

Cystography Helps Shorten Urethral Catheterization Time after Radical Retropubic Prostatectomy

Sittiporn Srinualnad, M.D., FRCS (Glasgow)*, Suthipol Udompunturak, M.S.***, Chaiyong Nualyong, M.D.*

*Department of Surgery, **Clinical Epidemiology Unit, Office for Research and Development, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

ABSTRACT

Objective: Post operative urethral drainage after radical retropubic prostatectomy is bothersome to patients. We assessed the possibility of using cystography to determine the feasibility and safety of early removal of urinary catheter.

Methods: 56 patients who underwent radical retropubic prostatectomy from February 2001- December 2004 by one surgeon using one operative technique were reviewed. Cystography was performed on post-operative day 7 in the last 14 consecutive cases (group 1). The control group included 42 patients who had the urinary catheter removed 14 days postoperatively without cystography (group 2). In group 1, the urinary catheter was removed if cystogram showed no contrast media leakage. Data of the operations, pathological reports, complications and incontinence rate were compared between the two groups.

Results: In group 1, the urinary catheter was removed on post-operative day 7 in 71% of the patients. The median catheterization time was 7 days and 14 days in group 1 and group 2, respectively ($p < 0.001$). The incontinence rate was not significantly different in the two groups. There was no voiding difficulty or urinary retention reported in group 1.

Conclusion: Cystography alleviates urethral discomfort after radical retropubic prostatectomy by shortening urinary catheterization time. Cystography should be considered in all patients who undergo radical retropubic prostatectomy on post-operative day 7. A meticulous urethrovesical anastomosis is required to reduce urinary catheterization time.

Keywords: Radical prostatectomy; Cystography; Prostate cancer

Siriraj Med J 2005;57:495-500

การผ่าตัด radical retropubic prostatectomy สำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้นนั้น เริ่มมีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ในหมู่ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งหลังผ่าตัดนั้นผู้ป่วยต้องใส่สายยางเพื่อสวนปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะเป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์^{1,2} ซึ่งสายยางที่ใส่ไว้ในกระเพาะปัสสาวะนั้นจะก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ป่วยและก่อให้เกิดความกังวลแก่ผู้ป่วยอย่างมาก³ คณะผู้จัดทำจึงได้รายงานผลของการเอาสายสวนปัสสาวะออกเร็วขึ้นโดยอาศัยการตรวจ cystography โดยเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดกับกลุ่มที่เอาสายสวนปัสสาวะออกโดยระยะเวลาปกติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จำนวน 56 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น localized prostate cancer ที่ทำการผ่าตัด radical retropubic prostatectomy โดยวิธีผ่าตัดอย่างเดียวกันโดยศัลยแพทย์ 1 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2544 ถึงเดือนธันวาคม 2547

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการทำ enema คืนก่อนผ่าตัด และจะได้รับยาปฏิชีวนะ 30 นาที ก่อนที่จะลงมือผ่าตัด การผ่าตัด radical retropubic prostatectomy นั้น จะใช้วิธีที่ปรับปรุงจากที่แนะนำโดย Shelfo และ Soloway⁴ เริ่มจากการดมยาสลบผู้ป่วย โดยใช้วิธี general anaesthesia และผู้ป่วยจะนอนในท่านอนหงาย โดยที่เตียงผ่าตัดจะแอ่นเล็กน้อย เพื่อเพิ่มระยะทางระหว่างกระดูกเชิงกรานและสะดือ แผลผ่าตัดจะลงเป็นแผล midline incision เริ่มจาก pubic symphysis ไปสิ้นสุดบริเวณ 2 cm. ต่ำกว่าสะดือ จากนั้นจะเปิดแผลผ่าตัดเข้าไปบริเวณหน้าต่อกระเพาะปัสสาวะ โดยไม่เข้าช่องท้อง หลังจากนั้นจะทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณ pelvic lymph nodes ทั้งสองข้าง เมื่อทำการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออกหมดแล้วจึงทำการลง incision บริเวณ endopelvic fascia ทั้งสองข้าง หลังจากนั้นจะทำการตัด pubo-prostatic ligament จึงจะทำการเย็บ dorsal vein complex ด้วย Vicryl[®] I-0 หลังจากนั้นจะทำการ dissect บริเวณ apex ของต่อมลูกหมากเพื่อให้ได้ความยาวของ urethra พอสมควร จึงจะทำการตัด urethra ออกโดยระมัดระวังไม่ให้เนื้อของต่อมลูกหมากหลงเหลืออยู่ เมื่อทำการตัด urethra เรียบร้อยแล้ว จึงทำการเลาะเอากล้ามเนื้อ recto-urethralis ออกจากต่อมลูกหมาก ต่อจากนั้นจึงเลาะ seminal vesicles และ vas deferences ออก แล้วจึงทำการผูกเส้นเลือดที่มาเลี้ยงต่อมลูกหมาก

