

7-1-1980

ผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (รายงานเบื้องต้น)

ธรรมคุณ จารุจร

เรืองชัย วัชรพงศ์

พิชัย บุญยะรัตเวช

อุดม วัฒนถาบุตร

สิริ สุถาวร

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

จารุจร, ธรรมคุณ; วัชรพงศ์, เรืองชัย; บุญยะรัตเวช, พิชัย; วัฒนถาบุตร, อุดม; and สุถาวร, สิริ (1980) "ผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (รายงานเบื้องต้น)," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 24: Iss. 4, Article 3.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol24/iss4/3>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (รายงานเบื้องต้น)

ธรรมนัญ จารุวร*
เรืองชัย วัชรพงศ์*
พิชัย บุญยะรัตเวช*
อดม พัฒนสถาบุตร*
สิริ สุถาวร*
*

Benign prostatic hypertrophy is the most common cause of urinary retention in the old male patients. Three hundred and sixty eight cases of benign prostatic hypertrophy underwent surgery in Chulalongkorn Hospital, during the year 1974-1975. The analysis of early results and complications of the various operative procedures of prostatectomy was carried out. There were 272 cases of transurethral resection of prostate gland (TUR-P), 86 cases of supra-pubic prostatectomy, and 10 cases of retropubic prostatectomy. The TUR-P was the method that had the least complication, consumed minimal operative time and required the shortest hospitalization. Operative blood loss in TUR-P was lesser than other methods. It is concluded that transurethral resection of prostate gland, the most frequently selected procedure for prostatic surgery in this Institute, is the most appropriate procedure for the clinical problem of benign prostatic hypertrophy.

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hypertrophy, BPH) เป็นโรคที่พบบ่อยโรคหนึ่ง และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัสสาวะขัดในชายสูงอายุบ่อยที่สุด เมื่อต่อมลูกหมากโตในระยะแรกคนไข้จะมีอาการปัสสาวะลำบาก ผั่งกระเพาะปัสสาวะจะแก่เกิน โดยบีบตัวแรงขึ้นและหนาขึ้น และถ้าทิ้งไว้ต่อไปจนถึงระยะแก่ตัวไม่ไหวแล้วก็จะเกิดอาการปัสสาวะไม่ออกจาก back pressure ทำให้เกิด vesicoureteral reflux ท่อไตและไตจะถูกทำลายและมีการอักเสบ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะเกิดภาวะไตวายตามมา (1,5) การรักษานิยมใช้กัน เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงดังที่กล่าวมานั้นคือใช้วิธีผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกซึ่งอาจทำได้โดยวิธี 1. Transurethral Resection of the prostate gland (T.U.R.P.) 2. Supra pubic prostatectomy 3. Retropubic prostatectomy 4. Perineal prostatectomy การที่จะเลือกว่าจะทำผ่าตัดโดยวิธีใดในสี่วิธีนี้ตามที่มีรายงานไว้แล้วนั้นมักจะขึ้นอยู่กับความชำนาญของศัลยแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ศัลยแพทย์ทั่วๆ ไปมักจะคุ้นกับวิธีผ่าตัด suprapubic prostatectomy ซึ่งเป็นวิธีทำกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2429 เป็นที่นิยมกันมากในสมัยก่อน และยังคงใช้อยู่ในบางโรงพยาบาลในปัจจุบันนี้ แต่วิธีนี้มักมีอาการตก

เลือดบ่อยมีอันตรายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกิดขึ้นในคนสูงอายุ ดังนั้นในระหว่างปี พ.ศ. 2469-2474 Maxo Millian, Mc. Carthy จึงได้คิดและปรับปรุงเครื่องมือขึ้นซึ่งใช้ผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยทาง urethra (TUR-P) ส่วนวิธี retropubic prostatectomy และ perineal prostatectomy มีใช้กันบ้าง ประปรายมานานแล้ว (2, 3, 4, 6, 7)

วัตถุประสงค์ของรายงานนี้เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเปรียบเทียบระหว่างวิธีผ่าตัดแบบต่างๆ ที่ใช้ตามความสมัครใจของศัลยแพทย์ที่ร่วมในโครงการศึกษาวิจัยนี้

