

บทบทพยาบาล: การทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล

ยุพิน เพ็ชรมงคล DN*

บทคัดย่อ

การทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะภายหลังการผ่าตัดจะพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล การทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะรวมถึงการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การสูญเสียความรู้สึกในการขับถ่ายปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยเกินไป และกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวมากเกินไป ถึงแม้ว่าภาวะการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะจะไม่ใช่อันตรายถึงชีวิตต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล แต่อาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การทดสอบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลและสามารถแก้ไขภาวะการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลได้

คำสำคัญ: การทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก การผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล

Nurses' Role: Bladder Dysfunction in Patients with Cervical Cancer Undergoing Radical Hysterectomy

*Yupin Phianmongkhol DN**

Abstract

Postoperative bladder dysfunction is a common occurrence following radical hysterectomy in patients with cervical cancer. Bladder dysfunction includes stress incontinence, sensory loss, bladder hypertonia and bladder hypertonía. Although bladder dysfunction is not life threatening, it can affect the quality of life of patients with cervical cancer undergoing radical hysterectomy. Bladder training is the importance independent nurses' role and it can solve postoperative bladder dysfunction in patients with cervical cancer undergoing radical hysterectomy.

Keywords: bladder dysfunction, cervical cancer, radical hysterectomy

*Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลลหรือการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) หมายถึงการผ่าตัดมดลูก ช่องคลอดส่วนบนอย่างน้อย 3 เซนติเมตร broad ligament, uterosacral ligament, uterovesical ligament และ parametrium ออกทั้งสองข้าง โดยอาจจะตัดรังไข่หรืออาจจะเก็บรังไข่ไว้ในกรณีที่เป็นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อย (กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, 2555; หน่วยนรีเวชกรรม กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556) เป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกที่มีการลุกลามซึ่งได้แก่ระยะที่ Ib และ IIa บางราย ระยะเวลาในการผ่าตัดประมาณ 4 ชั่วโมง และระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 14 วัน (Fanning & Kraus, 2000) โดยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด และผลกระทบบของการผ่าตัด ดังนี้

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลล

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลล ได้แก่ 1) มะเร็งปากมดลูกระยะที่ Ib และ IIa บางราย 2) ขนาดของมะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 4 เซนติเมตร 3) อายุน้อยกว่า 45 ปี หรือไม่เกิน 60 ปี 4) ร่างกายแข็งแรงและไม่มีโรคอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด 5) น้ำหนักตัวไม่เกิน 70 กิโลกรัม 6) มะเร็งปากมดลูกที่พบร่วมกับเนื้องอกของมดลูก (myoma uteri) และภาวะที่เยื่อบุโพรงมดลูกแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อมดลูก (endometriosis interna หรือ adenomyosis) 7) มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ตั้งครรภ์อ่อนๆ 8) มะเร็งปากมดลูกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีรักษา และ 9) ผู้ป่วยสมัครใจที่จะรักษาด้วยการผ่าตัด (จารุวรรณ แซ่เต็ง, 2555).

ผลกระทบของการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลลด้านร่างกาย

การผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลลอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่อตัวผู้ป่วย ทั้งระหว่างการผ่าตัด (intraoperative complication) หลังผ่าตัดระยะแรก (early postoperative complication) และหลังผ่าตัดระยะหลัง (late postoperative complication) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของการผ่าตัดแต่ละครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้ดังต่อไปนี้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547; ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2557; Allan, 2007) คือ

1.1 การตกเลือดขณะผ่าตัด พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1-2 ของการผ่าตัดแต่ละครั้ง ขณะทำการผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เพราะการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีการเลาะเนื้อเยื่อต่างๆ มาก การตกเลือดในระยะนี้เกิดจากการขาดความระมัดระวังในการเลาะเนื้อเยื่อและไม่สามารถตรวจหาจุดที่ทำให้เลือดออกได้ ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังขณะเลาะเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน ไม่ควรเลาะลงไปในเรื่องลึกซึ่งไม่สามารถเข้าไปหาได้ง่ายถ้าหลอดเลือดดำฉีกขาด การเลาะ pararectal space จึงไม่ควรใช้แรงมากถ้าเนื้อเยื่อติดมาก

1.2 การเกิดอันตรายต่อลำไส้ พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.3 และจะไม่เกิดขึ้นถ้าระมัดระวังและพิถีพิถันในการผ่าตัดบริเวณโดยรอบหลอดเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ เย็บซ่อมปิดเย็บช่องท้องให้มิดชิดเพื่อป้องกันเลือดและน้ำเหลืองไหลกลับเข้าช่องท้องซึ่งเป็นสาเหตุของลำไส้ติดกัน