Correspondence to: Sittiporn Srinualnad
E-mail: sisri@mahidol.ac.th



รูปที่ 1. รูป cystogram ที่ไม่มี contrast leak ออกจาก anastomosis site

(superior prostatic pedicles) จากนั้นจึงทำการเลาะแยกเอาต่อมลูกหมากออกจากบริเวณ bladder neck โดยจะ preserve bladder neck สำหรับในรายที่ไม่สามารถเลาะเอา seminal vesicles และ vas deferences ออกจากบริเวณ rectum ได้โดยง่ายนั้น จะทำการเปิดกระเพาะปัสสาวะตรงบริเวณตำแหน่งของ bladder neck ก่อน แล้วจึงเลาะเข้าไปหา seminal vesicles และ vas deferences จากทางด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ โดยจะพยายาม preserve bladder neck ให้ได้ในทุกราย สำหรับบางรายที่ไม่สามารถ preserve bladder neck ได้ นั้นจะทำการเย็บซ่อมบริเวณ bladder neck ให้มีขนาดเล็กลง โดยปกติจะเย็บซ่อมจนกระทั่งเหลือเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 ซม. โดยที่จะทำการเย็บ evert mucosa ของ bladder ทุกราย เมื่อเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วจึงทำการต่อกระเพาะปัสสาวะเข้ากับท่อปัสสาวะ โดยใช้ Monocryl[®] 2-0, 6 interrupted stitches หลังจากนั้นจะทำการ irrigate กระเพาะปัสสาวะด้วยน้ำเกลือ จำนวน 200 cc. เพื่อให้ไม่มีเลือดก้อนมาอุดที่ปลายสาย catheter จากนั้นจึงทำการใส่ tube drain แล้วจึงเย็บปิดแผลผ่าตัด

ผู้ป่วยจำนวน 42 รายแรกนั้น (กลุ่มที่ 2) จะได้รับการเอาสายสวนปัสสาวะออกหลังจาก 2 อาทิตย์ไปแล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วย 14 รายล่าสุดนั้นจะได้รับการตรวจ cystography ทุกราย (กลุ่มที่ 1) ตามที่แนะนำโดย Dalton และคณะ⁵ โดยจะใช้ contrast media จำนวน 200 cc. สวนเข้าไปผ่านทางสายสวนปัสสาวะในวันที่ 7 หลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะทำการฉาย X-ray ในภาพ AP และ oblique views รวมถึงการทำ post evacuation film เพื่อดูว่ามี contrast media รั่วออกไปจากบริเวณ anastomosis หรือไม่ ในผู้ป่วยที่ไม่มีสี leak ออกไปจากตำแหน่ง anastomosis จะทำการเอาสายยางออกภายใน 24 ชั่วโมง (รูปที่ 1) สำหรับในรายที่มีสี leak ออกไปเล็กน้อยนั้น (รูปที่ 2) จะนำผู้ป่วยมาทำ cystography ใหม่ในวันที่ 10 หลังผ่าตัด ถ้าพบว่ามีสี leak อยู่ ก็จะใช้สายยางไว้ให้ครบ 14 วัน จึงจะนำผู้ป่วยกลับมาเพื่อเอาสายยางออกอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัด โดยศึกษาถึงผลพยาธิวิทยา ผลแทรกซ้อนของการผ่าตัด สำหรับความสามารถในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะหลังจากผ่าตัดที่ 3 เดือนหลังผ่าตัด ได้ถูกนำมาศึกษาเปรียบเทียบในระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยที่การควบคุมการถ่ายปัสสาวะนั้นสามารถแบ่งได้เป็นระดับดังนี้ คือ

