

Perioperative Nursing Care for Patients with Prostate Cancer Undergoing Outpatient Bilateral Orchiectomy under Local Anesthesia

Kasorn Srinilta, BNS.^{1,*}, Yananan Rattateeravichien, MSc.¹, Pattaraporn Onchalee, R.N.²

¹Division of Perioperative Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, ²Division of Perioperative Nursing, Department of Nursing, King Taksin Memorial Hospital, Bangkok 10600 Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2026;19(2):179-186.

ABSTRACT

Prostate cancer is one of the most common malignancies in men and represents a significant public health problem. Its incidence increases with age and has a substantial impact on patients' quality of life across physical, psychological, and social domains. For patients with advanced prostate cancer, the standard treatment approach is androgen deprivation therapy (ADT), which plays a crucial role in suppressing disease progression. Bilateral orchiectomy is an effective form of permanent hormonal suppression, capable of rapidly and continuously reducing serum testosterone levels to the castrate levels. At present, bilateral orchiectomy can be performed as an outpatient procedure under local anesthesia, allowing patients to be discharged on the same day, thereby reducing hospital length of stay and alleviating the financial burden on the healthcare system. However, the outpatient nature of this surgery presents unique challenges, as patients remain conscious throughout the procedure, have a limited postoperative observation period, and are required to continue self-care at home. Consequently, nurses play a vital role in providing comprehensive patient care, encompassing preoperative risk assessment and physical and psychological preparation, intraoperative monitoring to ensure patient safety and early detection of complications, as well as postoperative education, follow-up, and psychosocial assessment. Such holistic nursing care is fundamental to ensuring patient safety, facilitating recovery, and optimizing long-term quality of life.

Keywords: Prostate cancer; bilateral orchiectomy; outpatient surgery; local anesthesia; perioperative nursing

*Correspondence to: Kasorn Srinilta

Email: kasorn.sri@mahidol.ac.th

Received: 30 June 2025

Revised: 29 January 2026

Accepted: 2 April 2026

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v19i2.276302>

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่

เกษร สีนิลแท้^{1*}, ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร¹, ภัทรภร อันชาลี²

¹งานการพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย, ²งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร 10600 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

มะเร็งต่อมลูกหมาก (prostate cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชายและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม แนวทางการรักษามาตรฐานคือการยับยั้งแอนโดรเจน (androgen deprivation therapy: ADT) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินโรคของมะเร็งต่อมลูกหมาก การผ่าตัดอวัยวะทั้งสองข้างเป็นวิธีการยับยั้งแอนโดรเจนแบบถาวรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเลือดลงสู่ระดับคาสเตรต (castrate level) ได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ปัจจุบันการผ่าตัดอวัยวะทั้งสองข้างสามารถดำเนินการในรูปแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายในวันเดียว ซึ่งช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามลักษณะของการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกนี้ ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด มีระยะเวลาการสังเกตอาการหลังผ่าตัดที่จำกัด และต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงและการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การเฝ้าระวังความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ตลอดจนการให้ความรู้ ติดตามผล และการประเมินภาวะจิตสังคมหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมลูกหมาก; การผ่าตัดอวัยวะทั้งสองข้าง; การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก; การระงับความรู้สึกเฉพาะที่; การพยาบาลปริศัลยกรรม

บทนำ

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สองในเพศชายทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2565 (ค.ศ. 2022) พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่กว่า 1,467,854 ราย และมีผู้เสียชีวิต 397,430 รายทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งต่อมลูกหมากยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน ในปีเดียวกันมีประมาณการผู้ป่วยรายใหม่กว่า 7,830 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของมะเร็งทั้งหมดในเพศชาย และมีผู้เสียชีวิต 3,829 ราย² ภาระโรคและการรักษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ อาการปวดจากการลุกลามของโรค การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางเพศ และผลกระทบจากภาวะพร่องแอนโดรเจน (androgen deficiency)^{3,10}

แนวทางการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามคือการยับยั้งแอนโดรเจน (androgen deprivation therapy: ADT)³ เนื่องจากแอนโดรเจน โดยเฉพาะเทสโทสเตอโรน

(testosterone) มีบทบาทสำคัญต่อการกระตุ้นการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง การรักษาทำได้ทั้งการยับยั้งแอนโดรเจนโดยใช้ยา (medical castration) และโดยการผ่าตัด (surgical castration)³ การผ่าตัดอวัยวะทั้งสองข้าง (bilateral orchiectomy) เป็นการยับยั้งแอนโดรเจนแบบถาวร สามารถลดระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดลงสู่ระดับคาสเตรต (< 50 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร (ng/dL)) ได้อย่างรวดเร็วและคงอยู่ในระยะยาว⁵ โดยให้ผลการควบคุมโรคไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยยา⁴ แต่มีต้นทุนต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการใช้ยาตลอดชีวิต^{4,8} จึงยังเป็นทางเลือกที่แนะนำและใช้จริง โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่า^{3,8} ปัจจุบันการผ่าตัดอวัยวะทั้งสองข้างสามารถทำผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (local anesthesia) ได้โดยไม่ต้องใช้การระงับความรู้สึกแบบกดประสาท (sedation) หรือการระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthesia)⁶ ช่วยลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลและการใช้ทรัพยากร อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด มีเวลาสังเกต

