในท่อปัสสาวะ



รูปที่ 6 Retrograde urethrogram ก่อนผ่าตัด

6. การติดตามผู้ป่วยเพื่อดูผลการรักษานัดผู้ป่วย มาตรวจเป็นระยะ 1, 3, 6 เดือน ถึง 1 ปี โดยการตรวจปัสสาวะ ทำ retrograde urethrogram ให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้ดูเพื่อสัง-



รูปที่ 7 Retrograde urethrogram หลังผ่าตัด

เกตการพุ่งและขนาดของลำน้ำปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะ ตามความรู้สึกทางเพศและอาการคั่งของอวัยวะเพศเกิดขึ้นหรือไม่เมื่ออวัยวะเพศแข็งตัว

ผลการศึกษา

ดูตารางที่ 1

เพศผู้ป่วยทั้ง 12 รายเป็นชายหรือคิดเป็น 100 % ที่เป็นเช่นนี้เพราะเพศชายมีท่อปัสสาวะยาวกว่าเพศหญิงจึงมีโอกาสตีบมากกว่า

อายุ อายุต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 56 ปี เฉลี่ย 31 ปี

อาการและอาการแสดง ปัสสาวะไม่ออก 5 ราย หรือคิดเป็น 41.7 % ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็ก 5 ราย หรือคิดเป็น 41.7 % ปัสสาวะเลือดที่ฝีเย็บ 2 ราย หรือคิดเป็น 16.6 % ดังนั้น อาการปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็กจึงเป็นอาการนำของโรคท่อปัสสาวะตีบ

สาเหตุจาก external trauma 10 ราย หรือคิดเป็น 83.3 % จาก infection และ inflammation 1 ราย หรือคิดเป็น 8.3 %, จากไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย หรือคิดเป็น 8.3 % แสดงว่าสาเหตุสำคัญของโรคท่อปัสสาวะตีบ คือ การมีภัยอันตรายต่อท่อปัสสาวะแล้วทำให้ท่อปัสสาวะเกิดตีบขึ้นภายหลัง

ตารางที่ 1 แสดงเพศ,อายุ,อาการและอาการแสดง,สาเหตุ

ลำดับที่	เพศ	อายุ	อาการและอาการแสดง	สาเหตุ
1	ชาย	26	ปัสสาวะไม่ออก	External trauma
2	ชาย	40	ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็ก	External trauma
3	ชาย	38	ปัสสาวะเลือดที่ฝ้าย	External trauma
4	ชาย	50	ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็ก	Infection and Inflammation
5	ชาย	15	ปัสสาวะไม่ออก	External trauma
6	ชาย	27	ปัสสาวะไม่ออก	External trauma
7	ชาย	18	ปัสสาวะไม่ออก	External trauma
8	ชาย	12	ปัสสาวะไม่ออก	External trauma
9	ชาย	34	ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็ก	External trauma
10	ชาย	36	ปัสสาวะเลือดที่ฝ้าย	External trauma
11	ชาย	56	ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็ก	Unknown
12	ชาย	24	ปัสสาวะลำบากและเป็นเส้นเล็ก	External trauma

ดูตารางที่ 2

การตรวจร่างกายพบว่ามี suprapubic cystostomy tube 5 ราย หรือคิดเป็น 41.7 % ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเก่าของแผนกศัลยกรรมอุ้งปัสสาวะที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีท่อปัสสาวะฉีกขาดจากอุบัติเหตุ โดยการทำให้ suprapubic cystostomy เพียงอย่างเดียวตามวิธีของ Morehouse⁷ มี periurethral induration บริเวณฝีเย็บ 4 ราย หรือคิดเป็น 33.3 % มี urethrocuteaneous fistula ที่ฝีเย็บ 2 ราย หรือคิดเป็น 16.6 % มี periurethral abscess 1 ราย หรือคิดเป็น 8.3 %

การตรวจท่อปัสสาวะด้วย bougie เพื่อประเมินสภาพการตีบของท่อปัสสาวะพบว่ามี 12 ราย หรือคิดเป็น 100 % ที่เป็น impassable urethral stricture ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ข้อหนึ่งในการที่จะทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตกแต่งท่อปัสสาวะ