1.3 การเกิดอันตรายต่ออวัยวะในระบบ

ทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ อันตรายต่อท่อไตและ อันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบได้น้อยที่สุดในระหว่างการผ่าตัดสาเหตุเกิดจากการตัดโคนอวัยวะนั้นๆ โดยบังเอิญ ภาวะแทรกซ้อนของท่อไตที่พบ ได้แก่ รูรั่ว (fistula) และตีบตัน (stenosis) เป็นผลจาก devascularization และ ischemic necrosis ของผนังท่อไตส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนต่อท่อไตพบได้ร้อยละ 12.5 เป็นรูรั่วระหว่างมดลูกกับช่องคลอด (uterovaginal fistula) ร้อยละ 8.5 และ ureteral stricture พบร้อยละ 4

1.4 ภาวะอุดตันของหลอดเลือดในปอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุด เพราะอาจเสียชีวิตได้ พบประมาณร้อยละ 3-5 ของผู้ป่วยที่มี occult venous thrombosis มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะอุดตันของหลอดเลือดในปอดจะมี silent venous thrombosis โดยไม่มีอาการมาก่อน จนกระทั่งอาการรุนแรงขึ้น ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีประวัติ thromboembolic disease, severe venous varicosities และในรายที่เสี่ยงต่อภาวะอุดตันของเส้นเลือดในปอด วิธีป้องกันอาจให้ยา heparin ในขนาดต่ำๆ ครั้งเดียวก่อนผ่าตัดหรือให้ยา heparin 5,000 หน่วย เข้าใต้ผิวหนัง 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด แล้วฉีดทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 7 วัน

2. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะแรก ภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้ (กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, 2554; จารุวรรณ แซ่เต็ง, 2555; ยูพิน เพียรมงคล, 2557) ได้แก่

2.1 การตกเลือดภายหลังการผ่าตัดในระยะแรก คือ การตกเลือดภายใน 48 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.21 ส่วนใหญ่เกิดจากการห้ามเลือดไม่ดีขณะผ่าตัด ซึ่งมักเป็น หลอดเลือดแดงที่มามีเลี่ยมมดลูก รังไข่ ช่องคลอดและ

กระเพาะปัสสาวะ

2.2 อาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น การทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ การอุดตันของลำไส้ ภาวะท้องอืดเป็นต้น อาการเหล่านี้มักพบภายใน 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด

2.3 การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4-6 ของการผ่าตัดแต่ละครั้ง เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคระหว่างการผ่าตัด มักเกิดภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัด อาการที่เป็นผลมาจากการติดเชื้อ คือ แผลแยก ซึ่งจะเกิดประมาณ 4-8 วันหลังผ่าตัด

2.4 ภาวะมีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ พบหลังจากการนำสายสวนปัสสาวะออก ทำให้ท่อปัสสาวะเกร็งตัวไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองใน 24 ชั่วโมงแรกหลังนำสายสวนปัสสาวะออก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดมยาสลบในระหว่างการผ่าตัด

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะหลัง ภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้ (กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, 2555; จารุวรรณ แซ่เต็ง, 2555; จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547; ยูพิน เพียรมงคล, 2557; Allan, 2007) ได้แก่

3.1 การทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (bladder dysfunction หรือ bladder atony) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบได้น้อยที่สุด พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 60-70 ในการผ่าตัดแต่ละครั้ง โดยสามารถแบ่งชนิดความผิดปกติของการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเป็น 4 แบบ คือ 1) กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวมากเกินไป (hypertonus of the bladder muscle) 2) สูญเสียความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม (loss of sensation of bladder fullness) 3) มีความยากลำบากในการถ่ายปัสสาวะ (difficulty in

initiating micturition) และ 4) กระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยเกินไป (bladder hypotonia) อาการดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลนั้นจะไปรบกวนเส้นประสาทที่บังคับการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะไม่ออกภายหลังผ่าตัด จึงต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้หลายวัน ซึ่งเป็นเหตุให้ผนังกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ (Detrusor muscle) เกิดการหดตัวไปเรื่อยๆ ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป อาการที่พบจากการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะคือ ถ่ายปัสสาวะไม่หมด กระปริดกระปรอย ไม่มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ มักพบหลังผ่าตัดภายใน 1 ปี และส่วนใหญ่จะกลับเป็นปกติภายใน 6-8 สัปดาห์ ดังนั้น ปัญหาความผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะจึงเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ที่มิมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะและต้องได้ทำการสวนปัสสาวะเองภายหลังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาจจะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

