

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเพื่อรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา

ศัลยศาสตร์ทางเดินอาหาร

EGD for Endoscopic dilation, Endoscopic injection for UGIH, Endoscopic band ligation for esophageal varice (ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อทำการรักษาทางเดินอาหารตีบแคบ หรือเพื่อทำการรักษาภาวะ

เลือดออกในทางเดินอาหาร)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....

ข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษายาบาลโดย
วิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารมีดังนี้ คือ

การส่องกล้องทางเดินอาหารเป็นวิธีที่แม่นยำที่สุดสำหรับการตรวจหาความผิดปกติในทางเดินอาหาร โดยหัตถการดังกล่าวจะเป็นการสอดท่อขนาดเล็กซึ่งมีคุณสมบัติยืดหยุ่นได้และมีกล้องวิดีโอเพื่อทำการบันทึกภาพในทางเดินอาหาร
เข้าทางปาก ผ่านลงไปยังหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ก่อนทำการหัตถการผู้ป่วยจะได้รับยาชาเฉพาะที่แบบเจลป้ายบริเวณช่องปาก เพื่อลดการระคายเคือง โดยวัตถุประสงค์ของการทำหัตถการมีดังนี้ คือ

- เพื่อยืดขยายส่วนของทางเดินอาหารที่ตีบแคบเพื่อแก้ไขความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนของผู้ป่วย
- เพื่อหยุดเลือดออกในทางเดินอาหารโดยวิธีฉีดยา จี้ด้วยความร้อน หรือ คลิปปหนีหลอดเลือด
- เพื่อผูกเส้นเลือดที่โป่งพองในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร เพื่อป้องกันหรือแก้ไขการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดที่โป่งพองแตก
- เพื่อตัดก้อนเนื้องอกบางชนิด (Polyp) ที่ยื่นออกมาในทางเดินอาหารซึ่งอาจเป็นสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหาร

โดยทั่วไปหัตถการการส่องกล้องในทางเดินอาหารเพื่อทำการบำบัดรักษาเป็นวิธีการที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีความเสี่ยงต่ำ แต่ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการก็สามารถพบได้ ดังนี้ คือ

- อาเจียนและสำลักอาหารระหว่างการทำการหัตถการ จนอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารได้
- ทางเดินอาหารทะลุ จากการที่มีการฉีกขาดของผนังทางเดินอาหารระหว่างการทำการหัตถการ ไม่ว่าจะเป็น การฉีดยา การจี้ด้วยความร้อน หรือ การใช้คลิปปหนีหลอดเลือด ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะทางเดินอาหารทะลุดังกล่าว



- เลือดออกในทางเดินอาหารหลังทำหัตถการซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือด หรือ แม้แต่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารดังกล่าว

เมื่อจำแนกตามชนิดของหัตถการที่ทำ โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการทำหัตถการ ดังกล่าว เป็นดังนี้
ส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อขยายทางเดินอาหารตีบแคบ

- โอกาสเกิดทางเดินอาหารทะลุ 2-5 %

ส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อทำการหยุดเลือดออกในทางเดินอาหาร

- กรณีการฉีดยาอดรียนาลินเพื่อหยุดเลือดออก หรือ สเตียรอยด์ในการรักษาหลอดอาหารตีบ การจี้ด้วยความร้อน หรือ การใช้คลิปหนีบท่อนเลือด โอกาสเกิดทางเดินอาหารทะลุร้อยละ 1 -3 ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ตามความถี่ในการทำหัตถการและลักษณะการอักเสบของเนื้อเยื่อดังกล่าว มีโอกาสเกิดการมีลมรั่วเข้าในช่องปอดหรือช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหายใจ และหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 1-2
- กรณีการรัดหลอดเลือดโป่งพองในทางเดินอาหาร จะทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารได้ร้อยละ 5 - 15 และโอกาสเกิดทางเดินอาหารทะลุร้อยละ 3-5
ภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้โดยสัมพันธ์กับภาวะโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย คือ
- ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว รวมถึงภาวะความดันโลหิตต่ำ จนถึงอาจเสียชีวิตได้ ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก และยาบรรเทาอาการปวด ระหว่างการทำหัตถการขึ้นกับโรคประจำตัว การแพทย์ที่คาดเดาไม่ได้ พบได้ ร้อยละ1-2 อาจทำให้เสียชีวิตหรือป้องกันไม่ได้น้อยกว่าร้อยละ 1

หลังทำหัตถการ

- ผู้ป่วยจะรู้สึก แน่นอึดอัด คลื่นไส้ อาเจียนได้ ในช่วงไม่เกิน 30 นาที หลังทำหัตถการ เนื่องจากมีการใส่ลมเข้าไปในทางเดินอาหารช่วงที่ทำหัตถการเพื่อช่วยในการตรวจและดู
- ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บบริเวณช่องปาก ในคอ และทางเดินอาหารได้ 2-3 วัน หลังทำหัตถการ
- ผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการที่ท้องพองขึ้นเป็นเวลา 2 ชั่วโมงจึงจะสามารถกลับบ้านได้
หรือในบางกรณี เช่น มีเลือดออกในทางเดินอาหาร อาจต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ ตามความรุนแรงของโรค

- ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา
- ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด
- กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา



J-121-0011 ใบยินยอม

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

ชื่อ-สกุล (.....)

☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

I-121-0011 ใบยินยอม

