

**ผลการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่:
ประสบการณ์ 10 ปี ของโรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช**

กฤษณะ อักษรนิത്യ พบ ว.ว. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Received: April 9, 2020; Revised: April 24, 2020; Accepted: May 25, 2020.

บทคัดย่อ

บทนำ: มะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ มีทางเลือกรักษาหลายวิธี การผ่าตัดเป็นวิธีที่นิยมในวงกว้าง ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก ได้ยอมรับให้เป็นทางเลือกมาตรฐาน เราเริ่มผ่าตัดชนิดนี้ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชปี พ.ศ. 2553 การศึกษานี้เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวิธีนี้ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลการรักษาของ การผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา

วัสดุและวิธีการศึกษา: วิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ ที่รักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 ก.พ. 2553 - 28 ก.พ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปข้อมูลพื้นฐานของมะเร็งต่อมลูกหมาก ภาวะแทรกซ้อนผลทางพยาธิจากการผ่าตัด ระยะเวลาอนในโรงพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและอัตราร้อยละ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 59 คนอายุเฉลี่ย 69 ปี PSA เฉลี่ย 16.4 ng/mL เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 280 นาทีเสียเลือดเฉลี่ย 440 มิลลิลิตรผู้ป่วย 10 รายต้องให้เลือดผู้ป่วย 3 ราย บาดเจ็บส่วนลำไส้ตรงโดยสองรายเกิดรูรั่วกับท่อปัสสาวะ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่มีผู้ป่วยเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นชนิดเปิดผู้ป่วย 6 ราย ผลขอขบชิ้นเนื้อพบเซลล์มะเร็ง

สรุป: ผลการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปลอดภัยใกล้เคียงกับโรงเรียนแพทย์และสถาบันต่างประเทศ

คำสำคัญ: การผ่าตัดผ่านกล้อง มะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ ผลการรักษา

Outcome of Laparoscopic Radical Prostatectomy: Ten Years of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Experience

Kritsana Aksornit, MD.

Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Background: Even though is no consensus on the best therapeutic approach to the patients with clinically localized prostate cancer. Radical prostatectomy has been gold standard worldwide. Laparoscopic radical prostatectomy (LRP) has been used as an alternative procedure with the advantages of minimal invasive surgery. The report here is our outcome with 59 LRP.

Objective: This study was aimed to describe the outcome of laparoscopic radical prostatectomy in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital and factors that related to the outcome.

Materials and Methods: Were retrospectively reviewed medical records of 59 patients who underwent Transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy at our hospital for clinical localized prostate cancer from 1 February 2010 to 28 February 2020. Data relating to patient demographics, Gleason score, preoperative PSA, perioperative data: blood loss, operative times, complication, length of hospital stay and pathological outcome. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The mean age of the patients was 69 years [range 50-82], preoperative mean PSA was 16.4 ng/ml .The mean operative time was 280 min, average blood loss was 440 mL, and 10 patients received blood transfusions. Three patients had rectal injuries. No conversion to open surgery. Urethrorectal fistula was found in 2 patients. Positive margin swere reported in 6 specimen and no patient death.

Conclusions: Laparoscopic radical prostatectomy in our hospital is safe and feasible. The results show that it can reduce blood loss and reduce the duration of surgery similar to the standard institute.

Keyword: outcome, laparoscopic radical prostatectomy

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ มีความตื่นตัวกับมะเร็งต่อมลูกหมากมากขึ้นเช่น ส่งตรวจหาค่าความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA) เพิ่มขึ้นประกอบกับและเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยประสิทธิภาพที่ดีขึ้นส่งผลให้เราตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเฉพาะที่ (localized prostate cancer) มากขึ้น การวินิจฉัยที่เร็วขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดมากขึ้นมีอายุที่ยืนยาวจากโรคมะเร็งมากขึ้น

การผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกเพื่อรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นหนึ่งในวิธีการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ที่มีประสิทธิภาพรวมถึงสามารถหายขาดได้การผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดใหญ่ของมะเร็งต่อมลูกหมาก มีมานานกว่า 100 ปี⁽¹⁾ มีทั้งการผ่าตัดทางแผลหน้าท้องและทางฝีเย็บ⁽¹⁾ และเป็นหนึ่งในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเฉพาะที่เป็นที่ยอมรับว่าเป็นมาตรฐานในการรักษามานาน⁽²⁾ ด้วยเทคโนโลยีที่ดีขึ้น การผ่าตัดผ่านกล้องเข้ามามีอิทธิพลต่อการรักษาโรคต่างๆ เพื่อประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับอย่างมาก อาทิ เช่น แผลผ่าตัดที่ เล็กลง การฟื้นตัวของผู้ป่วยที่เร็วขึ้น การเสียเลือดที่น้อย มีความเจ็บปวดจากการผ่าตัดที่น้อยลงเป็นต้นการผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่มีรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2540 โดย Schuessler และคณะ⁽³⁾ การศึกษาในต่างประเทศยอมรับว่าผลการรักษาไม่แตกต่างจากการผ่าตัดแบบเปิด⁽⁴⁾

ในประเทศไทยมีรายงานผลการรักษา ครั้งแรกในโรงพยาบาลศิริราชปี พ.ศ. 2549⁽⁵⁾ ต่อมา มีรายงานในโรงเรียนแพทย์หลายแห่งตามมา ส่วนในโรงพยาบาลประจำจังหวัดมีข้อจำกัดหลายอย่างต่อการริเริ่มผ่าตัดชนิดนี้ อาทิ เช่น จำนวนผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่มีปริมาณไม่มาก

นักแพทย์รุ่นก่อนไม่เคยฝึกฝนวิธีการผ่าตัดนี้ ความพร้อมอุปกรณ์ อีกทั้งด้านวินิจฉัยที่ไม่ครบวงจร เช่น การวินิจฉัยโดยการสแกนกระดูกซึ่งทำได้ในบางแห่งเท่านั้น และความไม่เพียงพอของชุดอุปกรณ์ในการผ่าตัดผ่านกล้อง และการที่ศัลยแพทย์ต้องฝึกฝนทักษะตนเอง รวมทั้งสร้างทีมงานที่เชี่ยวชาญขึ้นมาใหม่ เป็นต้นจึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย ที่จะริเริ่มให้มีการผ่าตัดวิธีนี้ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด

ปัจจุบันการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ มีทางเลือกที่เป็นมาตรฐานหลายวิธี ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ตั้งแต่ใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดผ่านกล้อง (robotic assisted radical prostatectomy) การผ่าตัดผ่านกล้องแบบดั้งเดิม (laparoscopic radical prostatectomy) การฉายรังสีด้วยเทคโนโลยีระดับสูง IMRT, 3D External Beam, การฝังแร่ (Brachy therapy) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน เช่น อายุ, โรคประจำตัว, สรีระ, เศรษฐฐานะ, ความเชื่อทางศาสนา การตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผลการรักษาตามความคาดหวังของผู้ป่วยการมีข้อมูลที่ชัดเจนเป็นของตนเองจะช่วยผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและเข้าใจภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

โรงพยาบาลมหาราช ได้ริเริ่มรักษาผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากผ่านกล้องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และปัจจุบัน มีการฉายรังสีเพื่อรักษาซึ่งเป็นทางเลือกอีกทางที่เป็นมาตรฐาน

การศึกษานี้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่รักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเฉพาะที่ด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องในโรงพยาบาลศูนย์มหาราชบัณฑิตยธรรมราชข้อมูลที่ได้ จะช่วยในการประเมินตนเองในการปรับปรุงพัฒนาให้ประสิทธิภาพดีขึ้นและเป็นข้อมูลที่ชัดเจนให้กับผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาและเพื่อให้เห็นถึงความพยายามใน