อาการหลังผ่าตัดจำกัด และต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน จึงต้องมีการประเมินและติดตามอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพร่องแอนโดรเจนหลังผ่าตัด^{3,9} อีกทั้งความแตกต่างด้านประสบการณ์และแนวปฏิบัติของพยาบาลอาจทำให้การดูแลไม่สม่ำเสมอและกระทบต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์การดูแล⁷

บทความนี้จึงนำเสนอการพยาบาลเชิงปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะออกทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลปรีศัลยกรรม เพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบตลอดระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด รวมถึงระมัดระวังติดตามผล อันจะช่วยเพิ่มความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนคุณภาพชีวิตระยะยาวของผู้ป่วย^{7,10}

มะเร็งต่อมลูกหมาก

มะเร็งต่อมลูกหมาก คือโรคที่เกิดจากเซลล์ในต่อมลูกหมากเจริญเติบโตและแบ่งตัวผิดปกติจนเกิดก้อนมะเร็ง ซึ่งอาจลุกลามหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้³ พบได้บ่อยในผู้ชายสูงอายุ^{1,2} โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะลุกลาม การเจริญของมะเร็งมักสัมพันธ์กับแอนโดรเจน โดยเฉพาะเทสโทสเตอโรน³ จึงทำให้การยับยั้งแอนโดรเจนเป็นแนวทางการรักษาหลักเพื่อชะลอการดำเนินโรคและควบคุมอาการ³

การผ่าตัดอวัยวะออกทั้งสองข้าง

การผ่าตัดอวัยวะออกทั้งสองข้าง คือ การผ่าตัดนำอวัยวะออกทั้งสองข้าง ซึ่งเป็นแหล่งสร้างแอนโดรเจนหลักของร่างกาย และจัดเป็นการยับยั้งแอนโดรเจนแบบผ่าตัด (surgical castration)³ ส่งผลให้ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดลดลงสู่ระดับคาสเตรต (castrate level) ได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง⁵ และเป็นหนึ่งในวิธีการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม^{3,4,8}

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดอวัยวะออกทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่

เนื่องจากผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด มีระยะเวลาการสังเกตอาการก่อนจำหน่ายจำกัด และผู้ป่วยต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดจึงมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความพร้อมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลดความวิตกกังวล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอย่างปลอดภัย ดังนี้

1. การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

1.1 การซักประวัติและประเมินภาวะสุขภาพ ครอบคลุมโรคร่วมที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการแพ้ยาและยาชา และยาที่ใช้อยู่

1.2 การประเมินสมรรถภาพทั่วไป ได้แก่ สัญญาณชีพ ภาวะโภชนาการ ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (complete blood count; CBC) การตรวจการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time; PT, activated partial thromboplastin time; aPTT) การตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ (electrolytes) และครีเอตินีน (serum creatinine) ในเลือด การตรวจระดับแอนติเจนจำเพาะต่อมลูกหมาก (prostate-specific antigen; PSA) และระดับเทสโทสเตอโรน (testosterone) รวมถึงการตรวจปัสสาวะในกรณีที่มีสงสัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วมพิจารณาการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography; ECG) และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) ตามความเหมาะสม

1.4 การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด แนะนำอาบน้ำเข้าวันผ่าตัดและหลีกเลี่ยงแป้ง โลชั่นบริเวณขาหนีบองุ่นอวัยวะ หากต้องกำจัดขนควรทำใกล้เวลาผ่าตัดด้วย Electric clipper และหลีกเลี่ยงการโกนด้วยใบมีดเพื่อลดแผลถลอกและการติดเชื้อ¹¹ โดยทั่วไปการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ไม่ว่าเป็นต้องงดน้ำงดอาหารและมักรับประทานยาประจำได้ตามปกติ ทั้งนี้พยาบาลต้องทบทวนรายการยาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin, DOACs, heparin/LMWH, aspirin และยาต้านเกล็ดเลือด รวมถึงสมุนไพร อาหารเสริมที่เพิ่มความเสี่ยงเลือดออก หากพบการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวไม่ควรแนะนำให้หยุดยาเอง ให้บันทึกการยาละเอียดการใช้ยาและประวัติเลือดออก ลิ่มเลือดอุดตัน พร้อมประสานแพทย์เพื่อกำหนดแผนหยุด-ให้ต่อ-เริ่มใหม่ หรือ Bridging ตามข้อบ่งชี้ และยืนยันคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรโดยให้ผู้ป่วยทวนความเข้าใจก่อนวันผ่าตัด