3.2 รุรั่ว การเกิดรุรั่วถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ในปัจจุบันเนื่องจากเทคนิคในการผ่าตัดดีขึ้นมาก รวมทั้งการมี retroperitoneal drainage ที่ดีทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดรุรั่วลดลงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 20-30 ปีก่อน รุรั่วที่อาจพบได้แก่ รุรั่วระหว่างท่อไตกับช่องคลอด (ureterovaginal fistula) และรุรั่วระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด (vesicovaginal fistula) ส่วนใหญ่ถ้ารุรั่วที่มีขนาดเล็ก การใส่สายสวนปัสสาวะไว้นานพอควร รุรั่วอาจปิดได้เอง แต่ในรายที่รุรั่วมีขนาดใหญ่อาจต้องใช้การผ่าตัดเพื่อแก้ไข การตรวจสภาวะการทำงานของไต ตำแหน่งของรุรั่ว เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทราบก่อนการตัดสินใจในการผ่าตัด

3.3 การติดเชื้อ การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ก่อนผ่าตัดอาจมีส่วนช่วยในการลดอัตราการเกิดการติดเชื้อในระยะหลังผ่าตัด การติดเชื้อที่สำคัญและต้องระวังคือ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (pelvic infection) ซึ่งอาจจะเป็นไปในรูปแบบของ pelvic cellulitis หรือ pelvic hematoma และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดรุรั่วได้ สำหรับการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะพบได้ร้อยละ 29 วินิจฉัยจากการเพาะเชื้อในปัสสาวะ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่มีอาการของการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเลย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทุกรายควรจะได้รับ การรักษาหรือเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นชนิดที่ให้ผลดีต่อเชื้อนั้นๆ ในระยะ 5 ปีแรกของการผ่าตัดซึ่งใส่สายสวนปัสสาวะพบการเพาะเชื้อปัสสาวะให้ผลบวกค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับในระยะหลังซึ่งเปลี่ยนมาใช้ suprapubic cystostomy

3.4 ถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลือง บริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic lymphocyst) พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ขึ้นอยู่กับขนาดของถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลือง (lymphocyst) และวิธีการตรวจวินิจฉัย ถ้ามีขนาดเล็กการตรวจร่างกายหรือตรวจภายในอาจคลำไม่ได้ ถ้าตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด อาจตรวจพบถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลืองขนาดเล็กได้มากขึ้น ซึ่งคลำไม่ได้จากการตรวจภายใน ถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลืองเกิดจากการสะสมของน้ำเหลืองภายในอุ้งเชิงกรานจากการไหลย้อนของน้ำเหลืองซึ่งไปตัด afferent channel ในอดีตพบภาวะแทรกซ้อนนี้สูงถึงร้อยละ 25 ตำแหน่งที่พบถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลืองได้บ่อยมักเป็นบริเวณด้านหน้าและด้านใน อาจพบอยู่ระหว่าง external iliac vessels กับผนังหน้าท้อง บางครั้งอาจพบถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลืองขยายลงมาอยู่ใน

paravaginal space ซึ่งคลำได้จากการตรวจภายใน
ระยะเวลาที่เกิดถุงน้ำจากการคั่งของน้ำเหลืองมัก
เกิดภายใน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ถ้ามีขนาดเล็ก
ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติ แต่ถ้ามีขนาดใหญ่อาจมี
อาการของการกดเบียด (pressure symptoms) อาการ
ปวดในอุ้งเชิงกราน หรือมีไข้ได้ การตรวจร่างกายมัก
พบก้อนอยู่เหนือต่อมและขนานกับเอ็นยึดบริเวณขา
หนีบ (inguinal ligament) ขอบบนของก้อนมักอยู่ต่ำกว่า
anterior superior iliac spine ถ้าก้อนใหญ่มากก็
จะอยู่สูงขึ้นไปอีก ถ้าก้อนกดเบียดท่อไตอาจทำให้
ท่อไตอุดตันเกิดภาวะไตอักเสบแบบเฉียบพลันและ
ภาวะไตบวมน้ำได้