1. กลุ่มที่ควบคุมปัสสาวะได้ดี หมายถึง ไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นอนามัย
2. กลุ่มที่มี mild incontinence หมายถึง ต้องใช้แผ่นอนามัย



รูปที่ 2. รูป cystogram ที่มี contrast leak ออกจาก anastomosis site

1. ผืนต่อวัน

3. กลุ่มที่มี moderate incontinence หมายถึง กลุ่มที่ต้องใช้แผ่นอนามัย 2-3 ผืนต่อวัน

4. กลุ่มที่มี severe incontinence หมายถึง กลุ่มที่ต้องใช้แผ่นอนามัยมากกว่า 4 ผืนต่อวัน

ข้อมูลที่ได้จะนำมาเปรียบเทียบทางสถิติโดยใช้วิธี Mann-Whitney U และ Chi-square โดยถือว่าค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 เป็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผล

ในผู้ป่วย 42 รายแรกที่ทำผ่าตัดนั้น จะเอาสายสวนปัสสาวะออก โดยส่วนใหญ่เป็นวันที่ 14 หลังผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาเป็นหลัก สำหรับในผู้ป่วย 14 รายสุดท้ายนั้น จะได้รับการทำ cystography ทุกราย ในรายที่ไม่พบว่ามีสี leak ออกไป จึงจะทำการเอาสายสวนปัสสาวะออก (ดังที่ได้อธิบายไว้แล้วในวิธีการศึกษา) สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาคือไม่มีมีความแตกต่างกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งในแง่ของลักษณะผู้ป่วย, ระยะเวลาผ่าตัด, ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด, ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล, ลักษณะทางพยาธิวิทยาของ cell มะเร็ง และค่า PSA ที่ 3 เดือนหลังผ่าตัดดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

นอกจากนี้ จากผลการผ่าตัดพบว่าอัตราของ extraprostatic disease และ surgical margin positive ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยที่ทำ cystography และเอาสายยางออกก่อน 14 วันนั้น พบว่าค่ามัธยฐานของการใส่สายยางอยู่ที่ 7 (7-14) วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ทำการฉีดสี cystography นั้นพบค่ามัธยฐานของการใส่สายยางอยู่ที่ 14 (10-30) วัน นอกจากนี้ในกลุ่มที่ทำการเอาสายยางออกก่อนไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องการเกิด voiding difficulty, acute urinary retention และ stricture of anastomosis site แต่อย่างไร เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใส่สายยางไว้ยาวนานพบว่ามีอาการเกิด acute urinary retention ได้ 2 ราย และมีการเกิด stricture บริเวณ anastomosis site จำนวน 7 ราย ในผู้ป่วยจำนวนนี้พบว่ามี 2 ราย เกิดหลังจากการทำ TUR-P มาก่อน นอกจากนี้ในผู้ป่วย 7 รายนี้พบว่า stricture จะเกิดได้ตั้งแต่ 2 เดือน-12 เดือน หลังผ่าตัด โดยที่การรักษาจะใช้วิธี dilate บริเวณ stricture ได้ผลดีเป็นส่วนใหญ่ มีจำนวน 2 รายที่ต้องใช้การทำการรักษาโดยใช้ TUI (Transurethral incision at stricture site) ก็ได้ผลดีเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 1. รายละเอียดของผู้ป่วยและการผ่าตัด

	กลุ่มที่ 1 ทำ cystography (N=14)	กลุ่มที่ 2 ไม่ทำ cystography (N=42)	P value
อายุ (ปี)	65.5 (57-81)	68.5 (49-76)	0.232
PSA (ng/ml) ก่อนผ่าตัด	14.48 (5.7-110)	10.77 (0.5-242)	0.53
Operative time (minutes)	150 (90-225)	180 (72-255)	0.307
Blood loss (mls.)	1,450 (450-2,000)	1,000 (400-4,000)	0.69
Catheter time (days)	7 (7-14)	14 (10-30)	< 0.001
Hospital stay (days)	7 (3-23)	7 (6-14)	0.377
Gleason score	7 (5-9)	7 (5-10)	0.177
PSA (ng/ml) 3 เดือนหลังผ่าตัด	0.03 (0-1.13)	0.07 (0-0.33)	0.968