1.5 การประเมินสภาวะทางสังคมและความพร้อมของผู้ดูแล ประเมินความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและความเหมาะสมของการจำหน่ายกลับบ้านภายในวันเดียว โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงควรมีผู้ดูแลอย่างน้อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พยาบาลควรประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การสื่อสาร ติดต่อโรงพยาบาล และการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลเพื่อการจำหน่ายที่ปลอดภัย

2. การตรวจสอบความพร้อมด้านเอกสาร

การตรวจสอบ เช่น ตรวจสอบเอกสารความยินยอมให้ครบถ้วน สอดคล้องกับเวชระเบียน และระบุรายละเอียดสำคัญอย่างชัดเจน ได้แก่ ชื่อการผ่าตัด วัน เวลา ชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออก การติดเชื้อ

3. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและการให้ข้อมูลเชิงรุก

เนื่องจากผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจจึงมีความสำคัญตั้งแต่มองผ่าตัด

3.1 ประเมินความวิตกกังวลตั้งแต่มองผ่าตัด เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา ความปลอดภัยระหว่างผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังจำหน่าย และพบทวนซ้ำในวันผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลทั่วไป 7 ข้อ (Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7) เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป¹² ควรปฏิบัติดังนี้

- ประเมินสาเหตุของความวิตกกังวล โดยซักถามประเด็นสำคัญ เช่น ความกลัวต่อการผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงความพร้อมของผู้ดูแล

- ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและตรงประเด็น เกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ และการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อลดความไม่แน่นอนและความกลัว

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกกังวล รับฟังอย่างตั้งใจ และให้กำลังใจอย่างเหมาะสม

- ประเมินซ้ำ หากยังพบความวิตกกังวลในระดับสูงหรือมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลหรือส่งต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลเพิ่มเติม

3.2 การให้ข้อมูลเฉพาะบุคคล อธิบายขั้นตอนการผ่าตัด การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และระยะเวลาผ่าตัดโดยเฉลี่ยประมาณ 20-30 นาที พร้อมให้ข้อมูลล่วงหน้าเกี่ยวกับการประเมินความปวดด้วยแบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เพื่อเตรียมความพร้อมในการสื่อสารระดับความปวดหลังผ่าตัด¹⁶

3.3 การเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด พยาบาลควรให้คำแนะนำล่วงหน้า ดังนี้

- การประคบเย็นบริเวณแผลในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก เพื่อลดบวมและปวด

- การใช้อุปกรณ์พยุงถุงอัณฑะ (scrotal support) หรือกางเกงในกระชับในช่วงสัปดาห์แรก¹³

- การหลีกเลี่ยงการยกของหนักมากกว่า 4-5 กิโลกรัม การออกกำลังกาย และกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น การยกของหนัก การวิ่ง หรือกิจกรรมที่มีแรงกระแทก ในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด หรือจนกว่าแพทย์ประเมินว่าปลอดภัย

- การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดงมาก เลือดออกซึมไม่หยุด ไข้สูง หรือปวดมากผิดปกติ และช่องทางติดต่อโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน

การพยาบาลระยะผ่าตัดอันตะออกทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่

มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย เฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังรู้สึกตัว พยาบาลจึงต้องติดตามสภาวะทางกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง สื่อสารเพื่อลดความวิตกกังวล ประเมินและบรรเทาความเจ็บปวด และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาชาเฉพาะที่ และปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดเพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างปลอดภัย

1. การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ เตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องติดตามสัญญาณชีพ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบความพร้อมของระบบไฟฟ้า เครื่องจี้ไฟฟ้า และระบบดูดสารคัดหลั่งก่อนเริ่มผ่าตัด รวมถึงจัดเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินตามแนวทางหน่วยงาน

2. มาตรการความปลอดภัยก่อนเริ่มผ่าตัด ดำเนินการตาม time-out เพื่อยืนยันตัวผู้ป่วย การผ่าตัด และข้างที่จะผ่าตัด ติดแผ่นจี้ไฟฟ้าบนผิวหนังที่แห้ง บริเวณกล้ามเนื้อขนาดใหญ่และเรียบ เช่น สะโพกหรือต้นขาด้านหน้า ให้แนบสนิท ไม่มีรอยย่นหรือฟองอากาศ และหลีกเลี่ยงบริเวณกระดูกนูน ผิวหนังอักเสบ นั้บผ้าและเครื่องมือก่อน-หลังผ่าตัด และติดฉลากสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องครบถ้วน¹⁴