3.5 Pelvic cellulitis ปัจจุบันนิยมให้ยา
ปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์ครอบคลุมทั้ง gram positive,
gram negative และ anaerobic organism เพื่อป้องกันการ
ติดเชื้อโดยให้ก่อนผ่าตัดทันที และให้ต่อไปอีก
อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบอุบัติการณ์การ
เกิดภาวะนี้ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ถ้ามีการติดเชื้อ
เกิดขึ้นให้เพาะเชื้อจาก vaginal vault และให้ยา
ปฏิชีวนะขนาดสูงตามความไวของเชื้อ มีน้อยรายไม่
เกินร้อยละ 0.5 ที่ต้องระบาย pelvic abscess เนื่องจากการ
ติดเชื้อของเลือดและน้ำเหลืองที่สะสมอยู่

3.6 Venous thrombosis การเกิด venous
stasis และอันตรายต่อผนังหลอดเลือดดำขณะเกาะ
ต่อมน้ำเหลืองที่เกาะติดกับหลอดเลือดชั้น intima
ของหลอดเลือดดำ จะมีการหลัง tissue thrombo-
plastin ทำให้เลือดแข็งตัวเป็น venous thrombosis
การให้ยา heparin 5,000 หน่วย ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง
วันละ 3 ครั้ง เริ่ม 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด และฉีดทุก 8
ชั่วโมง ต่ออีก 5 วัน จะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะ
นี้ได้ บางสถาบันใช้ pneumatic cuff พันน่องและ
ต้นขาไว้ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดอีก 5 วัน เพื่อตัด

ปัญหาเลือดออกง่ายจากยา heparin พบว่าได้ผลดีกว่า
คือ ลดอุบัติการณ์ของภาวะนี้ลงถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบ
เทียบกับการให้ยา heparin ขนาดต่ำ ปัญหาดังกล่าว
ไม่ค่อยพบในผู้ป่วยไทยแต่พบได้ในรายงานของต่าง
ประเทศ

3.7 การตกเลือดหลังผ่าตัดระยะหลัง
พบน้อยเนื่องจากในขณะผ่าตัดมีการตรวจหาหลอดเลือด
ออกอยู่แล้ว ยกเว้นว่าห้ามเลือดไว้ไม่ดีก่อนผ่าตัด
เสร็จหรือห้ามเลือดที่ออกหลายจุดไม่ได้ ในกรณี
นี้อาจจะใส่ผ้าก๊อชหลายๆ ชั้นกดไว้แล้วโพล์ปลาย
ออกทางช่องคลอด หรือใช้ umbrella gauze pack
กดเชิงกรานไว้ 24-48 ชั่วโมงเพื่อห้ามเลือด แล้วจึง
เอาออกเพื่อป้องกันการติดเชื้อจาก aerobic และ
anaerobic bacteria ในช่องคลอด

การผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลนอกจากจะ
ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่อตัวผู้ป่วยทั้ง
ระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัดระยะแรก และหลัง
ผ่าตัดระยะหลังแล้ว ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง
ของระบบสืบพันธุ์และผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ โดย
มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบ
สืบพันธุ์เมื่อผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลและรังไข่ออก
ทั้ง 2 ข้าง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบ
สืบพันธุ์ ดังนี้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547; ยุพิน เพียร
มงคล, 2557; Allan, 2007)

1.1 การเปลี่ยนแปลงของช่องคลอด
ผนังช่องคลอดจะหยาบ รอยย่นหายไป เยื่อผนัง
ช่องคลอดบาง ไกลโคเจนน้อยลง ทำให้ช่องคลอดมี
ความเป็นด่างมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการอักเสบได้
ง่าย นอกจากนั้นช่องคลอดจะสั้นลง เนื่องจากการ
ผ่าตัดมดลูกจำเป็นต้องตัดส่วนบนของช่องคลอด
อย่างน้อย 3 เซนติเมตรออกด้วย

1.2 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แคมเล็ก (labia minora) จะเห็นวัยเด็กกลางไขมันใต้ผิวหนังน้อย ปุ่มกะลัน (clitoris) มีขนาดเล็ก

1.3 การเปลี่ยนแปลงของเต้านม เต้านมจะเห็นวัยเด็กกลาง เนื่องจากเนื้อเยื่อต่อมน้ำนม (mammary tissue) เห็นวัยเด็กกลาง แต่ในผู้ป่วยที่อ้วนขนาดเต้านมอาจคงเดิมเพราะมีไขมันอยู่แต่ต่อมน้ำนมจะเห็นวัยกลาง

2. ผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์และความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลและรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนี้ (Allan, 2007)

2.1 ระยะเล้าโลม ในระยะนี้จะมีการคั่งของโลหิตในช่องเชิงกรานลดลง เนื่องจากไม่มีมดลูก