การที่จะก้าวสู่ความเป็นเลิศ ด้านการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลการรักษาของ การผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา

วัสดุและวิธีการศึกษา

เก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อรักษา มะเร็งต่อมลูกหมาก (Transperitoneal Laparoscopic Radical Prostatectomy) ช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการพยาธิ ได้รับการตรวจ bone scan ทุกรายเพื่อประเมินว่าไม่มีการลุกลาม ของมะเร็งต่อมลูกหมากไปกระดูกในผู้ป่วยที่ค่า PSA มากกว่า 10 ng/mL ส่วนใหญ่จะได้รับการ CT scan เพื่อตรวจหาการกระจายของมะเร็งและการลุกลามของอวัยวะภายในผู้ป่วยทุกรายไม่มีข้อห้ามใดๆต่อการผ่าตัดส่องกล้อง

ผู้ป่วยได้รับข้อมูลของการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากจากศัลยแพทย์ได้แก่การรักษาโดยการติดตามอาการการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งการผ่าตัดแบบเปิด การผ่าตัดผ่านกล้องและการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดซึ่งทำได้ทั้งที่โรงเรียนแพทย์การรักษาโดยการฝังแร่หรือฉายรังสี การลดระดับฮอร์โมนเพศชายทั้งการให้ยาและการผ่าตัดอวัยวะ ทั้งสองข้างรับทราบข้อดีข้อเสียข้อแทรกซ้อน หลังรับทราบผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างสมัครใจ ขั้นตอนการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายให้อนอนโรงพยาบาล 2 วัน ก่อนผ่าตัดได้รับการตรวจเลือดทั่วไป CBC BUNCr Electrolyte PT PTT ตรวจปัสสาวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอ็กซเรย์ปอดทุกราย หากกินยาแก้ปวดแข็งให้งดยา

เลือดแข็งตัวอย่างน้อย 7 วันเตรียมลำไส้ 2 วันก่อนการผ่าตัด จงดเลือด 2 ยูนิต จอง ICU ทุกรายผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g. และ Metronidazole 500mg. หากไม่เคยแพ้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดประมาณ 30 นาที ก่อนผ่าตัด



รูปที่ 1 การจัดทำหลังดมยา



รูปที่ 2 การวางตำแหน่งของ port ใส่เครื่องมือ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดเข้าช่องท้อง ขั้นตอนของผู้ผ่าตัดมีดังนี้จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะต่ำ (Trendelenburg) ประมาณ 30 องศา (ดังรูปที่ 1) ผู้ผ่าตัดใช้ 5 port (ดังรูปที่ 2) โดย port ที่ 1 เป็น port กล้องใช้ port 12 มิลลิเมตร ลงแผลได้สะดวกโดยใช้เทคนิคแบบเปิด port ที่ 2