3. การเฝ้าระวังระหว่างให้ยาชาเฉพาะที่และการติดตามอาการระหว่างผ่าตัด ร่วมตรวจสอบชื่อยา ชนิดยา ความเข้มข้น และขนาดยาสูงสุดตามแผนการรักษาก่อนฉีดยาชา บันทึกปริมาณยาชาที่ใช้และติดตามสัญญาณชีพ อาการผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะพิษจากยาชาเฉพาะที่ (local anesthetic systemic toxicity: LAST) เช่น ชารอบปาก ลิ้นชา หูอื้อ เวียนศีรษะ สับสน ใจสั่น ความดันโลหิตผิดปกติ ชัก หรือหัวใจเต้นผิดปกติ หากสงสัยความผิดปกติให้หยุดการให้ยา แจ้งแพทย์ และดำเนินการตามแนวทางฉุกเฉินของหน่วยงานทันที¹⁵

4. การจัดทำและการป้องกันการกดทับ จัดทำนอนหงายและเปิดเผยเฉพาะบริเวณถุงอัณฑะ ขาหนีบเท้าที่จำเป็น ใช้แผ่นเจลหรือโฟมรองรับจุดเสี่ยงกดทับ เช่น ส้นเท้า เข่า สะโพก และข้อศอก เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายและลดการบาดเจ็บจากแรงกดระหว่างผ่าตัด

5. การสื่อสารและการประเมินความเจ็บปวดระหว่างผ่าตัด สร้างบรรยากาศที่สงบและปลอดภัย ให้ข้อมูลสั้น ๆ เป็นระยะเกี่ยวกับขั้นตอนที่กำลังดำเนินการ ใช้คำเสียงนุ่มนวล สื่อสารอย่างให้เกียรติ และประเมินความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายเป็นระยะ หากผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม่สุขสบาย ควรแจ้งศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาชาเพิ่มเติมหรือการจัดการที่เหมาะสม

6. การคุ้มครองศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยคลุมผ้าและเปิดเผยเฉพาะบริเวณที่จำเป็น สื่อสารก่อนสัมผัสร่างกายทุกครั้ง ใช้ถ้อยคำสุภาพ ให้เกียรติ และจำกัดบุคลากรในห้องผ่าตัดเฉพาะที่จำเป็น เพื่อสะท้อนการดูแลที่ปลอดภัยและคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ธรรม

7. การบันทึกเวชระเบียนระหว่างผ่าตัด บันทึกข้อมูลสำคัญให้ครบถ้วน ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด ชนิด ความเข้มข้น ปริมาณยาที่ใช้ อาการผิดปกติที่พบ การพยาบาลที่ให้ระหว่างผ่าตัด การนับผ้าและเครื่องมือ และการตอบสนองของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการติดตามอาการ การส่งต่อข้อมูล และการประเมินคุณภาพการดูแล

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดอันตะออกทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่

มีเป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความไม่สุขสบาย ส่งเสริมความปลอดภัย และสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน

1. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

โดยมีระยะพักสังเกตอาการหลังผ่าตัดทันทีจนถึงก่อนจำหน่าย โดยทั่วไปประมาณ 2-4 ชั่วโมง ตามสภาพผู้ป่วยและแนวปฏิบัติของหน่วยงาน

1.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วงแรก และทุก 30 นาทีจนถึงครบ 2 ชั่วโมง

1.2 บันทึกแนวโน้มของสัญญาณชีพ และประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย

1.3 ประเมินความปวดโดยใช้ แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (NRS)¹⁶ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และการสื่อสารความเจ็บปวด พร้อมบันทึกคะแนนความปวดก่อนและหลังการให้การพยาบาลหรือให้ยา⁷ การบรรเทาความปวดควรครอบคลุมทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยหากผู้ป่วยมีคะแนนความปวดระดับปานกลางขึ้นไป (NRS ≥ 4) หรือมีความปวดรบกวนการเคลื่อนไหวหรือการพักผ่อน ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา

1.4 ส่งเสริมการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่

- การจัดท่านอน เพื่อลดแรงดึงของแผล เช่น ยกสะโพกเล็กน้อย หรือหนุนหมอนใต้เข่า

- แนะนำให้สวม Scrotal support หรือกางเกงในกระชับทันทีหลังผ่าตัด เพื่อลดการแกว่งของถุงอัณฑะ ลดอาการบวม และบรรเทาความปวด¹³

2. การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย

2.1 ประเมินความพร้อมโดยใช้เกณฑ์ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายหลังการระงับความรู้สึก (post-Anesthesia Discharge Scoring System: PADSS)⁷ ร่วมกับการประเมินทางคลินิก ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่

- สัญญาณชีพคงที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง

- แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเลือดออกซึมต่อเนื่อง และไม่มีการบวม เลือดคั่งผิดปกติบริเวณถุงอัณฑะ

- สามารถควบคุมความปวดได้ตามแผนการรักษา และผู้ป่วยเข้าใจวิธีบรรเทาปวดด้วยตนเอง

- สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ โดยไม่เกิดอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนรุนแรง

- สามารถปัสสาวะได้ตามปกติ หรือในกรณีจำหน่ายพร้อมสายสวนปัสสาวะ มีแผนติดตามที่ชัดเจน ได้แก่ เหตุผลและระยะเวลาที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะ สอนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเรื่องการดูแลสายสวนและถุงรองรับปัสสาวะ เช่น การตรึงสายไม่ให้หักพับ การวางถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ และการสังเกตปริมาณ สีปัสสาวะ ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องรีบติดต่อโรงพยาบาล เช่น ปัสสาวะไม่ไหล เลือดออกมาก ปวดท้องน้อยมาก มีไข้ หรือปวดแผลมากขึ้นผิดปกติ รวมทั้งกำหนดวันนัดติดตามหรือแผนถอดสายสวนตามคำสั่งแพทย์

- มีผู้ดูแลร่วมเดินทางกลับตอนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 ให้คำแนะนำและยืนยันความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยวิธี Teach-back ในเรื่อง

- การดูแลแผลและการเปลี่ยนผ้าปิดแผล

- อาการเตือนที่ต้องกลับมาพบแพทย์ เช่น แผลบวมแดงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีหนอง เลือดออกไม่หยุด ใช้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรือปวดมากผิดปกติ

3. การดูแลตนเองที่บ้านในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก

- ควรแนะนำผู้ป่วยให้ประคบเย็นบริเวณถุงอัณฑะเหนือผ้าปิดแผล ครั้งละ 15-20 นาที เป็นช่วง ๆ โดยใช้แผ่นประคบเย็นหรือถุงน้ำแข็ง/เจลเย็น (cold pack) และควรมีผ้าบางหรือผ้าขนหนูกั้นระหว่างแผ่นประคบกับผิวหนังทุกครั้ง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดเจ็บจากความเย็น ไม่ควรวางความเย็นสัมผัสผิวหนังโดยตรง

- แนะนำให้จัดทำพักโดยพองถุงอัณฑะ ขณะนอนพักหรือเอนพัก เพื่อลดบวมและลดแรงดึงบริเวณแผล โดยใช้ผ้าขนหนูม้วนหรือหมอนใบเล็กหนุนใต้ถุงอัณฑะให้สูงขึ้นเล็กน้อยตามความสบาย ช่วยลดแรงดึงบริเวณแผล และหลีกเลี่ยงการกดทับแผลโดยตรง ร่วมกับการสวม Scrotal support หรือกางเกงในกระชับ

- เริ่มเคลื่อนไหวเบา ๆ เช่น เดินช้า ๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและส่งเสริมการฟื้นตัว

- หลีกเลี่ยงกิจกรรมใช้แรงกระแทก เช่น วิ่ง ออกกำลังกายหนัก อย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ และหลีกเลี่ยงยกของหนักมากกว่า 4.5 กิโลกรัมประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือจนกว่าแพทย์ประเมินว่าแผลหายดี เพื่อลดความเสี่ยงเลือดคั่ง บวมมากขึ้น และแผลแยก

- การดูแลแผลผ่าตัด โดยทั่วไปไม่ควรเปิดผ้าปิดแผลเองในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก ทั้งนี้หากมีการกดแผลด้วยผ้าก๊อชอัดแน่น (pressure dressing) สามารถนำออกได้หลัง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักอาบน้ำแบบฝักบัวได้ตามคำแนะนำแพทย์ โดยหลีกเลี่ยงการถูแผลปล่อยให้แห้งเกินไปแล้วซับให้แห้งและปิดผ้าก๊อชใหม่ให้สะอาด หากมีเลือดซึมเล็กน้อยสามารถเพิ่มผ้าก๊อชปิดทับได้ แต่หากผ้าปิดแผลเปียก หลุด สกปรก หรือมีเลือดซึมมาก ต่อเนื่อง แนะนำให้ไปทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้านวันละครั้ง เช่น โรงพยาบาลส่วนตำบล คลินิก สถานพยาบาลชุมชน เพื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผลและประเมินแผลตามความเหมาะสม

- ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ หากผ้าปิดแผลเปียกหรือสกปรก และจำเป็นต้องทำแผลเองโดยผู้ป่วยหรือญาติ ให้ล้างมือให้สะอาดก่อน-หลังทำแผล ใช้สำลีหรือผ้าก๊อชปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือปลอดเชื้อ เช็ดทำความสะอาดเฉพาะรอบแผลจากด้านในออกด้านนอก แล้วซับให้แห้งและปิดแผลใหม่ด้วยผ้าก๊อชสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ แอลกอฮอล์ หรือสารระคายเคืองบนแผลสด

- งดการแช่น้ำ หรือว่ายน้ำจนกว่าแผลจะปิดสนิท เพื่อช่วยลดความเสี่ยงแผลอักเสบ การระคายเคือง และการติดเชื้อแผลผ่าตัด

- รักษาความสะอาดบริเวณถุงอัณฑะและผิวหนังรอบแผล รวมถึงต้นขาข้างใน ควรดูแลความสะอาดและเช็ดให้แห้งสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังอาบน้ำหรือมีเหงื่อออกมาก เพื่อช่วยลดความอับชื้น และการเสียดสีบริเวณแผล ซึ่งอาจกระทบต่อความสบายตัวและการหายของแผล