2.2 ระยะตื่นตื่น เป็นระยะที่เกิดความรู้สึกทางเพศ ระยะนี้ช่องคลอดจะขยายตัวพร้อมกับมดลูกจะยกสูงขึ้น ทำให้ 2 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนบนเป็นโพรง แต่ภายหลังผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลแล้วจะไม่มีกรวยกสูงขึ้น ซึ่งไม่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เพราะว่าช่องคลอดส่วนล่างจะมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า

2.3 ระยะสุขสุดยอดทางเพศ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าการหดตัวของช่องคลอดและกล้ามเนื้อบีบเป็นระยะๆ ห่างกันครั้งละ 0.8 วินาที ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีความรู้สึกว่ามดลูกหดตัวด้วย ดังนั้นในกรณีนี้ที่ผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลจะไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น

ผลกระทบของการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลด้านจิตสังคม

การผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม ดังนี้

1. การเกิดภาวะซึมเศร้า จากผลของการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ระดับซีโรโทนินในกระแสเลือดลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้นอกจากนี้อาจเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับมดลูก เช่น รับรู้ว่ามีมดลูกเป็นอวัยวะที่แสดงถึงความเป็นผู้หญิง เป็นสิ่งสำคัญในการถึงจุดสุดยอดขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นอวัยวะที่มีการขจัดของเสียออกจากร่างกายในช่วงที่มีประจำเดือน เป็นต้น ดังนั้นการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่สำคัญไปทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Donogne, Jackson, & Pagano, 2003).

2. การเกิดความเหนื่อยล้า (Decherney, Bachmann, Isaacson, & Gall, 2002).

3. การสูญเสียเอกลักษณ์ความเป็นหญิง (Augustus, 2000).

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานทำให้ขาดรายได้เนื่องจากต้องขาดงานอีกทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้บางครอบครัวมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจตามมาได้

5. ผลกระทบด้านสังคมโดยเฉพาะในครอบครัว ผู้ป่วยอาจเกิดความกังวลใจที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวดังเช่นที่เคยปฏิบัติ เพราะตนเองต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ด้านความสัมพันธ์กับสามีนั้น อาจมีความกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์อาจเกิดจากการผ่าตัดซึ่งทำให้ช่องคลอดสั้นลง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง

ร่วมกับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล ทำให้ผู้ป่วยขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งอาจทำให้มีอาการแสบคัน และแห้งบริเวณช่องคลอด ทำให้เกิดความไม่สบายจากการมีเพศสัมพันธ์ มีอาการปวด และมีความยุ่งยากในการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีความกลัวในการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัด และสามีของผู้ป่วยบางรายเกิดความกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์เช่นกัน จากปัญหาการมีเพศสัมพันธ์อาจทำให้เกิดปัญหาการหย่าร้างหลังผ่าตัดได้ (Jenson, 2003).

บทบาทพยาบาล

การผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ดังนั้นบทบาทของพยาบาลต่อการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลเป็นบทบาทอิสระและมีความสำคัญยิ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ของการพยาบาล คือ ส่งเสริมการทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะและป้องกันการคั่งของปัสสาวะ การทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะได้มีการขยายตัวที่พอเหมาะภายหลังการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลก่อนที่จะนำสายสวนปัสสาวะออก จะทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดีขึ้นและทำให้กระเพาะปัสสาวะคงสภาพหน้าที่ที่ปกติต่อไปได้ วิธีการที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีการขยายที่พอเหมาะนั้น ทำได้โดยการหนีบ (clamp) สายสวนปัสสาวะแล้วปล่อยเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นให้

เกิดการยืด (stretch) ของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะขึ้นภายในกระเพาะปัสสาวะโดยการทำให้มีการเติมเต็ม (filling) ของน้ำปัสสาวะและกระตุ้นให้เกิด emptying ที่ปกติ เรียกวิธีการนี้ว่า การทดสอบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ หรือ การฝึกหัดการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ (bladder training)

การทดสอบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะมี 2 วิธี (ยูพิน เพ็ชรมงคล, 2557; หน่วยนรีเวชกรรม กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556) ได้แก่

วิธีที่ 1 ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการคลายสวนปัสสาวะทางเหนือหัวเหนือ (suprapelvic cystostomy) วิธีการทำ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1: เป็นการหนีบสายสวนปัสสาวะแล้วปล่อยเป็นระยะๆ ดังนี้

1. เริ่มหนีบสายสวนปัสสาวะแล้วปล่อยทุก 2 หรือ 4 ชั่วโมง หรือปล่อยก่อนเวลาเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ แล้วจดบันทึกจำนวนที่ได้ เพื่อดูความจุของกระเพาะปัสสาวะ (ก่อนหนีบทุกครั้งต้องให้กระเพาะปัสสาวะว่าง)