และ 3 ใช้ port 10 มิลลิเมตรตำแหน่งขอบของกล้ามเนื้อหน้าท้องต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้วมือ ทั้งด้านซ้ายและขวา port ที่ 4 และ 5 ใช้ port 5 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่ง 2 นิ้วมือเหนือ anterior superior iliac spine ทั้งด้านซ้าย และขวาทั้ง 4 port ใช้เทคนิค blunt-tipped ในการผ่าตัด พยายามโยกลำไส้ ต่างๆ ออกจากอุ้งเชิงกรานตัดเยื่อหุ้มช่องท้องเป็นรูปตัว U คว่ำตั้งแต่หน้าท้องลงไปตามตำแหน่ง medial umbilical ทั้งสองข้าง และแยกกระเพาะปัสสาวะออกจากกระดูก pubic bone ผ่านทาง Retzius space. เลาะตามแนวนี้เข้าไปสู่ endopelvic fascia กรีด endopelvic fascia ตาม แนวขอบของต่อมลูกหมากทั้งสองข้าง ตัดและ puboprostatic ligament จากนั้นและแยกต่อมลูกหมากออกจากกระเพาะปัสสาวะ บริเวณ bladder neck หลังจากเลาะทางด้านหลังของ bladder neck จะพบกับ vas deferences และ seminal vesicles เลาะแยก vas deferences, seminal vesicles และด้านหลังของต่อมลูกหมาก ออกจาก rectum ต่อจากนั้นและตัดเส้นเลือด lateral pedicle และ neurovascular bundle โดยใช้ Bipolar และ scissors จากนั้นตัด dorsal vein complex ด้วย scissors และ Bipolar เลาะตรง apex ของต่อมลูกหมากเพื่อให้ได้ความยาวของท่อปัสสาวะพอสมควร ตัดแยกท่อปัสสาวะออกจากต่อมลูกหมากโดยพยายามไม่ให้เนื้อของต่อมลูกหมากหลงเหลืออยู่ตรวจจุดเลือดออกและตรวจลำไส้ตรงว่ามีการฉีกขาดทะลุ หรือไม่ เลาะต่อมน้ำเหลือง pelvic lymph node ทั้งสองข้างเย็บกระเพาะปัสสาวะกับท่อปัสสาวะ โดยใช้ needle holder เย็บด้วย Monocryl 3-0 (contineous) ใส่สายสวนปัสสาวะ 18 Fr ใส่สายระบาย Radivac/Jackson patch ตรวจสอบความเรียบร้อย นำ specimen (ดังรูปที่ 3) ใส่ถุงแล้วนำออกจากช่องท้อง ถอยเครื่องมือและเย็บปิดแผล



รูปที่ 3 prostate specimen

เก็บรวบรวมข้อมูลอายุ ค่า PSA ก่อนผ่าตัด Gleason score pathological staging ระยะเวลาผ่าตัด, จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ปริมาณการเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ผลทางพยาธิ (oncological outcome) จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน, บันทึกการผ่าตัด บันทึกทางวิสัญญี, บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ บันทึกประวัติการรักษา รวบรวมเป็น case record form

นำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ยและเทียบเป็นร้อยละ นำผลมาวิจารณ์ โดยเทียบเคียงกับ สถาบันในประเทศและต่างประเทศเนื่องจากมีความแตกต่างกันในหลายบริบทของความพร้อมเครื่องมือและทีม รวมถึงจำนวนผู้ป่วย จึงไม่ได้นำข้อมูลมาคำนวณเปรียบเทียบทางสถิติ การศึกษานี้จะใช้ข้อมูลมาวิจารณ์เทียบเคียงเท่านั้น

ผลการศึกษา

ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้ป่วย 59 รายได้รับการผ่าตัด Trans-peritoneal laparoscopic radical prostatectomy ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทุกรายเป็นผู้ป่วยในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและค่าพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
Age (year)		
50-59	6	10.2
60-69	26	44
70-79	26	44
80-89	1	1.8
PSA (ng/mL)		
< 4	1	1.8
4-20	38	64.4
>20	20	33.8
Gleason score		
2-6	13	22
7	27	45.7
8-10	19	32.3
Clinical stage		
T1 a	2	3.4
T1b	20	33.8
T1c	37	62.8
Pathological Stage		
T2aN0	7	11.8
T2bN0	16	27.1
T2cN0	17	28.8
T3aN0	8	13.5
T3bN0	10	17
T3bN1	1	1.8

ตารางที่ 2 Perioperative complications/ Long term complications / Operative times (hs)

	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
Perioperative complication		
Blood loss > 500 mL and need blood transfusion	10	16.9
Rectal injury	3	5
Converse to open	0	-
Ureter injury	0	-
Deep vein thrombosis	-	-
Long term complication		
Total incontinence	6	10
Mild incontinence (minimal leakage when have activity)	31	52.5
No incontinence	5	8.4
Stricture urethra and need dilate	2	3.3
Long term loss f/u	15	25.4
Urethrorectal fistula	2	3.3
Operative times (hs)		
2-3	0	-
3-4	12	20.3
>4-5	27	45.7
>5-6	19	32.2
>6	1	1.8