Note: compare 2 groups by Mann Whitney U-test

ตารางที่ 2. ลักษณะทางพยาธิวิทยา

	กลุ่มที่ 1 ทำ cystography	กลุ่มที่ 2 ไม่ทำ cystography	P value
Extra prostatic disease			
No	9 (64.3%)	23 (59.0%)	0.976
Yes	5 (35.7%)	16 (41.0%)	
Surgical margin			
Negative	6 (42.9%)	20 (48.8%)	0.942
Positive	8 (57.1%)	21 (51.2%)	

Note: compare 2 groups by Chi-Square test

ตารางที่ 3. ผลของการควบคุมการถ่ายปัสสาวะที่ 3 เดือนหลังผ่าตัด

	กลุ่มที่ 1 ทำ cystography	กลุ่มที่ 2 ไม่ทำ cystography	P value
Incontinence			
No (good continence)	8 (57.1%)	15 (62.5%)	0.891
Mild	6 (42.9%)	8 (33.3%)	
Moderate	-	-	
Severe	-	1 (4.2%)	

Note: compare 2 groups by Chi-Square test

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ทำ cystography ไม่พบผลแทรกซ้อนของการผ่าตัดแต่อย่างใด สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้ทำ cystography พบผลแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้คือ wound infection จำนวน 1 ราย, wound dehiscence จำนวน 2 ราย, prolonged lymphatic leak จำนวน 2 ราย, tear iliac vein จำนวน 1 ราย, sepsis 1 ราย, pulmonary embolism 1 ราย และเสียชีวิต จำนวน 3 ราย ภายใน 8, 14, 17 เดือนหลังผ่าตัด โดยจำนวน 3 รายที่เสียชีวิตนั้น 2 ราย เสียชีวิตจากมี distant metastasis อีก 1 ราย เสียชีวิตจาก chronic renal failure และ congestive heart failure

การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ดังตารางที่ 3 นั้นพบว่าในกลุ่มที่ทำ cystography ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมี good continence จำนวน 57.1% และจำนวน 42.9% มี mild symptom ของ incontinence สำหรับในกลุ่มที่ไม่ได้ทำ cystography พบว่าผู้ป่วยมี good continence 62.5% และมี mild incontinence 33.3% และมี severe incontinence 4.2%

วิจารณ์

การผ่าตัด radical retropubic prostatectomy นั้น ที่ทำในโรงพยาบาลศิริราช ปัจจุบันนี้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติโดยทั่วไปว่าสายสวนปัสสาวะจะใส่ไว้อย่างน้อย 14 วัน หลังผ่าตัด ซึ่งแนวทางปฏิบัตินี้ไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ cystography นั้นจะสามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจ cystography ทั้งนี้พบว่าประมาณ 71% ของผู้ป่วยสามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้ 7 วันหลังผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการปัสสาวะลำบากแต่อย่างใด ซึ่งการศึกษานี้ได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lepor และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 184 คน ที่รับการผ่าตัด radical retropubic prostatectomy พบว่า 73% ของผู้ป่วยสามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด³ ได้มีรายงานทางวิชาการที่ดีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ ถึงความนิยมของการเอาสายสวนปัสสาวะออกได้เร็วน้อยกว่า 7 วันหลังผ่าตัดมากขึ้นเรื่อย ๆ พบว่าได้ผลการรักษาเป็นอย่างดี ทั้งในแง่ของ continence rate และ stricture at anastomosis site⁶⁻⁹ นอกจากนี้ในคนไข้กลุ่มที่ทำ laparoscopic radical prostatectomy พบว่าสามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้เร็ว 2 วันหลังผ่าตัด¹⁰ โดยที่ cystogram ช่วยยืนยันว่าไม่มี contrast leak ออกไปนอกกระเพาะปัสสาวะก่อนเอาสายสวนออก อย่างไรก็ตาม Patel และคณะ ได้รายงานไว้ในปีพ.ศ.2546 ถึงการเอาสายสวนปัสสาวะออกก่อน 7 วัน จะทำให้มีโอกาสเกิด acute urinary retention ได้มากถึง 19.3% เมื่อเทียบกับ 2.7% ในกลุ่มที่เอา