2. การหนีบแล้วปล่อยจะทำอยู่ประมาณ 1-3 วัน หรือเมื่อวัดปริมาณของน้ำปัสสาวะที่ออกมาในแต่ละครั้งไม่เกิน 500 มิลลิลิตร แล้วจึงทำขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2: เป็นการหนีบแล้วให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเองดังนี้

1. ภายหลังหนีบสายสวนปัสสาวะครบ 2 หรือ 4 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยไปถ่ายปัสสาวะเองและจดบันทึกจำนวนที่ได้ (ถ้าผู้ป่วยรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะก่อนครบ 2 หรือ 4 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยไปถ่ายปัสสาวะได้ทันที)

2. ปล่อยที่หนีบสายสวนปัสสาวะทันทีที่ถ่ายปัสสาวะแล้ว เพื่อดูจำนวนปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ (residual urine) ถ้า residual urine มากกว่า 100 มิลลิลิตร แสดงว่าการทำงานของกระเพาะปัสสาวะยังไม่ดี ต้องทำการทดสอบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะต่อไปอีกระยะหนึ่ง จนกระทั่ง residual urine น้อยกว่า 100 มิลลิลิตร ทุกครั้งเป็นเวลา 1-2 วัน แพทย์จึงพิจารณาให้นำเอาสายสวนปัสสาวะออก ทั้งนี้จำนวนปัสสาวะที่ถ่ายได้เองจะต้องมีปริมาณเป็น 2 เท่าของ residual urine ที่ได้

หมายเหตุ

1. ในบางสถาบันการทดสอบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะอาจจะเริ่มทำขั้นตอนที่ 2 เลยเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้เร็วขึ้น แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้

2. ช่วงระยะเวลา 22.00-06.00 น. ปล่อยให้ free flow

3. ก่อนหนีบสายสวนปัสสาวะทุกครั้งต้องให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

4. การปล่อยที่หนีบสายสวนปัสสาวะให้ปล่อยนาน 5-10 นาที

5. การที่ผู้ป่วยจะใส่สายสวนปัสสาวะนานเท่าไรนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่

5.1 การรบกวนเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัด

5.2 วิธีการทดสอบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะที่ถูกต้อง จำนวนปัสสาวะที่ได้ในแต่ละครั้งถ้ามากกว่า 500 มิลลิลิตร แสดงว่าการทำงานของกระเพาะปัสสาวะอาจไม่ได้ผล ดังนั้นการควบคุมจำนวนน้ำดื่มใน 2 ชั่วโมงจึงเป็นสิ่งจำเป็นควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ 3 แก้วภายใน 2 ชั่วโมง

5.3 ภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย

วิธีที่ 2 ให้ผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยตนเอง (self-catheterization) เป็นการสอดใส่สายสวนปัสสาวะที่ปราศจากเชื้อเข้าไปในท่อปัสสาวะจนถึงกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ปัสสาวะไหลออกด้วยตนเองด้วยเทคนิคสะอาด ซึ่งในกรณีนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะทางเหนือหัวหน้าวิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอุปกรณ์และวิธีการทำดังนี้

อุปกรณ์ประกอบด้วย 1) ถาดวางของใช้ 2) ชุดสายสวนปัสสาวะด้วยตนเองสำหรับสตรีที่บรรจุในน้ำยาทำลายเชื้อ 3) ถ้วยตวงปัสสาวะ 4) กระจกเงา 5) สบู่เหลวหรือสบู่ก้อนพร้อมกล่อง และ 6) น้ำดื่มสุกหรือน้ำสะอาด 1 ขวด

วิธีการ

1. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ใช้ผ้าสะอาดปูบนเก้าอี้หรือบนเตียง วางกระจก วางถ้วยตวงและชุดสายสวนปัสสาวะไว้บริเวณที่จะหยิบได้ง่าย ถ้าม่านเปิดไฟ

2. ไปปัสสาวะใส่ถ้วยตวง ดูจำนวนปัสสาวะแล้วล้างถ้วยตวงให้สะอาดจดจำนวนไว้

3. ล้างอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลังด้วยสบู่ประจำตัว ไม่ต้องใช้กระดาษชำระหรือผ้าเช็ดอวัยวะสืบพันธุ์

4. ล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยสบู่และน้ำสะอาด ไม่ต้องเช็ดมือและไม่จับต้องของอื่น