พบว่าผู้ป่วย อายุเฉลี่ย 69 ปี (50-82 ปี) PSA ก่อนผ่าตัด 16.4 ng/mL (1.7-100 ng/mL) ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 280 นาที (210-390 นาที) ระยะของโรคจากการตรวจทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดพบระยะเฉพาะที่ (T1-T2) 38 ราย (ร้อยละ 64.4) ระยะลุกลามเฉพาะที่ (T3) 18 ราย (ร้อยละ 30) มีเนื้องอกหลงเหลืออยู่ (positive surgical margin) 6 ราย (ร้อยละ 10) พบเนื้องอกกลับมาที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ราย (ร้อยละ 1.7) ดังตารางที่ 1 การประเมินการเสียเลือดเฉลี่ย 440 มิลลิลิตร (250-1800 มิลลิลิตร) ผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 8) ต้องให้เลือดระหว่างผ่าตัดและต้องรับเลือดทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 16.9) ดังตารางที่ 2 ผู้ป่วยทุกรายใส่ท่อระบายหลังผ่าตัดเอาท่อ

ระบายออก 3-12 วัน หลังผ่าตัดสายสวนท่อปัสสาวะเอาออก 18-20 วัน หลังผ่าตัดไม่มีผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนจากการผ่าตัดส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12 วัน (7-53 วัน) ผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 5) มีการบาดเจ็บของ rectum (2 ใน 3 ราย มี urethrorectal fistula) ในการติดตามระยะยาวมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย หลังการผ่าตัด 1 ปี จากมะเร็งลุกลามเป็นระยะสุดท้ายผู้ป่วย 38 ราย ไม่มีปัสสาวะเล็ดขณะนอนหลับ กลับปัสสาวะได้ดี 7 ราย ปัสสาวะไหลขณะนั่งและเดิน 7 รายและต้องใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอด ปัสสาวะเล็ดเล็กน้อยเวลาไอหรือจาม 28 ราย ผู้ป่วย 15 ราย ไม่สามารถติดตามการรักษาระยะยาว

วิจารณ์

การผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งต่อมลูกหมากปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่าเป็นมาตรฐานในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ ประเทศไทยโรงเรียนแพทย์หลายแห่งมีรายงานออกมาเป็นระยะรายงานนี้เป็นจุดเริ่มต้นของความพยายามในโรงพยาบาลต่างจังหวัดซึ่งมีข้อจำกัดทางศักยภาพหลายอย่างทั้งด้านบุคลากรเครื่องมือที่มีจำนวนจำกัดและจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดมีไม่มากนักี่ล้วนเป็นอุปสรรคในการริเริ่มของ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จากการศึกษาพบว่าผลการการผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อน rectal injury เกิดร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับการผ่าตัดในระยะเริ่มต้นของทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันมาก⁽⁶⁻¹⁰⁾ แต่หากเปรียบเทียบกับสถาบันหลักๆในต่างประเทศที่มีการผ่าตัดจำนวนมากและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะพบว่า การเสียเลือดเฉลี่ยจะมากกว่า (440 : 200 มิลลิลิตร) อัตราการให้เลือดสูงกว่า (ร้อยละ 16.9 : ร้อยละ 7) เวลาการผ่าตัดจะมากกว่า (280 :150 นาที) rectal injury มากกว่า (ร้อยละ 5 : ร้อยละ 0.54) และพบว่ามีข้อมูลแตกต่างจากข้อมูลในต่างประเทศและโรงเรียนแพทย์คือค่า PSA เฉลี่ยที่สูงกว่ารวมทั้งที่มาของผลชิ้นเนื้อในต่างจังหวัดมักมีอัตราส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการคว้านต่อมลูกหมาก(TUR-P) ที่สูงกว่าผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์ รายงานในต่างประเทศแทบจะไม่มีผู้ป่วยที่ผ่านการคว้านต่อมลูกหมากเลย การคว้านต่อมลูกหมากมีผลกับการผ่าตัดผ่านกล้องเนื่องจากมีพังผืดรอบต่อมลูกหมากซึ่งเป็นอุปสรรค ของการผ่าตัดผ่านกล้อง

