

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ (Nephrectomy)

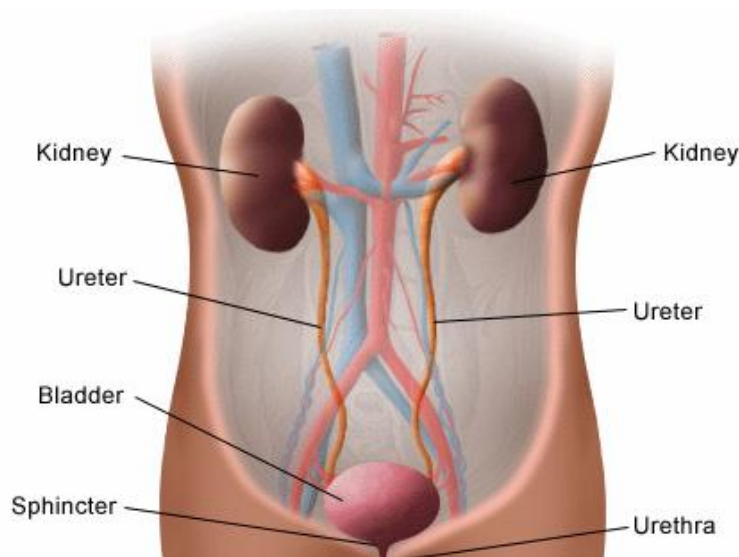
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ข้าพเจ้า.....ทราบแล้วว่าข้าพเจ้า
เป็น.....และมีความประสงค์จะเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งของไตข้าง.....
(.....Radical Nephrectomy)

เพื่อ ผ่าตัดเอาไตข้าง..... รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง ซึ่งมะเร็งอาจลุกลามไปถึงออกไปทั้งหมด อาจจะ
รวมไปถึง ท่อไตและต่อมหมวกไตร่วมด้วย



วิธีการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. การผ่าตัดแบบเปิดแผลหน้าท้อง (Radical nephrectomy); แผลผ่าตัดจะยาวตั้งแต่ลิ้นปี่จนถึงสะดือหรือหัวหน้า

2. การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านหน้าท้อง (Laparoscopic radical nephrectomy); แพทย์จะใช้กล้องและเครื่องมือขนาดเล็กสอดผ่านผนังหน้าท้อง ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดขนาดเล็กจำนวน 3-4 แผลที่หน้าท้อง

การเลือกวิธีที่ใช้ผ่าตัดจะพิจารณาจากปัจจัยเหล่านี้ร่วมกัน

- ระยะของโรคที่ประเมินจากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์
- การทำงานของระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด
- ความประสงค์ของผู้ป่วย



ขั้นตอนการรักษา

ผู้ป่วยจะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกและจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจโดยวิสัญญีแพทย์ หลังจากนั้น ศัลยแพทย์ ก็จะตัดเอาไตรวมทั้งเนื้อเยื่อข้างเคียงออก ซึ่งอาจจะรวมไปถึงต่อมหมวกไตข้างเดียวกัน หลังจาก นั้นจะมีการใส่สายระบายน้ำเหลืองและเศษเลือดภายในออกมาทางผนังหน้าท้อง ซึ่งจะถอดออกประมาณ 7 วันหลังผ่าตัดเมื่อหมดหน้าที่

ข้อดี การผ่าตัดด้วยวิธีใช้กล้องส่องผ่านหน้าท้องเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดแผลหน้าท้อง จะมีแผล ผ่าตัดที่เล็กกว่า อาการปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่า รวมไปถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่เร็วกว่า

ข้อเสีย ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด อาจมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการผ่าตัดจากใช้กล้องส่อง ผ่านหน้าท้องเป็นการผ่าตัดเปิดแผลหน้าท้องแทน

ระยะเวลาที่ใช้พักฟื้นในโรงพยาบาล ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ในกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มี 2 กรณี

1. **ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด** ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้กับการผ่าตัด โดยทั่วไป
 - ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ ปอดอักเสบติดเชื้อ ปอดแฟบ ซึ่งสามารถรักษาด้วย ยาปฏิชีวนะ และการทำกายบริหารปอด
 - ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและสมอง
 - ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ้นเลือดแข็งตัวที่ขา ซึ่งอาจจะหลุดไปอุดตันที่ปอดได้
 - ภาวะการเสียเลือด ซึ่งอาจจะต้องให้เลือดขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด
 - ภาวะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
 - การแพ้ยา
2. **ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมะเร็งของไต**
 - ทางเดินอาหาร ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการเย็บซ่อมแซม ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหานี้จำเป็น ที่จะต้องงดอาหารทางปากนานกว่าปกติ รวมไปถึงเวลาพักฟื้นตัวจะใช้เวลานานมากขึ้น
 - ตับ ได้รับบาดเจ็บในกรณีที่ผ่าตัดไตข้างขวา ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการเย็บซ่อมแซม
 - ม้าม ได้รับบาดเจ็บในกรณีที่ผ่าตัดไตข้างซ้าย ซึ่งถ้าไม่สามารถซ่อมแซมได้ อาจจำเป็นต้องตัดเอา ม้ามออก (Splenectomy)
 - ตับอ่อน ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจะมีอาการปวดท้องมาก และมักจะตรวจพบว่ามีน้ำอยู่ในช่องท้อง (fluid collection) ทำให้จะต้องมีการเจาะระบายผ่านทางผิวหนัง หรือมีการผ่าตัดซ้ำ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด เป็นถุงน้ำหรือฝีที่ตับอ่อน
 - มีเลือดออกซ้ำ จะต้องมีการผ่าตัดซ้ำเพื่อไปหยุดเลือด





- มีลมในช่องอก ถ้าเป็นไม่มากสามารถรักษาโดยการให้ออกซิเจน ร่วมกับการทำกายบริหารปอด แต่ถ้าเป็นมาก หรือมีอาการหอบเหนื่อย ก็จำเป็นต้องใส่ท่อระบายที่ช่องอก
- ถ้าในกรณีที่ได้อีกข้างเริ่มมีการเสื่อม หรือเสียไปแล้ว จะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายได้ ทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง ซึ่งอาจจำเป็นที่จะต้องมีการฟอกไตต่อหลังผ่าตัดชั่วคราว หรือถาวร

ผลสำเร็จในการควบคุมโรค

- ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ซึ่งจะทราบผลหลังผ่าตัดประมาณ 2 อาทิตย์

ทางเลือกอื่นๆสำหรับมะเร็งของไต

- การผ่าตัดตามอาการอย่างใกล้ชิด
- การผ่าตัดเอาไตออกบางส่วน (Partial nephrectomy)
- การให้ยาภูมิคุ้มกันบำบัด(Immunotherapy) หรือยาเจาะจงเป้าหมาย (Targeted therapy)

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา

2.ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล (.....) ☐ เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง..... นิ้ว

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

ชื่อ-สกุล (.....) ☐ เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)