ผู้ป่วยและวิธีการ

ระหว่างปี 2517-2518 มีผู้ป่วยทั้งหมด 368 คน ซึ่งรับไว้ผ่าตัดต่อมลูกหมาก ในภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยโรค benign prostatic hypertrophy และมีอาการปัสสาวะไม่ออก และ obstructive uropathy ชัดเจนแล้ว ศัลยแพทย์ในกลุ่มผู้รายงานสามารถเลือกวิธีผ่าตัดวิธีใดวิธีหนึ่งในสี่วิธี (TUR-P, suprapubic, retropubic และ perineal prostatectomy) แล้วแต่ความสมัครใจและความชำนาญของแพทย์ เมื่อเลือกวิธีผ่าตัดแบบใดแล้ว สำหรับการผ่าตัดแต่ละวิธี ต้องใช้เทคนิค ทั้งก่อนผ่าตัด การ

ทำผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดเหมือนกัน
หมดทุก ๆ รายที่เลือกใช้วิธีผ่าตัดแบบนี้ ๆ
สำหรับการทำผ่าตัดต่อมลูกหมากตลอดระยะเวลา
ของการศึกษา

ผล

ผู้ป่วยชายทั้งหมด 368 คน มีอายุ
ระหว่าง 50 ถึง 98 ปี ได้รับการทำผ่าตัดต่อม
ลูกหมากแบบ TURP 272 ราย (ร้อยละ 73.91)
suprapubic prostatectomy 86 ราย (ร้อยละ
23.37) retropubic prostatectomy 10 ราย
(ร้อยละ 2.72) และไม่มีวิธี perineal prosta-
tectomy เลย เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดน้อย
ที่สุด ได้แก่วิธี TUR-P คือ 46 นาที แต่
ละวิธีต้องให้เลือดปริมาณเฉลี่ยคล้ายคลึงกัน
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้เลือดมีจำนวนน้อยที่สุด
(เพียงร้อยละ 7.72) สำหรับวิธี TUR-P และ
วิธี TUR-P นี้ มีแนวโน้มว่าอาการแทรก
ซ้อน และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด
น้อยกว่าวิธีอื่น (ตารางที่ 1)

สำหรับอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
(ตารางที่ 2) การผ่าตัดวิธี TUR-P ใช้น้ำกลั่น
หรือ น้ำกลั่นผสมกลูโคสมาก ไม่ปรากฏว่า
ผู้ป่วยรายใดเกิดอาการ water intoxication
เลย ผู้ป่วยรักษาด้วยวิธีผ่าตัดนี้อาจมีใช้
38-39 ช ได้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

แต่วิธี suprapubic และ retropubic prosta-
tectomy อาจมีใช้นานเกิน 3 วันได้

ปัญหาเลือดออกในระยะหลังจาก TUR-
prostate พบ 8 ราย ซึ่งรักษาโดยใส่สายยาง
และล้างเอาเลือดก้อนออกจากกระเพาะปัสสาวะ
สำหรับเลือดออกพบในระยะหลังจาก supra-
pubic prostatectomy มีพบ 5 ราย ซึ่ง 2 ราย
ต้องใส่ resectoscope เข้าไปจุดที่เลือดออก
secondary bleeding นี้มักเกิดใน 2-3 อาทิตย์
แรก อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งเป็นการ
แทรกซ้อนที่รักษายากมาก เข้าใจว่าเกิด
จากการตัด-ทำลาย external sphinctor เวา
พบ 1 ราย ในการทำ TUR-prostate 272
ราย หรือ 0.77 % และพบ 2 ราย จาก
suprapubic prostatectomy 86 ราย หรือ
1.16% ทั้งๆ ที่โอกาสที่เกิดจาก TUR-prostate
ควรมากกว่า (2)

ปัสสาวะไหลจากแผลหน้าท้องเกิน 2
อาทิตย์ พบ 2 ราย ใน suprapubic prostatec-
tomy การรักษาใช้ indwelling Foley catheter
เมื่อแผลแห้งดีเอาสายยางออกได้ แผลหน้าท้อง
อีกเสบพบ 2 ราย หนึ่งรายต้องทำ secondary
suture สำหรับ perforation of prostatic
capsule พบบ้างเป็นครั้งคราวจากการทำ
TUR-prostate ปกติแล้วจะไม่เกิดผลเสียหยา
อะไรมาก เพียงแต่ทำให้คนไข้ต้องมีสายยาง