หลายการศึกษา รายงานผลดีที่ชัดเจนจากการผ่าตัดผ่านกล้องเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดแผลใหญ่ คือการเสียเลือดที่ลดลง ,ระยะการฟื้นตัวที่สั้นลง ความปวดที่น้อยลง การใช้ยาแก้ปวดที่

น้อยลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นลง แผลที่เล็กลง นับเป็นประโยชน์ของผู้ป่วยในเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยโดยไม่ต้องเดินทางไปรักษาในโรงเรียนแพทย์จะเห็นว่าการศึกษานี้ไม่ได้รับเรื่องสมรรถภาพทางเพศหลังการรักษา เนื่องจาก ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดแบบ Non Nerve Sparing LRP

สรุป

จากผลการศึกษาจะเห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเฉพาะที่ ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีความปลอดภัยและผลการรักษามะเร็งเบื้องต้นอยู่ในระดับใกล้เคียงกับการรายงานในต่างประเทศ และในโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย แม้ว่าในช่วงแรกจะมีปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ยสูงกว่า และระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ยนานกว่า แต่เมื่อผ่านไปจนชำนาญขึ้น การเสียเลือดและเวลาผ่าตัดน้อยลงตามลำดับ ระยะลุกลามเฉพาะที่ของมะเร็ง มีผลกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการบาดเจ็บของลำไส้ตรง(rectum) และหากมีการบาดเจ็บของลำไส้ตรงเกิดขึ้น การเปิดระบายอุจจาระ (colostomy) ควรทำเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ควรต่อเนื่องในระยะยาว จำนวนการผ่าตัดผู้ป่วยที่มากขึ้นจะสามารถได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและใช้เปรียบเทียบกับสถาบันมาตรฐานในประเทศและต่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ.สุนัย ลีวันแสงทองจากโรงพยาบาลศิริราชที่กรุณามาเป็นพี่เลี้ยงในการเริ่มผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้ป่วยที่รายแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Young HH. The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate. Johns Hopkins Hosp Bull 1905; 16:315– 21.
2. Walsh PC. The status of radical prostatectomy in the United States in 1993: where do we go from here?. J Urol 1994;152:1816.
3. Schuessler WW, Schulam PG, Clayman RV, Kavoussi LR. Laparoscopic radical prostatectomy: Initialshort-termexperience. Urology 1997;50:854–7.
4. Rassweiler J, SeemannO, Schulze M. Laparoscopic versus open radical prostatectomy: Acomparative study at a single institution. J Urol 2003; 169:1689– 93.
5. Nualyong C, Srinualnad S, Taweemonkongsap T, Amornvesukit T. Laparoscopic radical prostatectomy versus open retropubic radical prostataectomy: short term outcome. Thai J Surg 2005;26:159-60.
6. Anastasiadis AG, Salomon L, Katz R. Radical retropubic versus laparoscopic prostatectomy: A prospective comparison of functional outcome. Urology 2003; 62: 292–7.
7. Bhayani SB, Pavlovitch CP, Hsu TS. Prospective comparison of short-term convalescence: Laparoscopic radical prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy. Urology 2003; 61:612–6.
8. Salomon L, Sebe P, De la Taille A. Open versus laparoscopic radical prostatectomy: I and II. BJU Int 2004; 94:238–50.
9. Wiangsakunna W, Harithaithaworn S. Laparoscopic radical prostatectomy: can we do it in provinc hospital J Phapokklao Hosp. Clin Med Education center 2011; 28:53-61.
10. Hsu-Chen Juan, Shu- Pin Huang. Complication of laparoscopic radical prostatectomy - A single institute experience. The Kaohsiung Journal of medical Sciences 2012;28:550-4.