

โรคต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม

แสงโรจน์ ร่วมเจริญ*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณน่าย้อนหลังผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนมในปี 2554-2555 จำนวน 418 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะประชากร อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับ ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างการผ่าตัดและการรักษาด้วยยา ผลการศึกษาพบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 30.62) อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ คือ ปัสสาวะลำบากและปัสสาวะไม่พุ่ง (ร้อยละ 64.6) รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอาการอักเสบของทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากต่อมลูกหมากโต (ร้อยละ 23.4) ผู้ป่วยทุกรายจะเริ่มด้วยการรักษาโดยใช้ยา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการรุนแรงมากขึ้นจะได้รับการดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (transurethral resection of the prostate, TURP) โดยมีผู้ป่วยทั้งหมด 110 ราย ได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 26.3 ผลของการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนที่มากที่สุดคือ ภาวะเลือดออกจนต้องให้เลือดร้อยละ 9 รองลงมาคือ การติดเชื้อพบได้ร้อยละ 1.8 โดยไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างการผ่าตัดและการรักษาด้วยยาร่วม 2 กลุ่มในระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าชัดเจน ดังนั้นการรักษาด้วยการผ่าตัด TURP ในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มีอาการรุนแรงน่าจะเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตในจังหวัดนครพนมมากกว่าการรับประทานยาในระยะยาว

คำสำคัญ ต่อมลูกหมากโต การผ่าตัดต่อมลูกหมาก

*ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม จ.นครพนม

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (benign prostate hyperplasia, BPH) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ชายสูงอายุ โดยจะพบในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁽¹⁾ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms, LUTS) ซึ่งเกิดจากการอุดตันที่คอของกระเพาะปัสสาวะ (bladder outlet obstruction, BOO) ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน (frequency, nocturia) ปัสสาวะลำบาก (hesitancy) ปัสสาวะไม่พุ่ง (poor stream) ต้องออกแรงเบ่งในการปัสสาวะ (straining) รู้สึกปัสสาวะไม่สุด (sense of incomplete emptying) และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urgency) หรืออาจมีอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของต่อมลูกหมากโต ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่ต่อมลูกหมากโตมานาน ได้แก่ ปัสสาวะไม่ออก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด และไตวาย

ปัจจุบันโรคต่อมลูกหมากโตถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและกำลังทวีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลให้โรคต่อมลูกหมากโตพบร่วมกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแย่ลง ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษากลับจะเพิ่ม

ขึ้นอย่างมาก ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาในรายละเอียดของโรคต่อมลูกหมากโตในเรื่องความชุกอาการและอาการแสดงในระดับต่างๆ ตั้งแต่น้อยจนถึงมาก เพื่อหาแนวทางการดูแลรักษาให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยประเมินจากความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัด เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด และความคุ้มค่าของค่าใช้จ่าย (cost effectiveness) ระหว่างการรักษาด้วยการใช้ยาและการผ่าตัด เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งมีศักยภาพในการรักษาได้ทั้งการใช้ยา และการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (transurethral resection of the prostate, TURP)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลนครพนมระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2555 จำนวน 418 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตจากการซักประวัติอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่เกิดจากการอุดตันของคอกระเพาะปัสสาวะ การตรวจร่างกายและการตรวจทวารหนัก ร่วมกับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยศึกษาข้อมูลด้านความชุกในแต่ละช่วงอายุ ภาวะโรคร่วม อาการทางคลินิก ระดับความรุนแรง การรักษา ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างก่อนและหลังการผ่าตัด และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาด้วยการใช้ยา 2 กลุ่ม คือ alpha-1-adrenergic antagonist และ 5-alpha-reductase inhibitor กับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยวิธี transurethral resection of the prostate (TURP)

การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ใช้ International Prostate Symptom Score (IPSS) โดยอาศัยการตอบคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะตอนกลางคืน ปัสสาวะอ่อนแรง รอนานก่อนปัสสาวะ ปัสสาวะขาดเป็นช่วงๆ ปัสสาวะไม่สุด และปัสสาวะไม่ได้ มีเกณฑ์การให้คะแนน 0-5 คะแนน