คาไว้นานกว่าปกติไปอีก 1 หรือ 2 วัน ถ้าหาก ศัลยแพทย์ทราบได้ทันทีเมื่อทะเลและพยายามหยุดการผ่าตัดโดยเร็ว และให้ยาปฏิชีวนะขนาดสูงๆ จากคนไข้ที่ทำ TUR-prostate gland 272 ราย พบคนไข้ที่มี perforation of prostatic capsule ซึ่งทำให้เกิดเป็น peri-vesical abscess 1 ราย ซึ่งจำเป็นต้องเปิดเอาหนองออกให้ในอาทิตย์ที่สามหลังผ่าตัด

มีคนที่ตาย 1 ราย ซึ่งอายุ 88 ปี เคยมี congestive heart failure หลายครั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดบัสสาวะสีตี แต่เกิดหัวใจหยุด (cardiac arrest) ในอาทิตย์ที่ 3 ขณะที่ให้กลับบ้านได้แล้ว

Retropubic prostatectomy มีโรคแทรกซ้อน 1 ราย ใน 10 ราย หรือ 10% เป็นแผลหน้าท้องอักเสบ

ประสบการณ์เบื้องต้นของเราเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ชี้บ่งให้เห็นว่า วิธีผ่าตัดแบบ TUR-P ดีกว่าวิธีผ่าตัดต่อมลูกหมากวิธีอื่นๆ ที่ศัลยแพทย์ของเราได้เลือกใช้ ซึ่งตรงกับประสบการณ์ที่ได้เคยมีผู้รายงานมาแล้วในต่างประเทศ เวลาที่ผู้ป่วยต้องใส่ Foley catheter ไว้นานกว่าวิธีอื่นๆ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็ว ไม่ต้องมีแผลหน้าท้อง รับประทานอาหารได้หลังจากออกจากห้องผ่าตัด และเดินได้ทันทีในวันรุ่งขึ้นหลังจากการผ่าตัด

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ผลการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วยวิธีต่างๆ ดังรายงานนี้ แม้ว่าไม่อาจจะเปรียบเทียบกันได้ โดยตรงระหว่างวิธีต่างๆ ด้วยกันและยังไม่อาจเปรียบเทียบกับข้อมูลของต่างประเทศ ก็เพราะมีความแปรปรวนและแตกต่างกันหลายประการ (2,4,5) แต่ข้อมูลที่ได้นี้ ก็แสดงแนวโน้ม ความดีเด่นระยะแรกหลังผ่าตัดของการผ่าตัดแบบ TUR-P ไว้อย่างชัดเจนหลายประการ สมควรได้รายงานไว้ในวารสาร เพื่อเป็นรากฐานในการวิจัยที่สมบูรณ์และลึกซึ้งเกี่ยวกับศัลยกรรมต่อมลูกหมากในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ต่อไป