5. เตรียมสายสวนปัสสาวะโดยใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับบริเวณจุดสีฟ้า ดึงสายสวนขึ้นจากหลอดบรรจุที่มีน้ำยาทำลายเชื้อ มือข้างที่ถนัดจับสายสวนดึงสายสวนออกมา ล้างสายสวนปัสสาวะด้วยน้ำสะอาด

6. ใช้ทำนึ่งคุกเข่าสองข้างบนเตียง วาง กระจกไว้ตรงหน้าอวัยวะสืบพันธุ์ หรือยื่นสวน ปัสสาวะโดยยกขาข้างหนึ่งวางบนเก้าอี้โดยยื่น คร่อมกระจก ใช้มือที่ไม่ถนัดแหวกแฉกนอกของ อวัยวะสืบพันธุ์ด้วยนิ้วชี้และนิ้วกลาง ดึงรั้งขึ้นด้าน บนเล็กน้อย ส่องดูท่อปัสสาวะจากกระจกจนเห็น ชัดเจน ใช้มือข้างที่ถนัดจับสายสวนปัสสาวะในท่าที่ ถนัด ค่อยๆ สอดสายสวนเข้าไปในท่อปัสสาวะด้วย ความนุ่มนวล ไม่ใช่แรงดัน ใส่สายสวนเข้าไปในท่อ ปัสสาวะประมาณ 3 นิ้ว

7. ปลดมือที่แหวกอวัยวะสืบพันธุ์มาเลื่อน กระจกออกแล้วนำถ้วยตวงมารองรับปัสสาวะ ถอด จุกปิดสายสวน (จุกสีฟ้า) ออกปล่อยให้ปัสสาวะไหล ออกมาจนหมด เมื่อปัสสาวะหยุดไหลให้กดบริเวณ ท้องน้อย 1-2 ครั้ง รอจนปัสสาวะหยุดไหล ค่อยๆ ดึงสายสวนปัสสาวะออกมาโดยใช้นิ้วปีศาจเปิดสาย สวนเพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ

8. ในขณะที่กำลังจะสวนปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วย ทำสายสวนปัสสาวะสัมผัสหรือถูกต้องสิ่งอื่นๆ นอกจากท่อปัสสาวะให้นำสายสวนปัสสาวะไปล้าง ให้สะอาด แล้วแช่น้ำยาฆ่าเชื้อไว้อย่างน้อยประมาณ 15 นาที ก่อนทำการสวนปัสสาวะใหม่

9. สังเกตลักษณะ สีและกลิ่นของปัสสาวะ ตวงปริมาณปัสสาวะ และบันทึกจำนวนปัสสาวะ

10. ล้างสายสวนปัสสาวะและจุกปิดด้วย สบู่แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด โดยให้น้ำที่ล้างไหล ผ่านท่อสายสวนปัสสาวะ สะบัดน้ำออกแล้วเก็บ สายสวนไว้ในหลอดบรรจุที่มีน้ำยาทำลายเชื้อโดย แช่ขณะยังไม่ปิดจุกเพื่อให้น้ำยาเข้ามาในสายสวน ก่อนจึงปิดจุกเก็บของใช้เข้าที่

11. ล้างอุปกรณ์ให้สะอาดและผึ่งให้แห้ง

การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ประจำวัน

การต้มและเปลี่ยนน้ำยาให้ทำวันละครั้ง และเวลาเดียวกัน ที่หอผู้ป่วยจะทำเวลาประมาณ 10.00 น. ดังนี้

1. นำสายสวนปัสสาวะทั้งชุดและขวดใส่ไป ล้างด้วยน้ำยาล้างจานและล้างน้ำให้สะอาด
2. นำไปต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาที เพื่อฆ่า เชื้อโรค
3. รินน้ำในหม้อต้มออก รอให้เย็นหยิบขวด และหลอดใส่น้ำยาทำลายเชื้อมาตั้งไว้
4. เติมน้ำต้มสุกลงไปในหลอดใส่สายสวน จนถึงครึ่งหลอด (บริเวณตัวอักษร S ตรงกลาง หลอด) แล้วเติมน้ำยาทำลายเชื้อผสมลงไปอีกครั้ง หลอด (บริเวณตัวอักษร S ตัวบนสุดของหลอด)
5. หยิบสายสวนปัสสาวะส่วนบนใส่ใน หลอดให้น้ำยาเข้ามาอยู่ในหลอดและปิดจุกให้ เรียบร้อยไม่ให้แน่นหรือหลวมเกินไป