สายสวนออกที่ 7 วัน ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้เอาสายสวนปัสสาวะออกก่อน 7 วัน¹¹

Dalton และคณะ ได้รายงานถึงการใช้ cystography เพื่อประกอบการพิจารณาเอาสายสวนออกหลังจากการทำ radical retropubic prostatectomy พบว่าการทำ cystography ถ้าไม่พบ contrast media leak ออกจากกระเพาะปัสสาวะก็สามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ Dalton พบว่ามีอัตราการเกิด stricture มากถึง 18% ซึ่งคาดว่าจะเป็นมาจากการที่มี contrast media leak ออกไปรอบ ๆ ท่อปัสสาวะ อาจทำให้เกิดมี fibrosis เกิดขึ้นเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่มี contrast media leak ออกไป⁵ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาล่าสุดของ Srougi และคณะ ในผู้ป่วยจำนวน 95 คน ที่ทำผ่าตัด radical retropubic prostatectomy พบว่า contrast media จากการทำ cystography ที่ leak ออกมาจากบริเวณ vesicourethral anastomosis นั้น ไม่ได้เพิ่มอัตราการเกิดของ stricture หรือ incontinence แต่อย่างไร¹² ในการศึกษาของผู้เขียนไม่พบว่าเกิด

stricture บริเวณ anastomosis แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากระยะเวลาติดตามผู้ป่วยยังสั้นอยู่ จึงจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป สำหรับในกลุ่มที่ไม่ได้ทำ cystography นั้น พบว่ามีอัตราการเกิด stricture ถึง 16% ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของต่างประเทศพบว่ามีโอกาสเกิด stricture ได้ประมาณ 4-15%¹³⁻¹⁵ Patel และคณะได้ทำการศึกษาในปีพ.ศ.2546 พบว่าโอกาสของการเกิด stricture นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ขึ้นอยู่กับ การเย็บต่อ anastomosis ว่าทำได้ประณีตและเรียบร้อยมากขนาดไหน¹¹ นอกจากนี้เทคนิคการผ่าตัดก็มีความสำคัญมากต่อการเกิด stricture และ incontinence พบว่าเทคนิคการผ่าตัดที่ใช้ bladder neck preservation สามารถลดอัตราการเกิด stricture ได้เป็นอย่างดี โดยที่มีการควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ดีถึง 88% ที่ระยะเวลา 6 เดือน หลังจากการผ่าตัด^{4,16}

จากการศึกษาค้นคว้านี้จะช่วยยืนยันว่าสายสวนปัสสาวะสามารถเอา ออกได้ 7 วันหลังผ่าตัด radical prostatectomy ถ้าหาก cystography แสดงผลปกติ ซึ่งในการศึกษาของผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยที่เอาสายสวน ปัสสาวะออกเร็วจะพบว่ามีโอกาสเกิด good continence 57% เมื่อ เทียบกับกลุ่มที่ใส่สายสวนไว้นานขึ้นพบว่า incontinence ได้ 62.5% ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.89) จากการศึกษาค้นคว้านี้ได้ผลเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Koch ในปีพ.ศ.2546⁶ และ Souto ในปีพ.ศ. 2543⁸ ที่พบว่าระยะเวลาของการ ใส่สายสวนปัสสาวะไม่ได้มีผลต่อการควบคุมการถ่ายปัสสาวะหลัง ผ่าตัด radical retropubic prostatectomy แต่อย่างไร