วิจารณ์

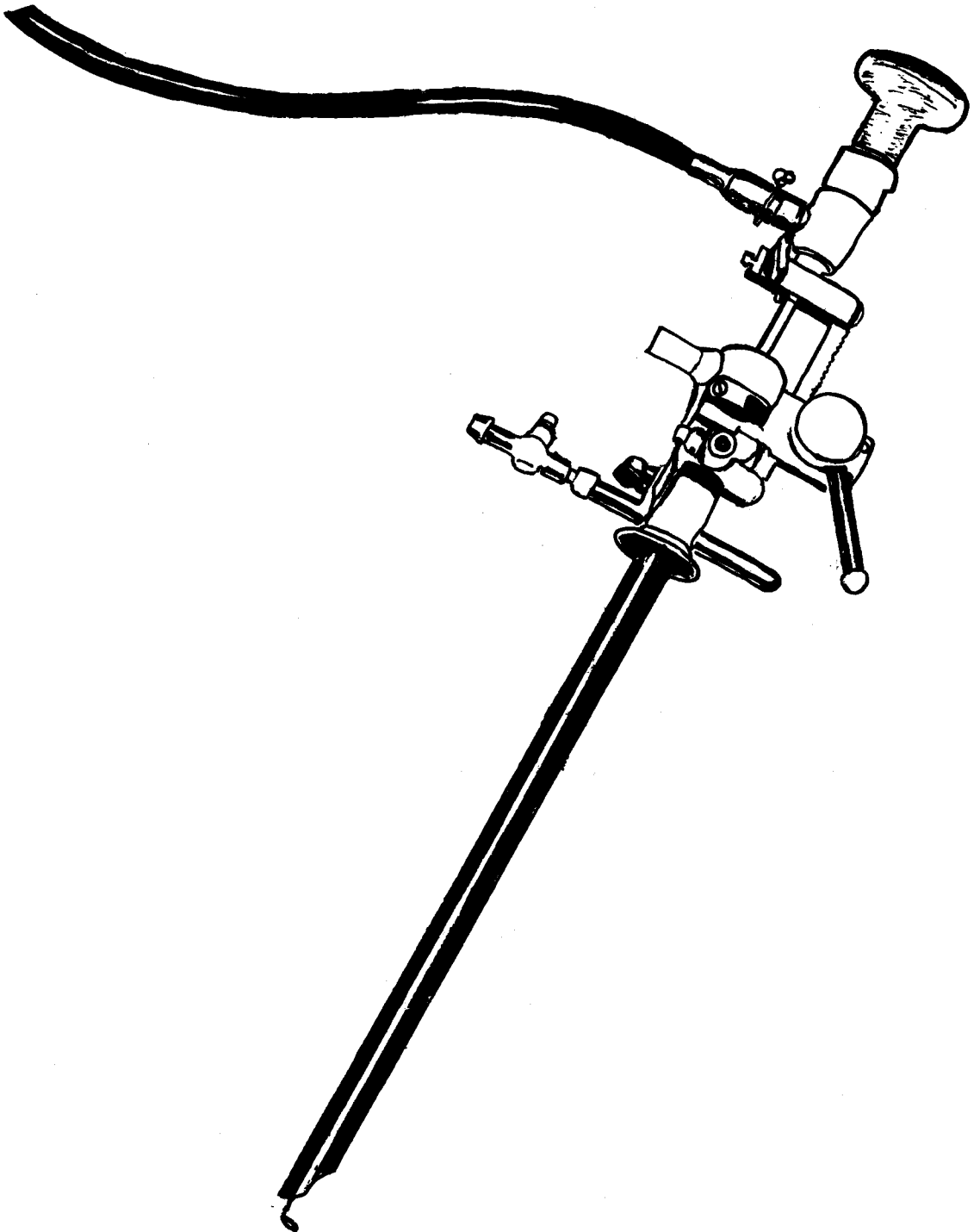
ตลอดปี 2518 เพียงปีเดียวหน่วยยูโรวิทยาามีผู้ป่วยรับการผ่าตัดใหญ่ทั้งสิ้น 508 ราย พบว่าเป็นศัลยกรรมต่อมลูกหมาก 162 ราย (เทียบได้เป็นร้อยละ 31.89) (1) วิธีการผ่าตัดแบบ TUR-P ใช้เวลาผ่าตัดสั้นที่สุด ทั้งนี้เพราะเครื่องมือผ่าตัดสามารถเข้าสู่ต่อมลูกหมากได้โดยตรง ไม่ต้องเสียเวลาเปิดและปิดแผลหน้าท้อง และกระเพาะบัสสาวะปกติแล้ว เชื่อกันว่าศัลยแพทย์จะต้องทำผ่าตัดต่อมลูกหมากให้เสร็จภายใน 1 ชั่วโมง เพราะถ้านานกว่า 1 ชั่วโมง โอกาสที่เกิด water intoxication หรือ TUR-syndrome จะมากขึ้นซึ่งมีอันตรายมาก (2) (รูปที่ 1)

ตารางที่ 1 วิธีผ่าตัดต่อมลูกหมากที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีผ่าตัด จำนวนผู้ป่วย (คน)	เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	เลือดที่ต้องใช้		จำนวนวันที่มีใช้ หลังผ่าตัด	จำนวนวันที่ใช้ Foley's catheter ไว้หลังผ่าตัด	จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ โรงพยาบาลหลังผ่าตัด
		จำนวนผู้ป่วย ร้อยละ	ปริมาณเลือด(ซี.ซี.)ที่ให้ ต่อผู้ป่วยหนึ่งคน			
TUR-P 272	46	21	7.72	452	1.6	8.28
SP-P 86	96.16	59	68.6	645	3.1	18.45
RP-P 10	71.70	5	50	510	3.3	14.50

