

มะเร็งอวัยวะเพศชาย (Penile cancer หรือ Penile carcinoma)

มะเร็งอวัยวะเพศชาย (Penile cancer หรือ Penile carcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดกับผิวหนังที่ห่อหุ้มตัวอวัยวะเพศ (องคชาติ)และ/หรือกับเยื่อเมือกของอวัยวะเพศในส่วนหัว (Glans) คือส่วนที่ผิวหนังห่อหุ้มอยู่และเมื่อดึงเปิดขึ้น จึงเห็นเนื้อเยื่อส่วนนี้ (กายวิภาคและสรีรวิทยาอวัยวะสืบพันธุ์ชาย) ซึ่งเกือบทั้งหมดของโรคมะเร็งอวัยวะเพศชายจะเกิดในเนื้อเยื่อเมือกในส่วนนี้

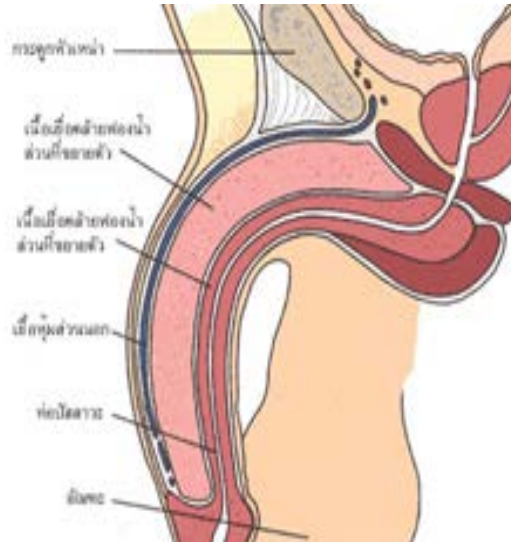
มะเร็งอวัยวะเพศชายพบได้น้อยในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา เพียงประมาณ 0.4-0.6% ของมะเร็งทั้งหมดของเพศชาย แต่จะพบโรคได้สูงในประเทศที่กำลังพัฒนาและยังไม่พัฒนา เช่น ในเอเชีย แอฟริกา และลาตินอเมริกา โดยพบได้สูงถึงประมาณ 20-30% ของโรคมะเร็งทั้งหมดของเพศชาย เช่น ในอินเดียพบโรคนี้ได้ประมาณ 0.7 - 3 รายต่อประชากรชาย 100,000 คนต่อปี ส่วนในบราซิลพบได้ประมาณ 8.3 รายต่อประชากรชาย 100,000 คนต่อปี ส่วนในประเทศไทย ช่วงปีพ.ศ. 2544-2546 พบโรคนี้ 1.2 รายต่อประชากรชาย 100,000 คนต่อปี อย่างไรก็ตาม พบว่าขณะนี้ อัตราเกิดโรคนี้ในประชากรโลกค่อยๆลดลงอย่างต่อเนื่องมาประมาณ 3 ทศวรรษแล้ว โดยเชื่อว่าเกิดจากการที่ผู้คนรู้จักดูแลสุขอนามัยของตนเองและของอวัยวะเพศได้ดีขึ้น

มะเร็งอวัยวะเพศชาย เป็นโรคของผู้ใหญ่ อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยพบโรคได้สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งมีบางการศึกษา รายงาน พบโรคนี้ได้ประมาณ 7% ในชายอายุต่ำกว่า 30 ปี และประมาณ 22% ในชายอายุต่ำกว่า 40 ปี

ลักษณะโครงสร้าง

องคชาติ ประกอบด้วยส่วนหัว (glans penis) ส่วนลำตัว (shaft) และส่วนโคน (root) ส่วนหัวบริเวณที่ติดกับส่วนลำตัว เรียกว่า ส่วนคอ หรือโคโรนา (corona) ซึ่งมีลักษณะเป็นสัน มองเห็นได้ชัดเมื่อองคชาติแข็งตัว ภายในองคชาติ ประกอบด้วยท่อ 3 ท่อ สองท่อนอนขนานกัน และอีกท่ออยู่ข้างใต้ ซึ่งส่วนนี้จะมีท่อปัสสาวะผ่านอยู่ภายในอีกที ภายในท่อทั้งสามจะมีช่องว่างซึ่งเป็นอยู่ของหลอดเลือดเล็ก ๆ จำนวนมาก และรอบ ๆ ท่อจะมีแผ่นเส้นใยห่อหุ้มอยู่ ส่วนหัวขององคชาติ จะเป็นส่วนที่ต่อกับท่อเดียวที่อยู่ข้างใต้ จึงมีรูเปิดของท่อปัสสาวะ ส่วนหัวขององคชาติ เป็นส่วนที่ไวต่อความรู้สึกมากที่สุด เมื่อแรกเกิด ส่วนนี้จะถูกคลุมด้วยส่วนที่เรียกว่า หนังหุ้มปลาย(foreskin or prepuce) โดยมีสายยึดต่อระหว่างกัน ซึ่งภาษาชาวบ้านเรียกว่า สายสองสลึง (frenulum) หนังส่วนนี้สามารถรูดขึ้นมาให้พ้นจากส่วนหัวได้เมื่อต้องการทำความสะอาดหรือเมื่อองคชาติแข็งตัว ในกรณีที่ไม่สามารถรูดหนังหุ้มปลายเพื่อเปิดส่วนหัวขององคชาติอาจต้องผ่าตัดแก้ไข ที่เรียกว่า ทำขลิบ (circumcision) ส่วนโคนขององคชาติ จะยึดติดกับกระดูกเชิงกรานและมีกล้ามเนื้ออยู่โดยรอบ เรียกว่า กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อฝีเย็บ การบีบรัดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อทั้งสองจะขับน้ำอสุจิหรือน้ำปัสสาวะให้ไหลผ่านออกมาจากองคชาติ องคชาติของแต่ละคน มีขนาดแตกต่างกันมาก ขณะที่ไม่แข็งตัวจะมีความยาวระหว่าง 7 - 11 เซนติเมตร และเมื่อแข็งตัวจะมีขนาดระหว่าง 14 - 18 เซนติเมตร แต่อย่างไรก็ดี ขนาดขององคชาติในขณะที่ไม่แข็งตัวและขณะแข็งตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน ในวัยเด็ก รูปร่างและขนาดขององคชาติจะแตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ แต่จะ