จากการศึกษาของ Patel ในปีพ.ศ.2546 ถึงการทำ cystography ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด radical retropubic prostatectomy ในวันที่ 8 หลังผ่าตัดพบว่า 89.4% ไม่มี leakage ของ contrast media และ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 87.9% สามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้ ภายในวันที่ 8 หลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่ายา alpha blocker ช่วย ลดอัตราการเกิด acute urinary retention ได้ในกลุ่มที่เอาสายสวน ปัสสาวะออกเร็ว¹⁷ อย่างไรก็ตามเมื่อเร็ว ๆ นี้ Nieder และคณะ ได้ รายงานผลการผ่าตัด radical retropubic prostatectomy ในผู้ป่วย 156 คน โดยใช้ระยะเวลาติดตามการรักษา 3.9 เดือน พบว่าผู้ป่วย 74% สามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกได้ในวันที่ 8 หลังผ่าตัด โดยที่มิ การเกิด retention ของ urine หลังผ่าตัด 1.3% และเกิด stricture 1.3% โดยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ให้ยา alpha blocker หรือทำการตรวจ cystography แต่อย่างใด¹⁶

สรุป

การศึกษาค้นคว้านี้พบว่า การตรวจ cystography สามารถช่วยลดเวลา การใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัด radical retropu- bic prostatectomy ไปได้มาก โดยที่การเอาสายสวนปัสสาวะออก เร็วขึ้นไม่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้นแต่อย่างใด รวมไปถึงการควบคุมการถ่ายปัสสาวะก็ได้ผลใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่ได้

รับการตรวจ cystography และใส่สายสวนปัสสาวะไว้นานกว่า 14 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากขึ้นและน่าจะลดความเสี่ยงต่อการ เกิดผลแทรกซ้อนของสายสวนปัสสาวะลงได้ อย่างไรก็ตามการศึกษา ครั้งนี้จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ทำการศึกษามีไม่มากนัก และใช้เวลาติดตาม ผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำ cystography เป็นระยะเวลาไม่นานนักจึงไม่สามารถ บอกได้แน่นอนว่าการเกิด stricture หลังผ่าตัดมีอัตราเท่าใด จึง จำเป็นต้องให้การตรวจติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ การพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้สามารถทำ anastomosis ที่บริเวณ urethro-vesical anastomosis ให้ประณีต เรียบร้อย เพื่อไม่ให้เกิด การรั่วของน้ำปัสสาวะหลังผ่าตัดอยู่เป็นเวลานานนั้น จะช่วยลดเวลา ของการใส่สายสวนปัสสาวะลงได้

REFERENCES

- Walsh PC. Anatomic radical retropubic prostatectomy: Campbell's Urology. In: Walsh PC, Retik B, Vaughan ED, Wein AJ, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders, Co., 2002:3107-29.
- Myers RP. The surgical management of prostate cancer: radical retropubic and radical perineal prostatectomy. Prostatic disease. In: Lepor H, ed. Philadelphia: WB Saunders, Co., 2000:410-33.
- Lepor H, Nieder AM, Fraiman MC. Early removal of urinary catheter after radical retropubic prostatectomy is both feasible and desirable. Urology 2001;58:425-9.
- Shelfo SW, Obek C, Soloway MS. Update on bladder neck preservation during radical retropubic prostatectomy: impact on pathologic outcome, anastomotic strictures, and continence. Urology 1998;51:73-8.
- Dalton DP, Schaeffer AJ, Garnett JE, Grayhack JT. Radiographic assessment of the vesicourethral anastomosis directing early decatheterization following nerve sparing radical retropubic prostatectomy. J Urol 1989;141: 79-81.
- Koch MO, Nayee AH, Sloan J, Gardner T, Wahle GR, Bihl R, et al. Early catheter removal after radical retropubic prostatectomy: long-term follow up. J Urol 2003;169:2170-2.
- Little JS Jr, Bihl R, Foster RS. Early urethral catheter removal following radical prostatectomy: a pilot study. Urology 1995;46:429-31.
- Souto CA, Teloken C, Souto JC, Rhoden EL, Ting HY. Experience with early catheter removal after radical retropubic prostatectomy. J Urol 2000;163:865-6.
- Tiguert R, Rigaud J, Fradet Y. Safety and outcome of early catheter removal after radical retropubic prostatectomy. Urology 2004;63:513-7.
- Nadu A, Salomon L, Hoznek A, Olsson LE, Saint F, de La Taille A, et al. Early removal of the catheter after laparoscopic radical prostatectomy. J Urol 2001;166:1662-4.
- Patel R, Lepor H. Removal of urinary catheter on postoperative day 3 or 4 after radical retropubic prostatectomy. Urology 2003;61:156-60.
- Srougi M, Paranhos M, Leite KM, Dall'oglio M, Nesrallah L. The influence of bladder neck mucosal eversion and early urinary extravasation on patient outcome after radical retropubic prostatectomy: a prospective controlled trial. BJU Int 2005;95:757-60.
- Borboroglu PG, Sands JP, Roberts JL, Amling CL. Risk factors for vesicourethral anastomotic stricture after radical prostatectomy. Urology 2000;56:96-100.
- Park R, Martin S, Goldberg JD, Lepor H. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: insights into incidence, effectiveness of intervention, effect on continence, and factors predisposing to occurrence. Urology 2001;57:742-6.
- Tomschi W, Suster G, Holtl W. Bladder neck strictures after radical retropubic prostatectomy: still an unsolved problem. Br J Urol 1998;81:823-6.
- Nieder AM, Manoharan M, Kim SS, Soloway MS. Neither alpha-blocker therapy nor cystography is required before early catheter removal after radical prostatectomy. BJU Int 2005;95:323-5.
- Patel R, Fiske J, Lepor H. Tamsulosin reduces the incidence of acute urinary retention following early removal of the urinary catheter after radical retropubic prostatectomy. Urology 2003;62:287-91.