เอกซเรย์ K.U.B. พบว่า 4 ราย หรือคิดเป็น 33.3 %

มีกระดูกเชิงกรานที่หักอยู่เกาะร่วมด้วย และทั้งหมดมีท่อปัสสาวะตีบที่ส่วนหลัง เนื่องจากว่าท่อปัสสาวะมีความใกล้ชิดกับกระดูกเชิงกรานอย่างมาก ภายใตยารายที่มีต่อกระดูกเชิงกรานจะทำให้เกิดอันตรายต่อท่อปัสสาวะไม่มากนักน้อยพยาธิสภาพอาจมีเพียงรอยซ้ำของเยื่อผนังท่อฉีกขาดเป็นบางส่วนหรือท่อปัสสาวะขาดออกจากกัน ซึ่งจะลงท้ายด้วยการตีบตันอีก 8 ราย หรือคิดเป็น 66.6 % มีกระดูกเชิงกรานปกติ

ดูตารางที่ 3

ตำแหน่งที่ตีบของท่อปัสสาวะ 8 ราย หรือคิดเป็น 66.7 % ตำแหน่งที่ตีบพบที่ท่อปัสสาวะส่วนหลัง 4 ราย หรือคิดเป็น 33.3 % ตำแหน่งที่ตีบของท่อปัสสาวะพบที่ท่อปัสสาวะส่วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนของ bulbous urethra

ตารางที่ 2 แสดงการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจท่อน้ำปัสสาวะ เอกซเรย์

ลำดับ	การตรวจร่างกายทั่วไป	การตรวจท่อน้ำปัสสาวะโดยใช้ Van Buren sound	เอกซเรย์ K.U.B.
1	มี Suprapubic cystostomy tube	Impassable urethral stricture	Old fracture pelvis
2	มี Periurethral induration	Impassable urethral stricture	Normal
3	มี Urethrocutaneous fistula	Impassable urethral stricture	Old fracture pelvis
4	มี Periurethral abscess	Impassable urethral stricture	Normal
5	มี Suprapubic cystostomy tube	Impassable urethral stricture	Normal
6	มี Suprapubic cystostomy tube	Impassable urethral stricture	Old fracture pelvis
7	มี Suprapubic cystostomy tube	Impassable urethral stricture	Normal
8	มี Suprapubic cystostomy tube	Impassable urethral stricture	Normal
9	มี Periurethral induration	Impassable urethral stricture	Normal
10	มี Urethrocutaneous fistula	Impassable urethral stricture	Old fracture pelvis
11	มี Periurethral induration	Impassable urethral stricture	Normal
12	มี Periurethral induration	Impassable urethral stricture	Normal

ความยาวของส่วนที่ตีบ จากการวัดก่อนผ่าตัด และขณะผ่าตัดพบว่าความยาวสูงสุด 1.5 ซม. ต่ำสุด 0.7 ซม. ความยาวเฉลี่ย 1.09 ซม. ซึ่งถือว่าเป็นความยาวของส่วนที่ตีบปานกลางที่ง่ายต่อการทำผ่าตัดตกแต่งท่อน้ำปัสสาวะด้วยวิธีตัดเอาส่วนที่ตีบออก และนำปลายท่อน้ำปัสสาวะที่ดีทั้งสองมาต่อกันโดยตรง

การผ่าตัดทุกรายได้ทำการผ่าตัดโดยวิธีเดียวกันดังได้บรรยายในเรื่องการผ่าตัดของหัวข้อวัสดุและวิธีการ 11 ราย หรือคิดเป็น 91.7 % ผ่าตัดตกแต่งท่อน้ำปัสสาวะ 1 ครั้งหาย