เริ่มมีการพัฒนาเมื่อเข้าสู่วัยแตกเนื้อหนุ่ม (อายุ 9 - 11 ปี) และสิ้นสุดเมื่ออายุประมาณ 14 - 16 ปี โดยจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มีส่วนหัวชัดเจน และมีขนหัวหน่ออย่างสมบูรณ์



รูปที่1 ภาพแสดงอวัยวะเพศชาย

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 ได้มีการศึกษากลไกทางร่างกายเมื่อเกิดอารมณ์เพศ ที่เรียกว่า การตอบสนองทางเพศ ทำให้ความลับที่มีมานานเกี่ยวกับเรื่องนี้ถูกเปิดเผยมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันเราทราบว่า กระบวนการที่ทำให้องคชาติแข็งตัวเกี่ยวข้องกับสมอง ระบบประสาทอัตโนมัติ และสารเคมีจากเซลล์ของผนังหลอดเลือดที่องคชาติ (The nitric oxide - c GMP pathway) เมื่อเกิดความรู้สึกเร้าอารมณ์ทางเพศ เซลล์ของผนังหลอดเลือดที่องคชาติจะหลั่งสารเคมีดังกล่าวข้างต้น ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงในองคชาติคลายตัว หลอดเลือดแดงจึงขยายตัว และเลือดไหลเข้ามาขังในองคชาติเป็นจำนวนมาก ทำให้องคชาติขยายใหญ่และแข็งตัวขึ้น กลไกอื่นที่ทำให้หลอดเลือดแดงในองคชาติคลายตัวเช่นกัน ได้แก่ กระบวนการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติส่วนพาราซิมพาเทติก การแข็งตัวขององคชาติอาจเริ่มต้นจากศูนย์อารมณ์ที่สมองเมื่อมีความรู้สึกเร้าอารมณ์ทางเพศจากการถูกกระตุ้นด้วยวิธีต่าง ๆ จากนั้นสมองก็จะส่งสัญญาณมาที่องคชาติ ทำให้เกิดการแข็งตัวหรือการแข็งตัวอาจเกิดจากการกระตุ้นที่องคชาติโดยตรงก็ได้ สำหรับกรณีหลังนี้ การแข็งตัวอาจเป็นผลจากการกระตุ้นที่องคชาติโดยตรงเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการกระตุ้นจาก สมองเมื่อเกิดอารมณ์เพศเพราะมีการสัมผัสองคชาติอีกส่วนหนึ่งก็ได้

สาเหตุการเกิดโรค

ปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน ชัดเจนของการเกิดโรคมะเร็งอวัยวะเพศชาย แต่พบมีปัจจัยเสี่ยง คือ

1. ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ(Circumcision) ทั้งนี้ ยังขึ้นกับอายุที่ขลิบด้วย โดยมีการศึกษาพบว่า

เมื่อขลิบตั้งแต่แรกเกิด มักไม่พบการเกิดโรคมะเร็งนี้เลย เมื่อขริบช่วงอายุ 3-12 ปี พบเป็นโรคมะเร็งนี้ได้ 0.15% แต่เมื่อขริบในอายุที่สูงกว่านี้ หรือไม่ได้ขริบ พบโรคมะเร็งนี้ได้ 3.1% ทั้งนี้ยังไม่ทราบเหตุผลที่แน่ชัดว่าทำไม แต่มีผู้พยายามอธิบายว่า อาจเกี่ยวกับสารซีเปียก(Smegma) ซึ่งสร้างจากผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ มีหน้าที่ให้ความชุ่มชื้นต่อ ส่วนหัวของอวัยวะเพศ อาจเกิดการสะสมก่อให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อ และหรือก่อการระคายเคืองต่ออวัยวะเพศส่วนหัวนี้เรื้อรัง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ไปเป็นเซลล์มะเร็ง(เมื่อทำความสะอาดได้ไม่ดีพอจนเกิดการสะสมของสารนี้ได้ผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ) ดังนั้นเมื่อได้รับการขริบออกตั้งแต่แรก จึงลดการเกิดสารซีเปียกลง และลดการหมักหมมของเชื้อโรค

2. มีหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศตีบ (Phimosis) ซึ่งสาเหตุที่เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งนี้ยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่า เมื่อมีการตีบเกิดขึ้น การทำความสะอาดบริเวณส่วนหัวของอวัยวะเพศทำได้ยากจึงเกิดการสะสมของแบคทีเรียและสารซีเปียก ดังกล่าวแล้ว
3. การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีของอวัยวะเพศ (HPV, Human papilloma virus, ไวรัสที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก)
4. การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) หรือโรคเอดส์
5. การสูบบุหรี่ จากการที่เซลล์ต่างๆได้รับสารพิษจากควันบุหรี่
6. จากแสง และ/หรือ ยาบางชนิด ที่ใช้รักษาโรคสะเก็ดเงิน
7. อายุ โดยพบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้ อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยของโรคมะเร็งอวัยวะเพศชายคือ อาการมีก้อนเนื้อ หรือแผลเรื้อรังในบริเวณอวัยวะเพศ (แผลไม่หายภายใน 2 สัปดาห์หลังการรักษาแผลด้วยวิธีดูแลแผลทั่วไป) อาจร่วม กับมีอาการเจ็บแผลหรือไม่ก็ได้ แผลอาจมีลักษณะอักเสบ หรือคล้ายหนองไก่ หรือดอกกะหล่ำ อาจเกิดหนองและ/หรือมีสารคัดหลั่งมีกลิ่น มักมีเลือดออกได้ง่าย อวัยวะเพศส่วนนั้นจะบวม โดยการแข็งตัวของอวัยวะเพศอาจยังคงเป็นปกติได้

เมื่อโรคลุกลาม จะคลำได้ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโต อาจเจ็บ อาจคลำได้ ต่อมเดียว หรือ หลายต่อม อาจคลำได้เพียงที่ขาหนีบข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง ซ้ำยและขวา ซึ่งเมื่อต่อมน้ำเหลืองโต อาจแตกเป็นแผลเปื่อยเน่า และมักก่อให้เกิดถุงอัณฑะและขาทั้งสองข้างบวมโต

ในบางครั้ง อาจมีอาการนำมาก่อนเกิดแผลหรือก่อนเกิดก้อนเนื้อบริเวณหัวของอวัยวะเพศ คือ การเกิดฝ้าแดง (Erythroplakia, สีผิวที่เกิดเป็นสีแดงเป็นปื้น เป็นหย่อมๆ คล้ายกับฝ้าบนผิวหนัง แต่เป็นสีแดง ไม่เจ็บ ไม่คัน) หรือบางครั้ง (พบได้น้อยกว่า) อาจเป็นฝ้าขาว (Leucoplakia, ฝ้าลักษณะเดียวกับฝ้าแดง แต่มีสีขาว) ซึ่งเมื่อพบฝ้าเหล่านี้ ควรรีบพบแพทย์ เนื่องจากฝ้าเหล่านี้จะกลายเป็นมะเร็งได้ โดยเฉพาะฝ้าแดง

การวินิจฉัยโรค

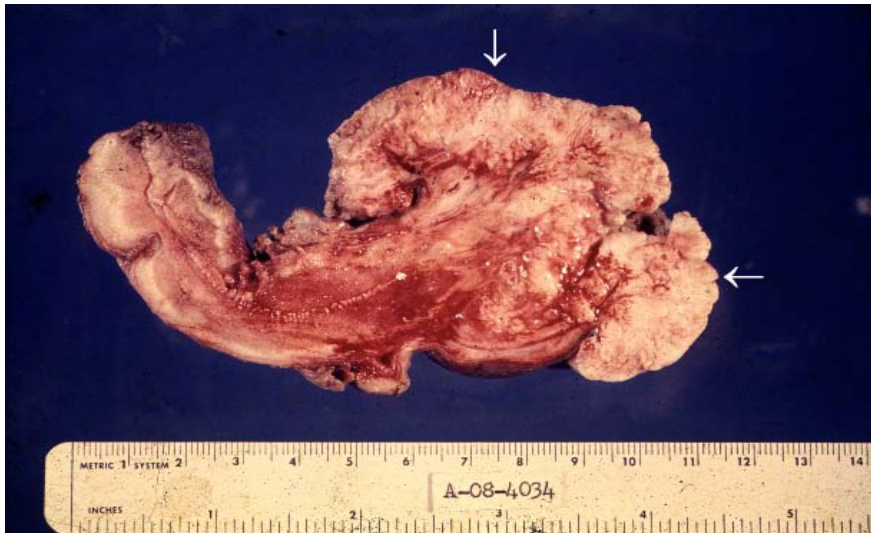
แพทย์วินิจฉัยโรคมะเร็งอวัยวะเพศชายได้จาก ประวัติอาการประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจร่างกาย การตรวจอวัยวะเพศ และการตรวจคลำต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ แต่ที่ให้ผลแน่นอน คือ การตัดชิ้นเนื้อจากก้อนเนื้อ/แผลเพื่อการตรวจทางพยาธิวิทยา ภายหลังผลชิ้นเนื้อระบุเป็นมะเร็ง การตรวจเพิ่มเติม คือ การตรวจเพื่อประเมินระยะโรค และเพื่อประเมินสุขภาพของผู้ป่วย โดยทั่วไปมักเป็นการตรวจภาพช่องท้อง หรือช่องท้องน้อย (อัลตราซาวด์) ด้วยอัลตราซาวด์ และ/หรือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เพื่อดูการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องและในช่องท้องน้อย การตรวจเลือดซีบีซี (CBC) การตรวจเลือดดูค่าน้ำตาล ดูการทำงานของตับและไต และการตรวจปัสสาวะดู การทำงานของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ และตรวจเอกซเรย์ภาพปอด ดูโรคของปอด ของหัวใจ และดูการแพร่กระจายของโรคมะเร็งสู่ปอด

ลักษณะทางพยาธิวิทยา

เกือบทั้งหมดของ penile carcinoma จะเป็น squamous cell carcinoma สำหรับ cell type ชนิดอื่น ๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ malignant melanoma, basal cell carcinoma, Bowen's disease (carcinoma in situ), mesenchymal tumor, metastatic lesion



รูปที่ 2 แสดง squamous cell carcinoma



รูปที่ 3 แสดง squamous cell carcinoma



รูปที่ 4 แสดง Bowen's disease

ระยะของโรค

แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 โรคมะเร็งลุกลามอยู่ในชั้นตื้นๆของเนื้อเยื่ออวัยวะเพศ และเซลล์มะเร็งเป็นชนิดแบ่งตัวต่ำ

ระยะที่ 2 โรคมะเร็งลุกลามมากขึ้น ลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อต่างๆของอวัยวะเพศ และ/หรือเข้าท่อปัสสาวะส่วนที่อยู่ในอวัยวะเพศ (กายวิภาคและสรีรวิทยาอวัยวะสืบพันธุ์ชาย)

ระยะที่ 3 โรคมะเร็งลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ อาจต่อมเดียว หลายต่อมและหรือทั้งสองข้างของขาหนีบ

ระยะที่ 4 โรคมะเร็งลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบจนต่อมน้ำเหลืองติดกับผิวหนัง และหรือยึดติดกับเนื้อเยื่อใต้ ต่อมน้ำเหลือง และ/หรือแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องน้อย (อุ้งเชิงกราน) และหรือในช่องท้องและหรือแพร่กระจายเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่างๆที่อยู่ไกลออกไป ซึ่งเมื่อแพร่กระจาย มักเข้าสู่ปอด

การแบ่งระยะของโรคตาม TNM classification

T0: No evidence of primary tumor

Tis: Carcinoma in situ

Ta: Noninvasive verrucous carcinoma

T1: Tumor invades subepithelial connective tissue

T2: Tumor invades corpus spongiosum or cavernosum

T3: Tumor invades urethra or prostate

T4: Tumor invades other adjacent structures

N0: No regional lymph node metastasis

N1: Metastasis in a single superficial inguinal lymph node

N2: Metastasis in multiple or bilateral superficial inguinal lymph nodes

N3: Metastasis in deep inguinal or pelvic lymph node(s), unilateral or bilateral

M0: No distant metastasis

M1: Distant metastasis

--Stage 0-- Tis-a, N0, M0

--Stage I-- T1, N0, M0

--Stage II-- T2, N0, M0

T1-2, N1, M0

--Stage III-- T1-2, N2, M0

T3, N0-2, M0

--Stage IV-- T4, any N, M0

any T, N3, M0

any T, any N, M1

หลักการรักษา

A. Stage I penile cancer (Tis, Ta, T1 ; N0 ; M0)

1) Lesions limited to the foreskin ให้ทำ wide local excision with circumcision

2) Carcinoma in situ of the glans ให้การรักษาได้โดย

2.1 local application of fluorouracil cream

2.2 microscopically controlled surgery

2.2.1) For infiltrating tumor of the glans

2.2.2) Penile amputation (partial or total)

2.3 Radiation therapy

2.4 Nd : YAG laser therapy สามารถ preserve cosmetic appearance ได้ดี แต่ผลการศึกษายังมีค่อนข้างน้อย

B. Stage II penile cancer (T2, N0, M0)

1) penile amputation ซึ่งอาจจะเป็น partial, total, or radical amputation ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของโรค

2) Radiation therapy และถ้ามี recurrence จึงทำ amputation

3) Nd : YAG laser therapy เพื่อที่จะ preserve penis ในกรณี tumor เล็ก แต่ผลการศึกษายังค่อนข้างน้อย

4) ในกรณีที่ เป็น poorly differentiated tumor อาจจะทำ prophylactic ilioinguinal lymphadenectomy ร่วมด้วย

C. Stage III penile cancer (Tis, Ta, T1, T2 ; N1-3 ; M0)

ประมาณ 50% ของผู้ป่วยจะพบว่ามี inguinal node โต แต่ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยนี้จะพบว่า การที่ inguinal node โตเกิดจาก inflammatory changes ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ulcerated or infected penile lesion ถ้า inguinal node ยังโตอยู่ แม้ว่าจะให้ยาปฏิชีวนะหรือผ่าตัดเอา primary lesion ออกไปแล้วมากกว่า 3 อาทิตย์ จึงให้สงสัยว่าต่อมน้ำเหลืองที่โตเกิดจากก้อนมะเร็ง

1. penile amputation followed by ilioinguinal node diissection

2. Radiotherapy อาจจะใช้เป็น alternative treatment ถ้าผู้ป่วยไม่ใช่ surgical candidate

3. Penile amputation followed by ilioinguinal node dissection and postoperative radiation อาจจะช่วยลด

inguinal recurrence ได้

D. Stage IV penile cancer (T3-4 , any N , M0 ; any T , any N , M1)

ในปัจจุบันยังไม่มียวิธีการรักษาที่ถือว่าเป็นการรักษาที่ทำให้หายขาดสำหรับโรคในระยะนี้ ดังนั้น การรักษาที่ให้จึงเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

1. Palliative Surgery of local penile lesion เพื่อป้องกัน necrosis, infection, hemorrhage

2. Palliative radiation ของ primary tumor, regional adenopathy or metastasis

3. Palliative combining chemotherapy

ชนิดของการรักษา

1. การผ่าตัด แบ่งเป็น

1.1 การรักษา primary lesion จะต้อง remove lesion และ adequate margin (2 เซนติเมตร) total

penectomy ต้อง

remove both corpora และทำ perineal urethrostomy

1.2 การรักษา regional lymph node ถ้าพบ positive groin metastasis เมื่อเริ่มรักษาหรือภายใน 6 เดือน หลังจากรักษาจะต้องทำ

Bilateral pelvic and inguinal node dissection เนื่องจากว่า lymphatic crossover ที่ base of penis ทำให้เกิด contralateral

groin metastasis ได้ 60% แต่ถ้าพบ unilateral groin node หลังจากการรักษามากกว่า 6 เดือน สามารถทำ ผ่าตัดแบบ ipsilateral

ilioinguinal node dissection ได้

2. รังสีรักษา

- ข้อดีของรังสีรักษา คือ functional preservation of penis มีหลายการศึกษาพบว่า การใช้รังสีสามารถควบคุมโรคได้ประมาณ 80-90%

- วิธีการให้รังสีใน penile cancer มีหลายวิธีคือ

2.1 Interstitial implantation ด้วย radium needle หรือ iridium-192 wire ซึ่งสามารถควบคุมโรคได้ประมาณ 95% ในกรณีที่มีขนาดของก้อน 4 เซนติเมตร และ 80% ไม่มี major impairment ใน function ของ penis

2.2 External-beam radiotherapy ซึ่งสามารถ control disease ได้ 70-80% ใน low-stage tumor

3. เคมีบำบัด ได้แก่ cisplatin-based chemotherapy มี response rate ประมาณ 30% ปัจจุบันใช้เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการและอาจจะใช้เป็นการรักษาเสริม การผ่าตัดหรือรังสี แต่ผลที่ได้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งอวัยวะเพศชาย (Penile cancer หรือ Penile carcinoma) ในที่นี้จะกล่าวถึงการ ทำผ่าตัด Partail Penectomy และ การทำ Groin node dissection

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative nursing)

พยาบาลห้องผ่าตัดควรเยี่ยมผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดทุกราย โดยปฏิบัติดังนี้ ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยควรศึกษา เพิ่มประวัติผู้ป่วยและสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

1. เพื่อทราบข้อมูลและปัญหา เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นรายบุคคล
2. เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด เป็นการเตรียมพร้อมในการผ่าตัดซึ่งแบ่งออกเป็น การเตรียมทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้ความร่วมมือในการผ่าตัด
4. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
5. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการผ่าตัด

การปฏิบัติตนเมื่อเยี่ยมผู้ป่วย

1. ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้เข้าใจเรื่องประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยา ประวัติการรับประทานยาห้ามการแข็งตัวของเลือด ถ้ามีต้องงดก่อนผ่าตัด 7-10 วันหรือแล้วแต่ศัลยแพทย์ที่รักษาเป็นผู้พิจารณา

2. แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย

4. แนะนำสิ่งที่จะพบในห้องผ่าตัด พอสังเขป

5. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัดจะมีการเตรียมทางด้านร่างกาย และจิตใจดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายการเตรียมด้านร่างกาย

1.1 ตรวจสอบการเซ็นต์ใบยินยอมการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

1.2. อธิบายและแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตอนเช้าในวันที่ผ่าตัด

1.3 อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการได้รับยาระบายเพื่อการเตรียมลำไส้ 1-2 วันก่อนการผ่าตัด

1.4 งดน้ำและอาหารก่อนทำการผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง โดยทั่วไปจะงดหลังเที่ยงคืนของวันก่อนผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ป้องกันการสำลักอาหารและน้ำเข้าหลอดลม

1.5 ให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมและเก็บของมีค่า เครื่องประดับต่างๆก่อนไปห้องผ่าตัด

2. การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ

2.1 การดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากต้องมีปีศาจระลอกออกมาทางหน้าห้องตลอดชีวิต

2.2 ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการผ่าตัด อธิบายการผ่าตัดให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจ และบอกให้ทราบว่า จะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและวิตกกังวลน้อยลง

2.3 ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและการผ่าตัดของผู้ป่วย

การเตรียมความพร้อมทางห้องผ่าตัด

การเตรียมบุคลากร

การเตรียมเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 3 คน

การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด พยาบาลมีหน้าที่ดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผ่าตัดแต่ละรายให้พร้อม

- ล้างมือ เช็ดมือ สวมเสื้อผ่าตัด และถุงมือปลอดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลัก Aseptic Technique

- นับเครื่องมือและนับgauze swab ร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกหรือพยาบาลช่วยผ่าตัด
- ปูผ้าปราศจากเชื้อคลุมตัวผู้ป่วย
- ต้องทราบขั้นตอนการผ่าตัดและมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือผ่าตัด
- สามารถทราบล่วงหน้าว่าแพทย์ต้องการใช้อุปกรณ์ใดเพิ่มเติมและจัดส่งให้ได้ทันเวลาที่
- เมื่อเสร็จการผ่าตัดแล้ว เช็ดทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย
 - เก็บเครื่องมือและนับเครื่องมือผ่าตัดส่งห้องล้างเครื่องมือถูกต้องครบถ้วน

2. ทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยแพทย์ผ่าตัด (Assistance Nurse) ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- ช่วยจัดทำผ่าตัด
- ตรวจสอบเช็คความถูกต้องของผู้ป่วย ชื่อ สกุล สิ่งของที่ส่งมาด้วย
- ช่วยปูผ้าปราศจากเชื้อคลุมผู้ป่วย
- ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด
- เช็ดทำความสะอาด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและปิดแผลผ่าตัด พันElastic bandate ที่ขาทั้งสองข้างตั้งแต่

ปลายเท้าถึงต้นขา

3. ทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating Nurse) ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- ตรวจสอบความถูกต้องของประเภทและตำแหน่งข้างที่จะทำผ่าตัด โดยสอบถามกับผู้ป่วยและตรวจสอบจากเอกสาร แพ้มประวัติผู้ป่วย ใบ mark site , ใบorder , OPD card และภาพถ่ายรังสี (IVP, CT,U/S)
- ช่วยจัดทำผ่าตัด
- ช่วยจัดโต๊ะเครื่องมือต่างและอุปกรณ์ต่างๆให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
- ช่วยต่อสายต่างๆที่ไม่ Sterile สายจี้ สาย Suction
- หยิบวัสดุการแพทย์ที่ต้องการใช้เพิ่มเติม ตามความต้องการ
- เข้าช่วยผ่าตัด เพื่อดึงRetracter
- ควบคุมความเป็นระเบียบเรียบร้อยขณะผ่าตัด
- ประสานงานกับแพทย์วิสัญญีเกี่ยวกับการพยาบาลต่างๆในห้องผ่าตัดเพื่อลดปัญหาและอุปสรรค
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วย
- คิดราคาผ่าตัด และลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
- ช่วยย้ายผู้ป่วยลงเปลนอนและตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วยหลังเสร็จผ่าตัด

การเตรียมห้องผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดต้องควบคุมและตรวจสอบการทำความสะอาดภายในห้องผ่าตัด ตอนเข้าก่อนเริ่มผ่าตัด โดยใช้น้ำยา Disinfectant ที่มีประสิทธิภาพทำความสะอาด โดยเริ่มตั้งแต่คอมไฟผ่าตัด โต๊ะจัดเครื่องมือ ชั้นวางของ เติงผ่าตัด เครื่องใช้ไฟฟ้า เครื่องดูด ตู้สำหรับแผ่นภาพรังสี ถังใส่ผ้าเปื้อน ม้ายีนรองเท้า ผาผนัง พื้นห้องและอ่างล้างมือ จัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ อย่างเป็นระเบียบ เพื่อสะดวกในการหยิบใช้ และตรวจสอบให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ปลอดภัย

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะต้องตรวจสอบรายงานการผ่าตัดล่วงหน้า เพื่อวางแผนในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้ถูกต้องพร้อมที่จะใช้ได้ และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดในวันนั้น