บทคัดย่อ

Cystography Helps Shortening Urethral Catheterization Time after Radical Retropubic Prostatectomy

สิทธิพร ศรีนวนนิต พ.บ.*, สุทธิพล อุดมพันธ์รัก วท.ม.***, ไชยรงค์ นวลยง พ.บ.*

*ภาควิชาศัลยศาสตร์, **หน่วยโรคไตวิทยาลินคิง, สถานส่งเสริมการวิจัย, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, ถนน 10700, ประเทศไทย.

การใส่สายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด radical retropubic prostatectomy สร้างความรำคาญและเป็นปัญหาทางด้านคุณภาพชีวิตต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงแนวทางและความเป็นไปได้ของการเอาสายสวนปัสสาวะออกเร็วขึ้น โดยใช้การทำตรวจ cystography จากการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 56 คน ที่เข้ารับการผ่าตัด radical retropubic prostatectomy ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้น โดยการศึกษาจะแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 (14 คน) จะทำการตรวจ cystography เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 2 (42 คน) ที่ไม่ได้รับการตรวจ cystography ในกลุ่มที่ 1 ถ้าพบว่าไม่มี contrast รั่วออกจากรอยต่อของกระเพาะปัสสาวะกับท่อปัสสาวะ จึงจะเอาสายสวนปัสสาวะออก ศึกษาข้อมูลของการผ่าตัด, ผลทางพยาธิวิทยา, ผลแทรกซ้อน และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะเปรียบเทียบกันระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าในกลุ่มที่ 1 สามารถเอาสายสวนปัสสาวะออกในวันที่ 7 หลังผ่าตัดได้ 71% โดยที่ระยะเวลาเฉลี่ยของการใส่สายสวนปัสสาวะก็สั้นกว่ากลุ่มที่ 2 (7 วัน และ 14 วัน ตามลำดับ $p < 0.001$) ไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องการถ่ายปัสสาวะลำบาก, ปัสสาวะไม่ออก หรือผลแทรกซ้อนอื่นๆ ในกลุ่มที่เอาสายสวนปัสสาวะออกเร็วแต่อย่างไร โดยที่การควบคุมการถ่ายปัสสาวะที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัดก็ได้ผลใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม การทำ cystography นั้นมีประโยชน์ ช่วยให้สามารถลดระยะเวลาของการใส่สายสวนปัสสาวะลงได้ และควรพิจารณาทำในผู้ป่วยทุกรายในวันที่ 7 หลังผ่าตัด radical retropubic prostatectomy นอกจากนี้ วิธีการผ่าตัดที่ประณีตเรียบร้อยของการเย็บต่อบริเวณ urethrovesical anastomosis ก็มีความสำคัญในการช่วยให้เอาสายสวนปัสสาวะออกได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด