



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด
หลอดเลือดสมองโป่งพอง(intracranial aneurysm)
หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชา ศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับ
การรักษาพยาบาล

- **ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา**

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองและแตก จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อใช้คลิป
โลหะหนีบหลอดเลือดหรือจี้ตัดหลอดเลือดที่ผิดปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเลือดออกในสมอง

- **วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ: การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy to clip aneurysm)**

ท่านจะได้รับการผ่าตัดในท้องผ่าตัดใหญ่ มีการโกนผมโดยอาจโกนบางส่วนหรือทั้งหมดหลังจากได้รับยา
ระงับความรู้สึก แพทย์จะใช้มีดเปิดผิวหนังบริเวณที่ตรงกับตำแหน่งที่ผิดปกติ ใช้เลื่อยไฟฟ้าเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ
เมื่อพบหลอดเลือดที่ผิดปกติแล้ว แพทย์จะใช้คลิปโลหะเล็ก ๆ หนีบหลอดเลือดโป่งพองโดยไม่ทำอันตรายต่อหลอดเลือด
ผิดปกติ ซึ่งคลิปโลหะนี้สามารถทิ้งไว้ภายในได้หรือจี้หลอดเลือดที่ผิดปกติด้วยไฟฟ้า แล้วใส่กะโหลกศีรษะคืนโดย
ยึดไว้ด้วยไหมหรือลวด (บางกรณีอาจไม่ใส่กะโหลกศีรษะคืน เช่น ผ่าตัดบริเวณสมองน้อย หรือ มีสมองบวมมาก)
และเย็บหนังศีรษะกลับคืน โดยอาจมีการใส่สายระบายเลือดที่คั่งค้างใต้หนังศีรษะและเอาออกภายหลังเมื่อเลือดที่
คั่งค้างน้อยลงแล้วอย่างไรก็ตามถ้าขณะผ่าตัดมีข้อมูลเพิ่มเติม จนทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้
อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมการรักษาได้ตามความจำเป็น

- **วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก**

ดมยาสลบร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia)

- **ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น**

การรักษาภาวะหลอดเลือดในสมองโป่งพองหรือผิดปกติ มี 2 วิธีหลักคือ การรักษาด้วยการผ่าตัด และการ
รักษาด้วยการใส่ขดลวดเข้าไปอุดหลอดเลือดโดยไม่ต้องผ่าตัด ซึ่งขึ้นกับอาการ ลักษณะ ตำแหน่งของความผิดปกติ
ซึ่งทีมศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และท่านกับญาติจะร่วมกันพิจารณาทางเลือกดังกล่าว

- **ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้**



การผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อหนีบหรือจี้หลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ จะช่วยป้องกันการเกิดเลือดออกจากหลอดเลือดในสมองที่ผิดปกติ ซึ่งถ้าผ่าตัดสำเร็จจะสามารถป้องกันไม่ให้หลอดเลือดโป่งพองแตกหรือแตกซ้ำได้ ซึ่งหากหลอดเลือดโป่งพองดังกล่าวแตก จะทำให้มีเลือดออกในสมอง และนำไปสู่การเสียชีวิตหรือพิการได้

- ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

การผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพองมีความเสี่ยงจากการผ่าตัด 2 ชนิด คือ

1. ความเสี่ยงทั่วไปซึ่งเกิดได้จากการผ่าตัดโดยทั่วไป คือ

- ความเสี่ยงจากการดมยาสลบ เช่น แพ้ยาสลบ ความดันตก ไม้ฟื้น
- การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- เสียเลือด ต้องเติมเลือด ความดันโลหิตต่ำเนื่องจากเสียเลือดมาก
- ตกเลือดและเลือดคั่งในบริเวณที่ผ่าตัด อาจต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อเอาเลือดออก

2. ความเสี่ยงเฉพาะของการผ่าตัดรักษาหลอดเลือดสมองโป่งพอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดที่โป่งพอง โดยมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อ เนื้อสมอง เส้นประสาท หรือ หลอดเลือดเลี้ยงสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติดังต่อไปนี้

- | | |
|---|-------------------------------|
| - ชัก | - เยื่อหุ้มสมองอักเสบ |
| - คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ | - สมองบวม |
| - แขน ขา อ่อนแรง | - อัมพาต อัมพฤกษ์ |
| - การทรงตัวผิดปกติ | - น้ำเลี้ยงสมองคั่ง หรือ รั่ว |
| - สูญเสียความทรงจำ | - โคม่า |
| - เส้นประสาทเสีย เช่น ทำให้ ตาเหล่ เห็นภาพซ้อน ตามัว ตาบอด หน้าชา หน้าเบี้ยวหลับตาไม่ได้ กลืนลำบาก เสียเหงา | - เสียชีวิต |

- ผลการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดเพื่อป้องกันไม่ให้หลอดเลือดโป่งพองแตกหรือแตกซ้ำ ถ้าผ่าตัดสำเร็จจะป้องกันไม่ให้หลอดเลือดแตกหรือแตกซ้ำซึ่งจะนำมาสู่การเสียชีวิตหรือพิการ ในบางกรณีอาจไม่สามารถหนีบหรือจี้หลอดเลือดได้หมด 100% ทำให้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงจากการมีเลือดออกซ้ำได้และมีส่วนน้อยที่เมื่อผ่าตัดสำเร็จแล้วยังมีหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียงหรือบริเวณอื่นกลับมาโป่งพองซ้ำได้อีกในอนาคต ส่วนอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือไม่และรวดเร็วเพียงใดนั้นขึ้นกับระดับความรุนแรงของอาการแต่แรก ระยะเวลาที่เป็น และตำแหน่งความผิดปกติ แต่โดยทั่วไปอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นเมื่อสมองฟื้นตัวเป็นลำดับ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน และแพทย์จะประเมินหลังผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง

- ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

เนื่องจากภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกมีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาได้อีกมาก ท่านอาจจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักจนกว่าแพทย์จะพิจารณาว่า ฟื้นภาวะวิกฤต ซึ่งหากมีอาการหนักแต่แรกอาจจะต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษานาน ทั้งนี้แพทย์จะเป็นผู้แจ้งให้ท่านหรือญาติทราบหลังผ่าตัด

1. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น ผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล (.....) เกี่ยวข้องเป็น
ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง..... นิ้ว ของผู้ป่วย

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ไม่มีผู้ป่วยมาคนเดียว
ชื่อ-สกุล (.....) เกี่ยวข้องเป็น
ของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล (.....) หน้าที่.....

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล (.....) หน้าที่.....