การผ่าตัด Partial Penectomy with Bilat groin node dissection

เครื่องมือและขั้นตอนการผ่าตัด

Minor set

Zenn คม

Dever เล็ก

กระปุก

สาย Suction

ชุดผ้า – ผ้าคลุมเท้า , ผ้าสีเหลืองห้าผืน, ผ้าปล่องใหญ่, ปลอกเมโย

Swab เล็ก

วัสดุการแพทย์

จี้ foot swith

มีด No.10

pusher

Tube drain เล็ก = 1

Radivac drain No. 8 = 2

ขวด drain = 2

Elastic bandage 6 นิ้ว = 4

Foley' cath No.16

Urine bag

Suture

พ.ธาตุรี เย็บ Urethra Vicryl 4/0 เข็ม cutting

พ.สุพจน์ เย็บ Urethra Chromic 4/0 เข็ม cutting

เย็บระหว่าง Urethra กับ Skin Vicryl 2/0 เข็มเล็ก

เย็บ Skin Ethilon 3/0

ขั้นตอนการผ่าตัด

1. จัดท่านอนหงาย
2. ฟอกทำความสะอาด และPaint บริเวณที่จะผ่าตัดตั้งแต่สะดือถึงหน้าขา
3. ปูผ้าผ่าตัด ติดจี้ foot swith และสายsuction
4. ใช้ Tube drain รััดโคน penis เพื่อห้ามเลือด
5. ลงมีดNo.10 บริเวณเหนือ tube drain และใต้ตอก้อนมะเร็ง
6. จี้ห้ามเลือด และใช้จี้ตัดก้อนมะเร็งจนหลุด จากนั้นstop bleed
7. เย็บ Urethra ด้วย Vicryl 4/0 เข็ม cutting พ.ชาตรี ,Chromic 4/0 เข็ม cutting พ.สุพจน์
8. เย็บ muscle ด้วย Vicryl 2/0 เข็มเล็ก
9. เย็บskin และ Urethra ด้วย Vicryl 4/0 พ.ชาตรี
10. ใส่ Foley' cath No.16
11. ลงมีดบริเวณ groin (ชาย/ขวา)
12. จี้ stop bleed ส่ง Forcep adson tooth ให้แพทย์ ส่งForcep skin tooth ให้ assist จับตรงข้ามกัน จี้ไปเรื่อยๆ ใช้Zennคม ดึงskin เพื่อให้แพทย์เห็นก้อน lymnode ถ้าลึก ใช้ army retractor และส่ง metzenbaum ให้แพทย์ mobilize
13. จากนั้นถ้าเจอก้อน lymnode แพทย์จะใช้pusher dissection เพื่อให้ได้ก้อนlymnode และเพื่อป้องกันการ bleeding
14. Check bleeding ใส่ Radivac drain No.8 ทั้ง 2 ข้าง
15. เย็บปิด subcutaneous ด้วย Vicryl 2/0เข็มกลมเล็ก
16. เย็บ Skin ด้วย Ethilon 3/0
17. ปิดแผล presser พัน Elastic bandage ตั้งแต่ต้นขาจนถึงปลายเท้า เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด (blood circulation)

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (post operative nursing care)

ความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Immediate post operation) นับตั้งแต่ออกจากห้องพักฟื้นหรือหน่วยพยาบาลพิเศษ จำเป็นต้องระมัดระวังผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยต่างๆ สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติมากที่สุด เช่น ระบบหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน โภชนาการ การขับถ่าย ความสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ การทำงานของไต การพักผ่อนนอนหลับ ความรู้สึกสบาย การหายใจของแผล การเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย

ความต้องการด้านจิตใจ ขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งฟื้นจากการดมยา มักจะถามคำถามดังนี้ เป็นมะเร็งหรือเปล่า หมอผ่าตัดออกได้หมด หรือไม่ มะเร็งแพร่กระจายหรือยัง คำถามเหล่านี้ยังไม่สมควรตอบจนกว่าผู้ป่วย จะรู้สึกตัวและมีสติดีแล้ว ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดจะให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยได้ขณะตรวจเยี่ยมอาการในแต่ละครั้ง การผ่าตัดอาจมีผลกระทบต่อ หน้าที่การงาน และชีวิตสมรสอันเป็นสาเหตุที่ทำให้จิตใจและอารมณ์ไม่มั่นคงมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หรือที่เรียกว่ากายป่วย จิตก็ป่วยด้วย อันจะมีผลต่อพฤติกรรมแสดงออก และความไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล วิธีการช่วยเหลือ ผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆฝ่ายด้วยกัน คือ ทีมสุขภาพ โดยมีพยาบาล เป็นผู้ดำเนินการและประสานงาน

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ภายหลังการผ่าตัด

1. ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า เขาได้รับการผ่าตัดแล้ว พร้อมทั้งบอกวัน เวลา และสถานที่ ให้ผู้ป่วยทราบ
2. ถ้าอาการทั่วไปคงที่ ควรให้ญาติเข้าเยี่ยมได้และแนะนำให้ญาติเรียกชื่อผู้ป่วยและสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อเป็นกำลังใจ
3. ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทบทวนในสิ่งที่แนะนำและสอนให้ผู้ป่วยทราบก่อนการผ่าตัด เพื่อคลายความวิตกกังวล และช่วยฟื้นคืนสภาพได้เร็ว

การวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. ภาวลักษณะเปลี่ยนแปลง: จากการผ่าตัด

การพยาบาล

- กระตุ้นผู้ป่วยให้นึกถึงการรักษาสุขภาพและดูแลตัวเอง
- ให้ความช่วยเหลือด้วยการรับฟังความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกในการสูญเสียอวัยวะ และ ให้ข้อคิดเห็นที่เสียอวัยวะเพื่อรักษาชีวิตไว้ ส่งเสริมให้ยอมรับสภาพที่แท้จริงและมีทัศนคติที่ดีต่อภาวลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป

2. สัมพันธภาพที่มีปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย

การพยาบาล

- ให้เวลาและโอกาสญาติเพื่อระบายความรู้สึก
- ให้ข้อมูลและตอบคำถามต่างๆแก่ญาติเพื่อลด ปัญหาด้านอารมณ์ในการรับรู้การวินิจฉัยการรักษา และการพยากรณ์โรค

3. สัมพันธภาพที่มีปัญหาของผู้ป่วย : เมื่อทราบว่าชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลง

การพยาบาล

- หาเวลาพบปะเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกจากการรับรู้การวินิจฉัย และการพยากรณ์โรค

ช่วยเหลือให้กำลังใจในการปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายรวมทั้งพฤติกรรมและสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกมา

4. ภาวะร่างกายขาดน้ำ / จากการผ่าตัด / จากการระบายของของเหลวออกจากร่างกาย (tube drains) / จากการอาเจียน / จากภาวะร่างกายที่ไม่สามารถรับหรือดูดซึมของเหลวได้

การพยาบาล

- บันทึก I/O
- บันทึกผล electrolytes
- บันทึก urine specific
- บันทึก Hb และ Hct
- บริหารอาหารและน้ำทางเส้นเลือดดำตามแผนการรักษา
- บริหารยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา

ข้อปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. การดูแลตนเองในเรื่องทั่วไป

- รักษาสุขอนามัยพื้นฐานอย่างเคร่งครัด เพราะเป็นช่วงติดเชื้อได้ง่ายหลังผ่าตัด
- ไม่กินยาสมุนไพร หรือยาต่างๆ รวมทั้งใช้การแพทย์สมุนไพร และการ แพทย์ทางเลือก โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษาก่อน
- พักผ่อนให้เต็มที่ ถ้าอ่อนเพลีย ควรลาหยุดงาน แต่ถ้าไม่อ่อนเพลีย ก็สามารถทำงานได้ แต่ควรเป็นงานเบาๆ ไม่ใช่แรงงาน และสมองมาก และสามารถพักในช่วงกลางวันได้ ควรปรึกษาหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานเพื่อการปรับตัว
- ทำงานบ้านได้ตามกำลัง
- งด/เลิก บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงจำกัดเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนต่างๆ
- มีเพศสัมพันธ์ได้ตามกำลัง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนในเรื่องนี้
- หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดเพราะจะติดเชื้อได้ง่าย
- รู้จักดูแลตนเองในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา) ยังคงต้อง ดูแลรักษา ควบคุมโรคร่วมอื่นๆอย่างต่อเนื่องร่วมไปด้วยเสมอกับการรักษาโรคมะเร็ง
- รักษาสุขภาพจิต ให้กำลังใจตนเอง และคนรอบข้าง มองโลกในด้านบวก ระลึกไว้เสมอว่า ความสุขของเรา คือความสุขของครอบครัว และความทุกข์ของเราก็คือความทุกข์ของครอบครัว รู้จักขอบคุณทุกคนที่ดูแลเรา ไม่คิดว่าเขาดูแลเราเพราะเป็นหน้าที่ หรือดูแลเราน้อยไป เพราะโดยทั่วไปในสังคมปัจจุบัน เมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง ครอบครัวมักมีความทุกข์ และมีปัญหาต่างๆกับผู้ป่วย หรือมีมากกว่า
- พบแพทย์ตามนัดเสมอ
- พบแพทย์ก่อนนัด หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น เมื่อมีไข้สูง ท้องเสีย โดยเฉพาะเมื่อร่วมกับมีไข้คลื่นไส้ อาเจียนมาก หรือจุกแน่น ทึบ ไม่ได้ หรือได้น้อย ไอมากจนส่งผลกระทบต่อารนอน

หายใจเหนื่อย หอบ มีเลือดกำเดา อาเจียน ไอ ถ่ายอุจจาระ และ/หรือปัสสาวะเป็นเลือด หรือมีเลือดออกตามเนื้อเยื่อ/อวัยวะต่างๆ ปวดศีรษะรุนแรง ชัก แขน ขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่ได้ อุจจาระ ปัสสาวะไม่ออก ไม่มีปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมง สับสน ซึม และโคม่า

ที่สำคัญที่สุด คือ การปฏิบัติตามแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาแนะนำให้ถูกต้องเคร่งครัด เมื่อไม่เข้าใจสงสัย หรือกังวล ควรสอบถามแพทย์ พยาบาลผู้ให้การรักษาดูแล และเมื่อมีปัญหาในการรักษา รวมทั้งปัญหาในครอบครัวและการงาน ควรต้องปรึกษาแพทย์ พยาบาลด้วย เพื่อช่วยกันแก้ปัญหา เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อผลการรักษา การดูแลอื่นๆ

2. การดูแลตนเองในเรื่องอาหาร

- เมื่อกินอาหารได้น้อย ให้พยายามกินในจำนวนมื้อที่บ่อยขึ้น กินครั้งน้อยๆแต่บ่อยๆ กินอาหารทุกชนิดที่กินได้ ไม่ต้องห่วงเรื่องโรคมะเร็งในเลือดสูงแต่ยังต้องจำกัดอาหารหวาน และอาหารเค็ม เพราะมีผลต่อน้ำตาลในเลือด และการทำงานของไต
- ให้กำลังใจตนเอง เข้าใจว่า อาหารเป็นตัวยาสำคัญยิ่งตัวยานึ่ง ของการรักษาโรคมะเร็ง ลองปรับเปลี่ยน ประเภทอาหารให้กินได้ง่ายขึ้น เช่น อาหารอ่อน อาหารเหลว (ประเภทอาหารทางการแพทย์) แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารทอด หรือผัด หรือมีกลิ่นรุนแรง เพราะมักกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ปรับเปลี่ยนที่กินอาหารในบ้าน ไม่กินแต่ในห้อง อาจนั่งกินที่ระเบียง ให้มีบรรยากาศที่ดี ปลอดกลิ่น อากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงแดดพอควร มองเห็นต้นไม้ ดอกไม้ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกที่ดี
- เตรียมอาหารครั้งละน้อยๆ อย่าให้กินเหลือ เพราะจะได้เกิดกำลังใจว่ากินหมดทุกมื้อ ถ้วย ชาม แก้วน้ำ ปรับให้ดูสะอาด สวยงาม จะรู้สึกอยากอาหารเพิ่ม ขึ้น
- ควรแจ้งแพทย์ พยาบาลเมื่อกินไม่ได้ หรือกินได้น้อย และควรยอมรับ เมื่อแพทย์แนะนำการให้อาหารทางสายให้อาหาร อาจผ่านทางจมูก หรือทางช่องท้อง เพราะเป็นการให้เพียงชั่วคราว ในช่วงที่มีปัญหาจากการกินทางปาก เพื่อให้ร่างกายได้อาหารอย่างพอเพียง และเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ
- ช่วงของการอาหารมีประโยชน์ 5 หมู่เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอาหารโปรตีน (เช่น เนื้อ นม ไข่ ปลา ตับ) เพราะในการรักษาโรคมะเร็ง ความแข็งแรงของไขกระดูก (เม็ดเลือดต่างๆ) เป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นตัวช่วยให้ร่างกายตอบสนองที่ดีต่อรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด รวมทั้งช่วยลดโอกาสติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อในขณะกำลังรักษาโรคมะเร็งมักเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง

ข้อปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีดังนี้

1. ควรรับประทานอาหารที่ไม่ร้อนหรือเย็นจัดจนเกินไป
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ ควรดื่มเครื่องดื่มประเภทเหลวใสเย็น เช่น น้ำส้ม น้ำขิง วุ้น หรือเยลลี่ น้ามะนาว โคลา น้ำชา โดยการจิบทีละน้อยแต่บ่อย ๆ หรือรับประทานอาหารประเภทขนมปังกรอบ ขนมกรุบกรอบต่าง ๆ ควรรับประทานอาหารทีละน้อยเพื่อทำให้กระเพาะอาหารไม่พองตัวมากเกินไป และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1 – 2 ชั่วโมง ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด

3. ควรหลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดจัด เค็มจัด มันจัด อาหารที่มีกลิ่นฉุน
4. ควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกแล้ว เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากอาหาร
5. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร (2,000 ซีซี) ขึ้นไป
6. ผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการฟังเพลง ดูรายการโทรทัศน์ อ่านหนังสือที่ชอบ พุดคุยเพื่อลด

ความเครียด

7. กรณีที่ผู้ป่วยมีผมร่วงมาก อาจจะใช้ผมปลอม ใส่หมวกหรือโพกศีรษะ และเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาแล้ว ผมจะขึ้นมาใหม่เหมือนเดิม หรืออาจจะดูดีกว่าเดิมก็ได้
8. กรณีที่มีเลือดออกง่าย ให้ระวังอุบัติเหตุของมีคมต่าง ๆ ผู้ป่วยชายควรงดการโกนหนวด ผู้ป่วยหญิงควรงดการทำเล็บ
9. ดูแลสุขภาพปากด้วยการทำความสะอาดปาก และฟันด้วยแปรงสีฟันขนนิ่ม ๆ แปรงฟันเบา ๆ หรือใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำยาฟันทันมือเช็ดปากและฟัน บ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาบ้วนปาก หรือน้ำเกลือ
10. ชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อลดจำนวนเชื้อแบคทีเรีย
11. ในกรณีที่มีอาการชาตามปลายประสาทส่วนปลาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะทำให้การหยิบจับสิ่งของไม่สะดวก มีความรู้สึกซ่าถ้าสัมผัสของร้อนจะเป็นอันตรายได้
12. หากเกิดอาการท้องเสีย ควรรับประทานอาหารอ่อน ๆ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ๆ ดื่มน้ำมาก ๆ วันละอย่างน้อย 3,000 ซีซี โดยงดอาหารประเภทนม ผลไม้ ออกไปก่อนชั่วคราว
13. เมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด ควรหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดหรือสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อโรคติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด งดผักสดและผลไม้ที่รับประทานทั้งเปลือก
14. หากผู้ป่วยมีภาวะชืด ควรรับประทานอาหารที่มีเหล็กและโปรตีน เช่น ไข่ นม และผักใบเขียว เนื้อสัตว์ เพื่อช่วยลดภาวะชืดและช่วยให้ร่างกายได้รับโปรตีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันการติดเชื้อจากภายนอกอีกด้วย

ข้อปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา มีดังนี้

- ห้าม เช็ด ล้าง หรือลบรอยหมึกที่แพทย์ขีดไว้ เนื่องจากรอยหมึกจะเป็นบริเวณที่แพทย์คำนวณไว้ เพื่อให้ฉายแสงได้ตรงกับบริเวณที่เป็นโรค แต่หากบริเวณนี้โดนน้ำโดยบังเอิญให้ใช้ผ้าซับเบาๆ ให้แห้ง
- ห้ามนำ! ครีม น้ำมัน แป้ง หรือสิ่งอื่นๆ ทาบริเวณที่ฉายแสง นอกจากหมอฉายแสงหรือรังสีแพทย์จะแนะนำให้ใช้
- การฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ ไม่ควรใช้มีดโกนหนวดเครา เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย
- ควรสวมเสื้อผ้าที่อ่อนนุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณคอเสื้อ เพราะจะทำให้ระคายเคืองบริเวณที่ฉายแสง และจะเกิดเป็นแผลลอกได้ง่าย
- หลีกเลี่ยงการแกะ เกา เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่ายขึ้น หากมีอาการคันให้ใช้มือลูบเบาๆ และให้ใช้แป้งข้าวโพดทาและหากมีแผลควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

- หลีกเลียจกแสงแดดจัดๆ เนื่องจกจะทำให้ผิวหนังอักเสบและรู้สึกแสบร้อนได้
- เมื่อฉายแสงครบแล้ว ควรดูแลผิวหนังเหมือนขณะฉายแสงต่อไปอีกระยะหนึ่ง ประมาณ 10 วัน หรือนกว่าผิวหนังที่เป็นแผลจะหายดีแล้ว

3. การออกกำลังกาย

- ถ้าสุขภาพไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เพียงพยายามเคลื่อนไหวร่างกายเสมอ อย่างนั้ๆอนๆ ถ้ายังพอลุกไหว จะช่วยให้สภาพร่างกาย และจิตใจดีขึ้น
- ช่วงการรักษา ยังควรออกกำลังกายสม่ำเสมอเท่าที่พอทำได้ อย่าหักโหม ค่อยๆออกกำลังกาย แล้วสังเกตอาการ อย่าออกกำลังกายจนเหนื่อย จะช่วยให้ร่างกายสดชื่น อยากอาหาร มีการขับถ่ายที่ดี มีการไหลเวียนโลหิต (เลือด) ที่ดี ช่วยกระตุ้นการอยาก และการย่อยอาหาร

บรรณานุกรม

ผศ.นพ.วิสูตร คงเจริญสมบัติ. (2557). มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ(Genitourinary cancer).

ค้นเมื่อ 29 มกราคม 2559, จาก

[http://med.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDFuro/\(Genitourinary%20cancer\).pdf](http://med.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDFuro/(Genitourinary%20cancer).pdf)

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2552). ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา.

ค้นเมื่อ 29 มกราคม 2559,จาก

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=56&typeID=18