รวมทั้งสิ้นอยู่ระหว่าง 0-35 คะแนน คะแนน 0-7 มีอาการระดับเล็กน้อย คะแนน 8-19 มีอาการระดับปานกลาง และคะแนน 20-35 มีอาการระดับรุนแรง⁽²⁾ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตร้อยละ 43.0 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 42.6 และอายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 14.4

ผู้ป่วยทุกรายมีโรคร่วม โดยมีโรคร่วม 2-3 โรค ที่พบมากที่สุด ได้แก่ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.62 ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.80 และพบผู้ป่วยมีโรคร่วมถึง 3 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.31 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	128	30.62
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	112	26.80
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	87	20.81
ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง	12	2.8
เบาหวานและหลอดเลือดหัวใจ	15	3.59
เบาหวานและความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	64	15.31

อาการและอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ได้แก่ ปัสสาวะน้อยหรือปัสสาวะมาก ปัสสาวะไม่พุ่ง และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งพบถึงร้อยละ 64.6 รองลงมาคืออาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากต่อมลูกหมากโต ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 23.4) และปัสสาวะเป็นเลือด (ร้อยละ 7.2)

ความรุนแรงของอาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่างซึ่งประเมินโดยใช้ IPSS พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับปานกลาง 313 ราย (ร้อยละ 74.88) และระดับรุนแรง 105 ราย (ร้อยละ 25.12)

การรักษา ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษา

เริ่มต้นด้วยยา 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม alpha-1-adrenergic antagonist ร่วมกับกลุ่ม 5-alpha-reductase inhibitors และในจำนวนนี้ได้พิจารณาเปลี่ยนเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัด transurethral resection of the prostate (TURP) จำนวน 110 คน (ร้อยละ 26.3) โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่คือ ปัสสาวะไม่ออกร่วมกับมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (acute urinary retention with vesicle calculi) มากกว่า 1 ครั้ง พบได้ร้อยละ 36.4 รองลงมาคือมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำๆ ร่วมกับมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (cystitis with vesicle calculi) ร้อยละ 26.4 และไตทำงานบกพร่อง (renal insufficiency with hydronephrosis) ร้อยละ 19 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด TURP (N=110)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
acute urinary retention with vesicle calculi	40	36.4
cystitis with vesicle calculi	29	26.4
renal insufficiency with hydronephrosis	21	19.0
การรักษาด้วยยา 12 เดือนแล้วไม่ดีขึ้น	12	10.9
hematuria	8	7.3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด TURP (N=110)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะสั้น		
เลือดออก (bleeding)	10	9.0
การติดเชื้อ (secondary infection)	2	1.8
ระยะยาว		
persistent incontinence	3	2.7

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่างก่อนและหลังการผ่าตัด TURP (N=110)

	ความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง		t	p-value
	X	SD		
ก่อนการผ่าตัด	25.0	2.46	79.23	.000*
หลังการผ่าตัด	5.92	1.23		

* p<.01

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดระยะสั้นที่พบมากที่สุดเป็นภาวะเลือดออกจนต้องให้การรักษาด้วยการให้เลือด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 รองลงมาคือ การติดเชื้อ (secondary infection) ร้อยละ 1.8 โดยไม่พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการผ่าตัดเลย ส่วนภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวหลังการติดตาม 1 ปี คือ ปัญหาการควบคุมการปัสสาวะไม่ได้ (persistent incontinence) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 3)

ผลการรักษาโดยเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (LUTS) ระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน IPSS เท่ากับ 25.02 (SD=2.46) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน IPSS เท่ากับ 5.92 (SD=1.23) เมื่อเปรียบเทียบ

ก่อนและหลังการผ่าตัดพบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษาโดยการฉายา 2 กลุ่ม คือ alpha-1-adrenergic antagonist และ 5-alpha-reductase inhibitors ซึ่งเป็นยาผลิตในประเทศ (local made) เป็นระยะเวลา 1 ปี และค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด transurethral resection of the prostate 1 ครั้ง พบว่าค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33,944.00 บาท/ปี และค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (TURP) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20,434.88 บาท/ครั้ง ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแตกต่างกัน 13,509.12 บาท

วิจารณ์

โรคต่อมลูกหมากโต เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ชายสูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้พบในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และพบมากที่สุดคือช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เมื่อตรวจเนื้อต่อมลูกหมากจะพบต่อมลูกหมากโตประมาณร้อยละ 50 และสำหรับผู้ชายอายุ 70-88 ปี จะพบได้ถึงร้อยละ 75 โดยที่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีพยาธิสภาพต่อมลูกหมากโตจะมีอาการทางคลินิก^(3,4) และยังพบอุบัติการณ์ว่าคนไทยในช่วงอายุ 60-69 ปี ประมาณร้อยละ 50 จะมีอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างระดับปานกลางถึงรุนแรง⁽⁵⁾ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงเท่านั้น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะในระยะแรกการเปลี่ยนแปลงมักค่อยๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงและไม่ได้สนใจสังเกตเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่เข้ามารับการตรวจรักษา แต่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการที่คุกคามคุณภาพชีวิต หรือมีอาการแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นจึงทำให้การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะในระดับเล็กน้อย

จากการวิเคราะห์โรคร่วมพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีภาวะโรคร่วม 2-3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ และทำให้

เกิดเส้นเลือดแข็ง (atherosclerosis) มีนักวิชาการได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่าคนที่มีเส้นเลือดแข็งมักจะมีปัญหาโรคต่อมลูกหมากด้วย เนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงต่อมลูกหมากน้อยลงจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดต่อมลูกหมากโตได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้จากเรื่องของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติสูงกว่าคนทั่วๆ ไปในผู้ที่เป็นโรคหรือภาวะดังกล่าว ซึ่งนำไปสู่การกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมากหดตัว และส่งผลให้เกิดการอุดตันแบบเคลื่อนที่ (dynamic obstruction)⁽⁶⁾

ด้านการรักษาผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้ได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยยา 2 กลุ่มร่วมกัน ได้แก่ กลุ่ม alpha-1-adrenergic antagonist ซึ่งออกฤทธิ์ในการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่คอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) ท่อปัสสาวะที่ผ่านต่อมลูกหมาก (prostate urethra) และ prostate capsule และกลุ่ม 5-alpha reductase inhibitors ซึ่งจะออกฤทธิ์โดยลดขนาดของต่อมลูกหมากเมื่อได้รับยานาน 6-12 เดือน⁽⁷⁾ ทั้งนี้ในการรักษาได้พิจารณาตามมาตรฐานการรักษาคือดูสิ่งที่รบกวนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งก็เป็นไปตามองค์การอนามัยโลกที่ให้แนวทางในการรักษาต่อมลูกหมากโตไว้ว่าให้ดูที่ความเดือดร้อนของคนไข้ (bothersomeness) ไม่ใช่อาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเป็นสำคัญ เพราะบางครั้งแม้ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอาการก็ไม่เพิ่มขึ้น หรืออาการอาจจะดีขึ้นเองใน

เวลาต่อมา โดยมีรายงานทางวิชาการในการติดตามผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตโดยไม่ได้รับยาเป็นเวลา 2.6 ถึง 5 ปี พบว่าร้อยละ 16 อาการคงเดิม ขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 38 อาการกลับดีขึ้น อย่างไรก็ตามวิธีการติดตามอาการนี้เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (IPSS < 7 คะแนน) และไม่รบกวนคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือรบกวนคุณภาพชีวิตก็ควรได้รับการรักษาด้วยยา ดังเช่นผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้ที่มีอาการในระดับปานกลางถึงรุนแรงทั้งหมดจึงให้การรักษาด้วยยา และเมื่อพิจารณาผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 308 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.68 ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของ National Institute of Health (NIH) สหรัฐอเมริกา ที่ได้ศึกษาผลการรักษาต่อมลูกหมากโตด้วยยา alpha-1-adrenergic antagonist กับ 5-alpha-reductase inhibitor ร่วมกัน พบว่าสามารถลดความรุนแรงอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยได้ร้อยละ 67⁽⁸⁾

สำหรับผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 ได้รับการพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด transurethral resection of the prostate (TURP) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (gold standard intervention) ในการรักษาต่อมลูกหมากโต ส่วนใหญ่จะมีข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงมีอันตรายต่อไตแล้วทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการปัสสาวะไม่ออก (ร้อยละ 36.4) กระเพาะปัสสาวะอักเสบซ้ำๆ

ร่วมกับมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (ร้อยละ 26.4) ไตทำงานบกพร่อง (ร้อยละ 19) และปัสสาวะเป็นเลือดซ้ำๆ (ร้อยละ 7.3) แม้ว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจะบ่งชี้ว่ามีอันตรายต่อไตมากแล้วและสิ่งที่แพทย์อาจจะวิตกกังวลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดเนื่องจากสูงอายุและมีโรคประจำตัวหลายโรค แต่ผลจากการผ่าตัดก็พบเพียงภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง ได้แก่ การเสียเลือดและต้องได้รับเลือดทดแทน ร้อยละ 9 และอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 1.8 ซึ่งในการผ่าตัดก็ได้มีการเตรียมเลือดไว้พร้อมแล้ว ทำให้ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งไม่พบว่าผู้ป่วยรายใดเสียชีวิตจากการผ่าตัด จากการติดตามผลการรักษาในระยะยาว พบผู้ป่วยเกิด persistent incontinence เพียง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7

เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนน IPSS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนการผ่าตัดมีคะแนน IPSS เฉลี่ยเท่ากับ 25.02 ส่วนหลังการผ่าตัดมีคะแนน IPSS เฉลี่ยเท่ากับ 5.92 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Borboroglu, et al⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TURP 520 ราย พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนน IPSS ก่อนและหลังผ่าตัดเป็น 23.8 และ 6.4 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อดีจากการรักษาด้วยการผ่าตัดอีกประการหนึ่งก็คือ ทำให้ตรวจพบมะเร็ง

ต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นจากผลชิ้นเนื้อ และที่สำคัญค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด (TURP) เปรียบเทียบกับค่ารักษาด้วยยา 2 กลุ่มร่วมกันเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมีมูลค่าต่ำกว่าอย่างชัดเจน ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วการรักษาด้วยยามักจะต้องรับประทานยาในระยะยาว ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าหลายเท่าตัว

ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงแนวทางการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตตามมาตรฐานของอเมริกา^(10,11) และกลุ่มประเทศทางยุโรป⁽¹²⁾ และผลการศึกษาครั้งนี้ของกลุ่มงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะของโรงพยาบาลนครพนมแล้ว แนวทางการรักษาผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตของจังหวัดนครพนมที่มีเป้าหมายให้ได้ผลการรักษาที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และประหยัดงบประมาณการรักษาพยาบาล แนวทางการรักษาที่เหมาะสมสามารถแบ่งผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตได้เป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่อาการไม่รุนแรง เช่น ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน และผู้ป่วยยอมรับกับอาการดังกล่าวได้โดยไม่มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการรักษาจะเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องใช้ยา แต่ถ้าอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ยอมรับในอาการเหล่านี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ควรจะได้รับ การรักษาด้วยยากกลุ่ม alpha-1-adrenergic antagonist ร่วมกับกลุ่ม 5-alpha-reductase inhibitors และติดตามผลการรักษา

ถ้าอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นภายหลังได้รับการบริหารยานานถึง 12 เดือน หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ปัสสาวะไม่ออก มีการทำงานของไตบกพร่อง มีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะบ่อยๆ ก็อาจต้องพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งแนวทางนี้จะใกล้เคียงของทางสหรัฐอเมริกา ซึ่งแตกต่างจากแนวทางของประเทศทางกลุ่มยุโรปที่มักเริ่มจากการใช้ยารักษามากกว่าการเริ่มจากการติดตามโรค⁽¹²⁾

สำหรับกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอาการรุนแรงจนเกิดอันตรายต่อไต เช่น ปัสสาวะไม่ออก การทำงานของไตบกพร่อง มีการติดเชื้อปัสสาวะบ่อยๆ อาจพบร่วมกับนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ก็ควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ไตเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาด้วยยาในระยะยาว และยังมีผลดีในการวินิจฉัยมะเร็งลูกหมากได้ในระยะแรกจากผลชิ้นเนื้อที่ผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาก่อนมะเร็งจะลุกลาม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากกว่า