อีก 1 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 3) ผ่าตัดตกแต่งท่อน้ำปัสสาวะ 2 ครั้งหาย ซึ่งรายนี้หลังจากผ่าตัดตกแต่งท่อน้ำปัสสาวะได้ประมาณ 2 เดือน ท่อน้ำปัสสาวะบริเวณรอยต่อเริ่มตีบ ได้ทำการขยายท่อน้ำปัสสาวะด้วย bougie ทุก 1 สัปดาห์ เพื่อคงสภาพของท่อน้ำปัสสาวะไม่ให้ตีบ ทำการขยายท่อน้ำปัสสาวะได้ 2 เดือน ประกอบกับการขยายท่อน้ำปัสสาวะในแต่ละครั้งผู้ป่วยเจ็บมาก ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ข้อหนึ่งในการผ่าตัดตกแต่งท่อน้ำปัสสาวะ จึงทำการผ่าตัดตกแต่งท่อน้ำปัสสาวะครั้งที่ 2 ผลหายเป็นปกติ สาเหตุที่เกิดขึ้นรอยตีบบริเวณรอยต่อเข้าใจว่าขณะ

ทำการผ่าตัดเอาส่วนเนื้อที่ถูกทำลายและตายออกไม่หมดซึ่งเป็นต้นเหตุของรอยต่อตีบภายหลัง

ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยนานที่สุด 14 เดือน
สั้นสุด 3 เดือน เฉลี่ย 8.9 เดือน

ผลการรักษาจากการติดตามผู้ป่วยทั้ง 12 ราย

เป็นระยะ ๆ ปรากฏว่าทั้งหมดไม่มีโรคแทรกใด ๆ สามารถถ่ายปัสสาวะได้ปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ความรู้สึกทางเพศ ยังมีเหมือนเมื่อก่อนการผ่าตัด (ผู้ป่วยรายที่ 8 ไม่ได้ประเมน) อวัยวะเพศไม่มีการคดงอเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัว

ตารางที่ 8 แสดงตำแหน่ง ความยาวของท่อปัสสาวะที่ตีบ การรักษา ระยะเวลาที่ติดตาม และผลการรักษา

ลำดับ	ตำแหน่งที่ตีบของท่อปัสสาวะ	ความยาวของส่วนที่ตีบ(ซม)	การผ่าตัด (ครั้ง)	ระยะเวลาการติดตาม (เดือน)	ผล
1	Posterior urethra	1.5	1	12	หาย
2	Posterior urethra	1.0	1	9	หาย
3	Posterior urethra	1.2	2	14	หาย
4	Posterior urethra	0.7	1	6	หาย
5	Anterior urethra (bulbous part)	0.8	1	12	หาย
	Posterior urethra	1.3	1	9	หาย
7	Posterior urethra	1.4	1	9	หาย
8	Posterior urethra	0.8	1	6	หาย
9	Anterior urethra (bulbous part)	1.5	1	9	หาย
10	Posterior urethra	1.0	1	12	หาย
11	Anterior urethra (bulbous part)	1.0	1	3	หาย
12	Anterior urethra (bulbous part)	0.9	1	6	หาย

วิจารณ์

การรักษาท่อปัสสาวะที่ตีบโดยวิธีตัดตกแต่งท่อปัสสาวะ มีหลายวิธี ซึ่งสามารถแก้ไขท่อปัสสาวะตีบได้ทุก ๆ ที่ของท่อปัสสาวะ เมื่อจะทำการผ่าตัดตกแต่งท่อปัสสาวะควรมีข้อบ่งชี้ดังนี้คือ ท่อปัสสาวะตีบแบบ impassable urethral stricture มี periurethral abscess และหรือมี urethro cutaneous fistula เกิดขึ้น ทำการขยายท่อปัสสาวะบ่อย ๆ เช่น ทุก 1-2 อาทิตย์ต่อครั้ง เป็นเดือน ๆ

เพื่อคงสภาพของท่อปัสสาวะไม่ให้ตีบ การขยายท่อปัสสาวะในแต่ละครั้งผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากเกิด septic episodes บ่อย ๆ หลังขยายท่อปัสสาวะ severe stricture ในผู้ป่วยเด็ก การที่เลือกวิธีใดในการผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ความยาว ความหนาแน่นของการตีบ สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยและความชำนาญกับประสบการณ์ของศัลยแพทย์ สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดตกแต่งท่อปัสสาวะตีบทั้ง 12 รายของโรงพยาบาล

