



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด
หลอดเลือดสมองแตก(IntracerebralHemorrhage)
หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชา ศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับ
การรักษาพยาบาล

- **ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา**

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกเนื่อง จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อน
เลือดออกเพื่อลดความดันในสมองเพื่อป้องกันการเสียชีวิตและช่วยในการฟื้นตัว

- **วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ: การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก้อนเลือดออก (craniotomy to remove
blood clot)**

ท่านจะได้รับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดใหญ่ มีการโกนผมโดยอาจโกนบางส่วนหรือทั้งหมดหลังจากได้รับยา
ระงับความรู้สึก แพทย์จะใช้มีดเปิดผิวหนังบริเวณที่ตรงกับตำแหน่งที่ผิดปกติ ใช้เลื่อยไฟฟ้าเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ
เมื่อพบก้อนเลือดในสมองจะดูดก้อนเลือดออกและจี้หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่เป็นสาเหตุ แล้วใส่กะโหลกศีรษะคืนโดยยึด
ไว้ด้วยไหมหรือลวด (บางกรณีอาจไม่ใส่กะโหลกศีรษะคืน เช่น ผ่าตัดบริเวณสมองน้อย หรือ มีสมองบวมมาก) และ
เย็บหนังศีรษะกลับคืน โดยอาจมีการใส่สายระบายเลือดที่คั่งค้างใต้หนังศีรษะและเอาออกภายหลังเมื่อเลือดที่คั่ง
ค้างน้อยลงแล้วอย่างไรก็ตามถ้าขณะผ่าตัดมีข้อมูลเพิ่มเติม จนทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ อาจ
จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมการรักษาได้ตามความจำเป็น

- **วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก**

ดมยาสลบร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia)

- **ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น**

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองแตก มี 2 วิธีหลักคือ การรักษาด้วยการผ่าตัด และ การรักษาด้วยการให้
ยา ทั้งนี้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย ขนาดและตำแหน่งของก้อนเลือด โรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละรายอาจไม่
เหมือนกัน ทีมศัลยแพทย์ และท่านกับญาติจะได้ร่วมกันพิจารณาทางเลือกดังกล่าว

- **ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้**



J-121-0011 ใบยินยอม



I-121-0011 ใบยินยอม



J-121-0011 ใบยินยอม

การผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อเอาก้อนเลือดออกจะช่วยลดภาวะความดันในกะโหลกสูง ป้องกันการเสียชีวิต และช่วยในการฟื้นตัวของผู้ป่วย

- ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองมีความเสี่ยงจากการผ่าตัด 2 ชนิด คือ

1. ความเสี่ยงทั่วไปซึ่งเกิดได้จากการผ่าตัดโดยทั่วไป คือ

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

2. ความเสี่ยงเฉพาะของการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเลือด 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

การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในสมอง เพื่อป้องกันการเสียชีวิต และช่วยให้สมองฟื้นตัวได้เร็วขึ้นถ้าผ่าตัดสำเร็จผู้ป่วยจะค่อย ๆ ฟื้นตัวเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามสมองส่วนที่ถูกทำลายไปเนื่องจากก้อนเลือดแตกแต่แรกมักจะทำให้ผู้ป่วยมีความพิการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการแตกและอาการของผู้ป่วยแต่แรก ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันและแพทย์จะประเมินหลังผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง มีผู้ป่วยส่วนน้อยบางส่วนอาจต้องผ่าตัดซ้ำเนื่องจากมีก้อนเลือดที่เหลืออยู่จากการผ่าตัดครั้งแรกหรือมีหลอดเลือดสมองแตกซ้ำระหว่างช่วงฟื้นตัว

- ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

เนื่องจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกมีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาได้อีกมาก ท่านอาจจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักจนกว่าแพทย์จะพิจารณาว่า ฟื้นภาวะวิกฤต ซึ่งหากมีอาการหนักแต่แรกอาจจะต้อง



I-121-0011 ใบยินยอม



J-121-0011 ใบยินยอม

อาศัยระยะเวลาในการรักษานาน และต้องมีการกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ทั้งนี้แพทย์จะเป็นผู้แจ้งให้ท่านหรือญาติทราบหลังผ่าตัด

1. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ได้อธิบายรายละเอียด 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.....



I-121-0011 ใบยินยอม