- สวม Scrotal support หรือกางเกงในกระชับต่อเนื่องอย่างน้อยในสัปดาห์แรก และอาจต่อเนื่อง 2-4 สัปดาห์และลดการใช้ตามอาการ พร้อมสาธิตวิธีใส่-ถอดอย่างถูกต้อง¹³ เช่น การจัดตำแหน่งให้รองรับถุงอัณฑะพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป การถอดอย่างระมัดระวังเพื่อลดการดึงรั้งแผลเพื่อช่วยพยุงถุงอัณฑะ ลดบวม ลดไข้ และลดความปวด

- อาหารและน้ำดื่ม ควรเริ่มจากอาหารอ่อน ย่อยง่าย เมื่อรับประทานได้ดีขึ้นจึงเริ่มอาหารปกติ แนะนำให้ดื่มน้ำเพียงพอและเพิ่มผักผลไม้เพื่อลดท้องผูกจากการเจ็บแผลหรือจากยาบรรเทาปวด ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารมีเนื้อใหญ่ อาหารมัน เผ็ด และแอลกอฮอล์ในระยะแรก

- เพศสัมพันธ์และสมรรถภาพทางเพศ แนะนำหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าแผลแห้งดี บวมลดลง และแพทย์ประเมินว่าเหมาะสม เพื่อลดการดึงรั้งแผลและความเสี่ยงเลือดออกหรือบวมเพิ่มขึ้น ควรอธิบายล่วงหน้าว่าการผ่าตัดอัณฑะออกทั้งสองข้างเป็นการยับยั้งแอนโดรเจนแบบผ่าตัด ทำให้ระดับเทสโทสเตอโรนลดลงมาก อาจทำให้ความต้องการทางเพศลดลงและเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระยะต่อมา จึงควรประเมินต่อเนื่อง ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย คู่สมรสซักถามอย่างเหมาะสม

4. คำแนะนำด้านการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด

- การกลับไปทำงาน โดยงานเบา เช่น งานเอกสาร งานคอมพิวเตอร์ งานโทรศัพท์ งานประสานงาน หรืองานที่ไม่ต้องยกของหนัก ไม่ออกแรงเบ่ง และไม่เดินหรือยืนนานต่อเนื่อง อาจเริ่มได้ภายใน 1-2 สัปดาห์ ส่วนงานที่ใช้แรง เช่น งานยก หิ้วของ งานที่ต้องเดินมากหรือยืนนาน งานที่มีแรงกระแทก หรือการยกเคลื่อนย้าย ควรอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หรือจนกว่าแพทย์ประเมินว่าแผลหายดีและปลอดภัย โดยในช่วง 4-6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 4.5 กิโลกรัม

- การขับรถ งดขับรถอย่างน้อย 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยาชาหรือยากดประสาท และหลีกเลี่ยงการขับรถขณะยังใช้ยาแก้ปวดที่ให้อำนาจ เวียนศีรษะ รวมถึง Opioid ยาคลายกังวล ยาแก้ลมประสาท หรือยานอนหลับ หลังจากนั้นสามารถกลับมาขับได้เมื่อเดินเคลื่อนไหวคล่อง ควบคุมความปวดได้ดี ไม่ง่วงไม่เวียนศีรษะ โดยทั่วไปมักเริ่มได้ราว 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด หรือเมื่อแพทย์ประเมินว่าเหมาะสมตามรายบุคคล

การพยาบาลระยะติดตามผลระยะยาวหลังการผ่าตัดอัณฑะออกทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่

มีเป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบระยะยาวจากภาวะพร่องแอนโดรเจน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องแบบสหวิชาชีพ โดยบทบาทพยาบาลในระยะนี้ครอบคลุมการประเมินซ้ำเชิงระบบ การให้คำปรึกษา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการประสานส่งต่อ ดังนี้

1. การติดตามแผลผ่าตัด

- ประเมินอาการที่คงอยู่หรือเกิดซ้ำบริเวณผ่าตัดหรือถุงอัณฑะ เช่น ปวด ตึงเรื้อรัง ก้อนแข็งหรือเลือดคั่งที่ยุบช้า ขา หรือแผลเป็นรั้ง และผลกระทบต่อกิจวัตร การทำงาน

- แนะนำการใช้ scrotal support หรือกางเกงในกระชับในรายที่ยังปวด บวม หรือไม่สุขสบาย เพื่อเพิ่มความสบายและลด

การกระทบกระเทือนระหว่างทำกิจกรรม โดยปรับตามอาการและคำแนะนำแพทย์¹³

- คัดกรองสัญญาณอันตรายบริเวณผ่าตัดหรือถุงอัมพาต เช่น ปวดมากขึ้นเร็ว บวมโต ตึงมาก มีไข้ แดงร้อน หนอง หรือเลือดออก และประสานแพทย์เมื่อสงสัยภาวะแทรกซ้อน