ตารางที่ 2 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

อาการแทรกซ้อน	วิธีผ่าตัดต่อมลูกหมาก		
	TUR-P	SP-P	RP-P
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนผู้ป่วย (คน)
1. secondary bleeding	8	5	—
2. acute bleeding	2	—	—
3. bladder neck contracture	3	—	—
4. urinary incontinence	1	2	—
5. epididymo-orchitis	1	—	—
6. rupture of prostatic capsule	1	—	—
7. urine leakage (via the wound)	—	2	—
8. wound infection	—	2	1
9. death	1	—	—
รวม	17	11	1



รูปที่ 1 เครื่องมือผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบ TUR-P

สำหรับการห้ามเลือดระหว่างการผ่าตัดนั้นจะเห็นว่า TUR-P ต้องให้เลือด 21 ราย หรือ 7.72% ส่วน suprapubic prostatectomy ต้องให้เลือด 59 ราย หรือ 68.6% ของการผ่าตัด ปกติการทำ TUR-P มักไม่ต้องให้เลือด นอกเสียจากในรายที่ต่อมลูกหมากโตมาก หรือในรายที่มีการบวม และอักเสบที่ต่อมลูกหมากมาก ๆ การที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากทาง TUR-P เสียเลือดน้อยกว่านั้นเพราะโดยวิธีนี้ ศัลยแพทย์สามารถเห็นจุดที่เลือดออกได้ทุกจุด จึงสามารถทำให้เลือดหยุดได้ทันที ดังนั้นหลังผ่าตัดบัสสาวะควรจะใส ซึ่งไม่เหมือนกับ suprapubic prostatectomy ซึ่งจะมักเห็นเลือดออกได้เพียงแถวๆ bladder neck เท่านั้น ส่วนตำแหน่งเลือดออกที่อยู่ใน prostatic fossa โดยเฉพาะบริเวณใกล้กับ external sphincter

นั้นมักมองไม่เห็น การห้ามเลือดจึงใช้ balloon ของ Foley catheter กดตรงตำแหน่งเลือดออกไว้ ถ้าเลือดหยุดได้ก็นับว่าโชคดี ในรายที่ต่อมลูกหมากบวมและอักเสบมากการใส่ Foley catheter ไว้ 7-10 วัน และให้ยาปฏิชีวนะคุมไว้ก่อน จะทำให้เวลาทำผ่าตัดราบรื่นขึ้นมาก เสียเลือดน้อยลง และโดยที่ TUR-P ไม่มีแผลที่หน้าท้องและกระเพาะบัสสาวะกับสามารถห้ามเลือดได้ทุกจุด บัสสาวะจะใสในวันรุ่งขึ้น ดังนั้นจึงสามารถเอาสายยางออกได้เร็วกว่าวิธีอื่นๆ และกลับบ้านได้เร็วกว่าด้วย และโดยเฉลี่ยแล้วเอาสายยางออกได้ใน 4.9 วัน และกลับบ้านได้ใน 8.28 วัน หลังผ่าตัด ซึ่งเรื่องนี้เป็นสิ่งที่ดีและมีความสำคัญมากสำหรับประเทศไทย ซึ่งมีโรงพยาบาลและจำนวนเตียงสำหรับคนไข้อยู่เป็นจำนวนน้อย

อ้างอิง

1. หน่วยสถิติวิทยา, ภาควิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2518
2. Baumrucker G.O. Transurethral Prostatectomy Baltimore, Maryland: The Williams & Wilkins Co., 1968.
3. Beneventi FA. Retropubic Prostatectomy, Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1954
4. Campbell MF, Harrison JH., Urology Philadelphia, Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1970. PP 2405-2529.
5. Flocks RH, Culp D.A., Surgical Urology. Chicago, Illinois: Year Book Medical Publishers, Inc., 1967.
6. Hryntschak, T : Suprapubic Prostatectomy. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1955.
7. Milner WA, Garlick WB, personal communication.