หมายเหตุ

การทดสอบการทำงานของกระเพาะ ปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง จะเริ่มทำ ในวันที่ 8 หลังผ่าตัดโดยทำทุก 4 ชั่วโมงหรือทำก่อน เวลาเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ หลังจากถ่าย ปัสสาวะแล้วให้สวนปัสสาวะด้วยตนเองเพื่อตรวจ ดูปัสสาวะที่เหลือค้างแล้วจดบันทึกเปรียบเทียบ การติดตามผล

1. ติดตามทุก 1 สัปดาห์หรือ 2 สัปดาห์ (กรณี บ้านอยู่ไกล) โดยตรวจ urine analysis
2. ดูผลการถ่ายปัสสาวะเปรียบเทียบกับ residual urine โดย

2.1 จำนวนของ residual urine น้อยกว่า 100 มิลลิลิตร

2.2 จำนวนปัสสาวะที่ถ่ายได้เองจะต้อง
มีปริมาณเป็น 2 เท่าของ residual urine

บทสรุป

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด
มดลูกแบบเรดิคอลจะได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด
ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม หากผู้ป่วยไม่สามารถ
ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น ย่อม
ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพตามมา การช่วยให้ผู้ป่วย
สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น
โดยการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงาน
ผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะภายหลังการผ่าตัด
โดยมีวัตถุประสงค์ของการพยาบาล คือ ส่งเสริม
การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะและป้องกัน
การคั่งของปัสสาวะโดยการทดสอบการทำงาน
ของกระเพาะปัสสาวะหรือการฝึกหัดการทำงาน
ของกระเพาะปัสสาวะอย่างมีประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผล จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลมีคุณภาพชีวิต
ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ. (2554). การตรวจติดตามผู้ป่วย
มะเร็งปากมดลูก. ใน ประภาพร สู่ประเสริฐ
(บ.ก.), *คู่มือการตรวจติดตามผู้ป่วยมะเร็ง
นรีเวช* (หน้า 1-18). เชียงใหม่: กลางเวียงการ
พิมพ์.

กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ. (2555). การตัดมดลูกแบบกว้าง
โดยอนุรักษ์เส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน. ใน
สุพัตรา ศิริโชคิยะกุล, อุบล แสงอนันต์, และ
มนัสวี มะโนปัญญา (บ.ก.), *การดูแลรักษา*

ทางสูติ นรีเวชพื้นฐานที่ทันยุค (หน้า 237-
240). เชียงใหม่: จรัสธุรกิจการพิมพ์.

จารุวรรณ แซ่เต็ง. (2555). แนวทางการดูแลรักษา
มะเร็งปากมดลูก. ใน สุพัตรา ศิริโชคิยะกุล,
อุบล แสงอนันต์, และมนัสวี มะโนปัญญา
(บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาทางสูตินรีเวช
พื้นฐานที่ทันยุค* (หน้า 127-140). เชียงใหม่:
จรัสธุรกิจการพิมพ์.

จตุพล ศรีสมบุญ. (2547). มะเร็งปากมดลูก: *การ
วินิจฉัยและการรักษา*. กรุงเทพฯ: พี. บี
ฟอเรนบ็ุกส์ เซ็นเตอร์.

ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูก (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่:
โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2557). *กลยุทธ์ในการจัดการกับ
ความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง
อวัยวะสืบพันธุ์สตรี*. เชียงใหม่: พิมพ์นานา.

หน่วยนรีเวชกรรม กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2556). *คู่มือฝึก
ปฏิบัติงานในหน่วยนรีเวชกรรมสำหรับ
นักศึกษาพยาบาล*. เชียงใหม่: คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Allan, R. (2007). Gynecologic cancers. In M. E.
Langhorne, J. S. Fulton, & S. E. Otto (Eds.),
Oncology nursing (5th ed.) (pp. 185-212).
St. Louis: Mosby.

Augustus, C. E. (2000). Belief and perceptions of
African American women who have had
hysterectomy. *Journal of Transcultural
Nursing*, 13, 296-302.

- Decherney, A. H., Bachmann, G., Isaacson, K., & Gall, S. (2002). Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 99, 51-57.
- Donogue, A. P., Jackson, H. J., & Pagano, R. (2003). Understanding pre-and-post hysterectomy levels of negative affect: a stress moderation model approach. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 99-109.
- Fanning, J., & Kraus, K. (2000). Surgical stapling technique for radical hysterectomy: survival, recurrence, and late complication. *Gynecologic Oncology*, 79, 281-283.
- Jenson, P. (2003). Cervical cancer: Radical hysterectomy increase risk of impairing women's sexual function. *Medical Devices & Surgical Technology Week*, 7, 45-48.