2. การติดตามการตอบสนองต่อการรักษา

- ติดตามผล PSA และระดับเทสโทสเตอโรน^{3,4,8} ตามแผนการรักษา โดยทั่วไปนัดติดตามทุก 3-6 เดือนหลังผ่าตัด และปรับตามระยะโรค อาการ การรักษาร่วม โดยระยะ หาก PSA สูงขึ้นหรือสงสัยโรคดำเนินต่อให้ตรวจเทสโทสเตอโรนร่วมเพื่อประเมินภาวะดื้อต่อการยับยั้งแอนโดรเจน

3. การติดตามสุขภาพกระดูก

เนื่องจากการยับยั้งแอนโดรเจน ทำให้เกิดภาวะพร่องแอนโดรเจน ซึ่งสัมพันธ์กับการสูญเสียมวลกระดูกและเพิ่มความเสี่ยงกระดูกหัก ควรมีการประเมินและติดตามสุขภาพกระดูกอย่างเป็นระบบ

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน กระดูกหัก ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ประวัติกระดูกหักจากแรงกระแทกไม่รุนแรง ตัณษีมวลกายต่ำ ประวัติพ่อหรือแม่กระดูกสะโพกหัก การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มาก การได้รับยาากลุ่มสเตียรอยด์ต่อเนื่อง โรคร่วมที่เป็นสาเหตุของกระดูกพรุน รวมถึงความเสี่ยงต่อการหกล้ม และการได้รับการรักษาเพิ่มเติมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อกระดูก โดยควรประเมินความเสี่ยงกระดูกหักด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น FRAX ร่วมกับการพิจารณาตรวจความหนาแน่นมวลกระดูกตามความเหมาะสม

- ให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก ได้แก่ รับประทานอาหารสมดุล เน้นแคลเซียมให้เพียงพอ โดยทั่วไปอย่างน้อยประมาณ 700 มก. ต่อวันจากอาหารเป็นหลัก พิจารณาเสริมเมื่อไม่พอ และวิตามินดี โดยทั่วไปอย่างน้อย 800 IU ต่อวันในรายเสี่ยงหรือขาดร่วมกับการออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก และเสริมแรงตามสมรรถนะ

- ประสานแพทย์พิจารณาตรวจความหนาแน่นมวลกระดูก ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษาเป็นค่าเริ่มต้น และติดตามซ้ำตามระดับความเสี่ยง โดยรายที่เสี่ยงสูง ใกล้เคียงรักษาหรือมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่ม พิจารณาประเมินซ้ำ ประมาณ 12-18 เดือนหลังเริ่ม ADT และในรายที่ได้รับ ADT ต่อเนื่องระยะยาวมักติดตามเป็นระยะ เช่น ประมาณทุก 2 ปี (ปรับตามผล DEXA เดิมและดุลยพินิจแพทย์)⁹

4. การติดตามสุขภาพด้านเมตาบอลิก หัวใจและหลอดเลือด

- คัดกรองและติดตามน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดตามแผนการรักษา เพื่อเฝ้าระวัง

ความเสี่ยงเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และใช้เป็นข้อมูลติดตามผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพ⁹

- ให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การงดสูบบุหรี่ และการจำกัดแอลกอฮอล์⁹ เช่น ไม่เกิน 2 units ต่อวัน

- ประสานทีมสหวิชาชีพเมื่อจำเป็น เช่น ค่าความดันน้ำตาล ไขมันผิดปกติ น้ำหนักเพิ่มเร็ว มีอาการสงสัยโรคหัวใจ หลอดเลือด หรือจำเป็นต้องได้แผนโภชนาการ การออกกำลังกาย เฉพาะบุคคล (ส่งต่ออายุรแพทย์/คลินิกเบาหวาน/ความดัน/หัวใจ โภชนาการ เวชศาสตร์ฟื้นฟู)

5. การติดตามสุขภาพจิตใจและภาพลักษณ์ร่างกาย

- ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน GAD-7 และติดตามซ้ำตามข้อบ่งชี้ เพื่อคัดกรองปัญหาที่กระทบความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิต¹²

- ประสานส่งต่อทีมสหวิชาชีพเมื่อพบปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความวิตกกังวลระดับปานกลาง-รุนแรง (เช่น GAD-7 ≥ 10) อารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับเรื้อรัง ความทุกข์ใจจากภาพลักษณ์ ความสัมพันธ์ หรือมีสัญญาณเสี่ยงทำร้ายตนเอง¹²

6. การประเมินคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพทางเพศ

- ประเมินการกิจวัตรประจำวัน ระดับพลังงาน อารมณ์ อาการจากภาวะพร่องแอนโดรเจน และความพึงพอใจในชีวิต เพื่อนำไปปรับแผนการดูแลแบบเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง

- ประเมินประเด็นด้านสมรรถภาพทางเพศและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรส เช่น ความต้องการทางเพศที่ลดลง ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือความทุกข์ใจจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและบทบาททางเพศ โดยพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสะท้อนความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลและคำปรึกษาเบื้องต้นอย่างเหมาะสม รับฟังอย่างไม่ตัดสิน และเสริมพลังในการปรับตัว พร้อมทั้งประสานแพทย์หรือคลินิกที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยต้องการการดูแลเฉพาะทาง¹⁰

- ประเมินปัจจัยด้านสังคมและครอบครัวที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เช่น ผู้ดูแลหลัก ความพร้อมในการดูแลที่บ้าน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว หากพบข้อจำกัด เช่น ไม่มีผู้ดูแล ความเครียดสูง หรือข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ควรประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา เพื่อวางแผนช่วยเหลือที่เหมาะสม

สรุป

การผ่าตัดอัมพาตออกทั้งสองข้างแบบผู้ป่วยนอกภายใต้การระบับความรู้สึกเฉพาะที่ เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับเทสโทสเตอโรนในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ลักษณะการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการยับยั้งแอนโดรเจนแบบถาวร ทำให้บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์การรักษา ตั้งแต่บทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลสำหรับการดูแลตนเองที่บ้าน ตลอดจนการติดตามผลในระยะยาว การพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมความปลอดภัย และสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Torre LA, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–63.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Thailand fact sheet 2022 (GLOBOCAN 2022, version 1.1). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cited 2026 Jan 3]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
3. Schaeffer EM, Srinivas S, Adra N, An Y, Barocas D, Bitting R, et al. NCCN guidelines® insights: prostate cancer, version 4.2023. *J Natl Compr Canc Netw.* 2023;21(10):1067–96.
4. Garje R, Chennamadhavuni A, Mott SL, Chambers IM, Gellhaus P, Zakharia Y, et al. Utilization and outcomes of surgical castration in comparison to medical castration in metastatic prostate cancer. *Clin Genitourin Cancer.* 2020;18(2):e157–66.
5. Arogundade AK, Popoola AA, Ajape AA, Abiola OO, Biliaminu SA. Surgical androgen deprivation therapy in advanced prostate cancer: comparison of biochemical efficacy of bilateral total and subcapsular orchidectomy. *Afr Health Sci.* 2023;23(1):483–91.
6. Bal DS, Chung D, Urchuk M, Shah J, Fidel MG, Panchendrabose K, et al. Utilizing local anesthesia only for penile and scrotal urologic surgery: a prospective study on patient tolerability and surgical outcomes for a sedation-free option. *Urology.* 2024;194:7–13.
7. Güven B, Karaaslan Sevinç C. Examining the Relationship Between Perceived Readiness for Hospital Discharge and Quality of Perioperative Nursing Care in Ambulatory Surgery Patients. *Med J Bakirkoy.* 2024;37(2):271–9.
8. Lazarovich A, Stadler WM, Eggen S, Tremblay S, Page A, Diaz H, et al. The comeback of orchiectomy in advanced prostate cancer: is that feasible? *Urol Oncol.* 2025;43(8):714–20.
9. Kara Ö, Yılmaz M, Aydın M, Çelik S, Kılıç M, Demir O, et al. Effects of androgen deprivation therapy duration on health-related quality of life, physical activity, anxiety and depression levels in patients with intermediate- and high-risk prostate cancer. *Arch Health Sci Res.* 2024;11(1):14–19.
10. นุชชวรกุล คุณชมภู. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
11. Agodi A. Principles of infection prevention and control in surgery. In: Bartoli S, Cortese F, Sartelli M, Sganga G, editors. *Infections in surgery.* Cham: Springer; 2024. p. 37–46.
12. Saracino RM, Kehoe LA, Sohn MB, Wang L, Mohile S, Wells M, et al. Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in older adults with advanced cancer. *Psychooncology.* 2024;33(11):e70012.
13. Baierl MA, Strauß A, Uhlig A, Hahn O, Reichert M, Schneider TR, et al. Use of men's support underwear after elective scrotal surgery: a prospective, randomized assessment of postoperative complication rates and health-related quality of life. *Urologie (Heidelberg).* 2023;62(1):56–65.
14. Association of periOperative Registered Nurses. Guidelines for perioperative practice. 2022 ed. Denver (CO): AORN; 2022.
15. Neal JM, Woodward CM, Harrison TK. The American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine checklist for managing local anesthetic systemic toxicity: 2020 version. *Reg Anesth Pain Med.* 2021;46(2):81–9.
16. Robinson CL, Phung A, Dominguez M, Remotti E, Ricciardelli R, Nomah D, et al. Pain scales: what are they and what do they mean? *Curr Pain Headache Rep.* 2024;28:12.
17. Saylor PJ, Rumble RB, Tagawa S, Eastham JA, Finelli A, Reddy PS, et al. Bone Health and Bone-Targeted Therapies for Prostate Cancer: ASCO Endorsement of a Cancer Care Ontario Guideline. *J Clin Oncol.* 2020;38(15):1736–43.