สรุป

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ชายสูงอายุ โดยพบได้ตั้งแต่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และพบเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรืออาการแทรกซ้อนของต่อมลูกหมากโต การวินิจฉัยขึ้นกับประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจ

ทางทวารหนัก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ การรักษาจะเริ่มด้วยการให้คำแนะนำและการติดตามอาการในรายที่มีอาการน้อย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางและรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วยยา ในการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีจะให้ยากลุ่ม alpha-1-Adrenergic antagonist และกลุ่ม 5-alpha reductase inhibitors ร่วมกัน และควรทำการผ่าตัดในรายที่มีข้อบ่งชี้

เอกสารอ้างอิง

1. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol 1984;132:474-9.
2. ศุภเดช เตียววงศ์สุวรรณ. การตรวจค้นต่อมลูกหมากโต. [อินเทอร์เน็ต] สืบค้นจาก: URL: http://www.prostate.rama.com/reading_detal.php?cld=?. เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2556.
3. Randall A. Surgical pathology of prostatic obstruction. Baltimore: Williams & Wilkins; 1931.
4. Isaacs JT, Coffey DS. Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. Prostate 1989;15(Suppl 2):33-50.
5. Homma Y, Kawabe K, Tantiwong A, et al. Epidemiologic surgery of lower urinary tract symptoms in Asia and Australia using the international prostate symptom score. Int Urol 1977;4:40-6.
6. ชนธีร์ บุญยะรัตเวช. ต่อมลูกหมากโต. (อินเทอร์เน็ต) สืบค้นจาก: URL: <http://www.chulalongkornhospital.go.th/unit/opdchula>. เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2556.
7. Gomley GJ, Stoner E, Bruskewita RC, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. The Finasteride Study Group. N Eng J Med 1993;327:1185-91.
8. จีรพล อมรเวชสุกิจ. โรคต่อมลูกหมากโต Benign Prostatic Hyperplasia ใน: สมบุญ เหลืองวัฒนา. (บรรณาธิการ) ตำราสุขภาพเพศชาย, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2546. หน้า 228-43.
9. Borboroglu PG, Kane CJ, Ward JF, et al. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s. J Urol 1999;162:1307-10.
10. Roehrborn CG, Nuckolls JG, Wei JT, et al. The benign prostatic hyperplasia

registry and patient survey: study design, methods and patient baseline characteristics. BJU Int 2007; 100:813-9.

11. Black L, Naslund MJ, Glibert TD JR, et al. An examination treatment patterns and costs of care among patients with

benign prostatic hyperplasia. Am J Manag Care 2006;12: s99-s110.

12. Hutchison A, Farmer R, Verhamme K et al. The efficacy of drugs for the treatment of LUTS/BPH, a study in 6 European countries. Eur Urol 2007;51:207-15.

Benign Prostatic Hyperplasia at Nakhon Phanom Hospital

*Sangroth Ruamcharoen**

Abstract

The purpose of this retrospective study was to describe the demographic pattern, signs and symptoms, criteria for operative treatment, complication and comparing cost between medical treatment and surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. The 418 patients with benign prostatic hyperplasia at Nakhon Phanom Hospital between 2011 and 2012 were reviewed. The result showed that the most common age group were older than seventy years (42.8%), the most co-morbidity was hypertension with hypercholesterolemia (30.62%), the most common signs and symptoms were hesitancy, urgency and nocturia (64.6%) which required medical therapy. The more severe signs and symptoms were urinary retention, renal insufficiency, urinary tract infection, which required surgical therapy (26.3%). The complications of transurethral resection of the prostate (TURP) were bleeding (9%) and secondary infection (1.8%). No patient died from operations. In comparing head to head, surgical cost was lower than medical cost. Therefore, treatment with TURP surgery in patients with severe BPH seems to be the appropriate treatment for patients with BPH in Nakhon Phanom than medication in the long term.

Keywords : benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate

*Urologist. Department of Surgery, Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province.