พหุผลพหุพหุเสนา ได้ใช้วิธีตัดส่วนที่ตีบของท่อปัสสาวะออกและนำปลายท่อปัสสาวะที่ตีบทั้งสองมาต่อกันโดยตรง^{2,3} เหตุผลที่เลือกใช้วิธีดังกล่าวเพราะว่าความยาวของท่อปัสสาวะส่วนที่ตีบ ยาวปานกลาง เป็นวิธีที่ง่ายไม่สลับซับซ้อนเป็นผ่าตัด 1 ขั้นตอน สามารถแก้ไขท่อปัสสาวะตีบทั้งส่วนหน้าและส่วนหลังได้ ผลการรักษาคือ ซึ่งการที่ได้ผลการรักษาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับเทคนิคการผ่าตัด คือขณะที่ผ่าตัดต้องพยายาม ตัดเอา induration, inflamed tissue, sinus tract ที่มีอยู่รอบท่อปัสสาวะออกให้หมดหรือมากที่สุด การต่อปลายท่อปัสสาวะที่ตีบทั้งสองเข้าด้วยกันต้องเป็นแบบ spastulated urethro-urethral anastomosis เมื่อต่อแล้วรอยต่อต้องไม่ตึง การดูแลรักษาภายหลังการผ่าตัดตลอดจนการ ติดตามดูแลการรักษาเป็นระยะ ๆ

สรุป

การผ่าตัดตกแต่งรักษาท่อปัสสาวะตีบจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ต้องมี suprapubic cystostomy tube อยู่ตลอดชีวิต หรือต้องมาขยายท่อปัสสาวะอยู่บ่อย ๆ ทำให้คุณค่าของชีวิตดีขึ้น ผู้รายงานได้ทำการรักษาผู้ป่วยทั้ง 12 ราย ที่มีท่อปัสสาวะตีบที่เกิดขึ้นภายหลังจากการมีภัยอันตรายต่อท่อปัสสาวะด้วยวิธีตัดเอาส่วนของท่อปัสสาวะที่ตีบออกและนำปลายท่อปัสสาวะที่ตีบทั้งสองมาต่อโดยตรง โดยเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางฝีเย็บ ผลการรักษามีผลเป็นที่น่าพอใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายไชยวัฒน์ ไชยกิตติโสภณ นัก

วิชาการสาธารณสุข นางสาวสกุลรัตน์ ธีระวิวัฒน์เจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา และนางสาวอริญา ดอกกรัก ฝ่ายวิชาการ ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Johanson B. Reconstruction of the male urethra in strictures; Application of the buried intact epithelium technic. Acta Chir Scand(Suppl)1953;176:3.
2. Pierce JM,Jr. Urethroplasty for anterior urethral stricture. J Urol 1973;109:422.
3. Zinman L,Libertino JA. The dismembered one-stage urethroplasty with an end-to-end primary anastomosis for bulbomembranous urethral strictures. Read at the Seventy-Second Annual Meeting of the American Urological Association,Inc Chicago Ill 1977 April: 24-28.
4. Devine PC, Horton CE, Devin CJ, Devin CJ,Jr, Crawford HH, Adamson JE. Use of full thickness skin grafts in repair of urethral strictures. J Urol 1963;90:67.
5. Turner WR. The repair of urethral strictures in the region of the membranous urethra. J Urol 1968;100:303-314.
6. Khan AU,Furlow W. Transpubic urethroplasty. J Urol 1976;116:447-450.
7. Morehouse DD,Belitsky P, Mackinnon K. Rupture of posterior urethra. J Urol 1972;107:255.
8. อำนาง สุนันท์, พงศ์ศักดิ์ วัฒนา, บรรลุ ศิริพานิช. บาดแผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะในคนไข้กระดูกร้าวหัก. วารสารยูโร 2520 เดือนกันยายน; 1:33-37.