

เรื่อง การตัดไส้ตั้งแบบเลือกได้ (Elective Appendectomy)



เอกสารหมายเลข IC 007
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2553-2555
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 21 กันยายน 2555

การตัดไส้ตั้งแบบเลือกได้ เป็นการผ่าตัดเอาไส้ตั้งออกมาโดยไม่มีโรคหรือพยาธิสภาพ แต่เป็นการผ่าตัดที่ทำเพื่อจะป้องกันการเกิดโรคในอนาคต เช่น ไส้ตั้งอักเสบ เนื้องอกหรือมะเร็งที่ไส้ตั้ง ซึ่งโอกาสที่จะเกิดโรคไส้ตั้งอักเสบตลอดทั้งชีวิตพบประมาณร้อยละ ๗ และจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่เลือกทำการตัดไส้ตั้งแบบเลือกได้ จะต้องรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด ประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

การตัดไส้ตั้ง สามารถทำร่วมกับการผ่าตัดท่อน้ำท่อน้ำเหลือง การตัดมดลูก การตัดปีกมดลูก หรือการผ่าตัดอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้เพิ่มเวลาในการผ่าตัดอีก 10-15 นาที เสียเลือดเพิ่มอีกไม่มาก ยกเว้นบางกรณีที่ผ่าตัดยาก เช่น ไส้ตั้งซ่อนอยู่หลังลำไส้ใหญ่ มีพังผืดรอบ ๆ จะทำให้ผ่าตัดยากหรืออาจจะทำไม่ได้

ขั้นตอนการตัดไส้ตั้ง แพทย์จะลงแผลผ่าตัดบนหน้าท้องตามการผ่าตัดหลัก เมื่อทำผ่าตัดหลักเสร็จแล้ว จึงทำการตัดไส้ตั้งโดยตัดเลาะเนื้อเยื่อบาง ๆ ที่ยึดไส้ตั้งกับลำไส้ใหญ่ออกจนถึงโคนไส้ตั้ง บีบโคนไส้ตั้งให้เป็นรอยด้วย clamps ผูกรอบโคนด้วยไหมละลาย ตัดไส้ตั้งออก ทายาฆ่าเชื้อและจีที่โคนไส้ตั้งด้วยจีไฟฟ้า อาจจะไม่เย็บฝีโคนไส้ตั้งหรือไม่เย็บก็ได้

ภาวะแทรกซ้อนของการตัดไส้ตั้ง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกราน เสียเลือด เพิ่มเวลาในการผ่าตัดหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาล ท้องอืด ลำไส้อุดตัน การบาดเจ็บต่อลำไส้ แผลที่ไส้ตั้งอักเสบหรือรั่ว มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ ๗ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะมีการรักษาตามสาเหตุนั้น ๆ และอาจมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสาขาอื่นมาช่วยเหลือ

การปฏิบัติตัวก่อนทำผ่าตัดไส้ตั้ง จะมีกรงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง เช่นเดียวกับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดและให้การระงับความรู้สึกตามการผ่าตัดหลัก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการวางยาสลบโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัดจะให้น้ำและอาหารต่อ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาระงับปวด ดูแลแผลผ่าตัดและตัดไหมตามการผ่าตัดหลัก

กรณีที่จะทำผ่าตัดได้ยาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการผ่าตัดหลักเกิดปัญหาขึ้น แพทย์อาจจะพิจารณาไม่ตัดไส้ตั้ง

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา รับการตัดไส้ติ่งแบบเลือกได้
(Elective Appendectomy)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน.....

ในฐานะเป็น ผู้รับบริการ คู่สมรสตามกฎหมายของ.....

ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล ของ

คุณ./นาง/นางสาว.....

(กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือศาลสั่งให้เป็น
ผู้ไร้ความสามารถ ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมแทน)

เลขประจำตัวผู้รับบริการของสถานพยาบาล (Hospital number).....

เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission number).....หอผู้ป่วย.....

เข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การวินิจฉัยโรค / ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด.....

การผ่าตัด / หัตถการที่ทำร่วมด้วย

ผ่าท้องทำคลอด ผ่าตัดมดลูกและ / หรือรังไข่

อื่น ๆ (ระบุ)

และได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การตัดไส้ติ่งแบบเลือกได้ (Elective appendectomy) เป็นการตัดไส้ติ่งที่ไม่พยาธิสภาพออก
ร่วมกับการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผ่าท้องทำคลอด ผ่าตัดมดลูก โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค
และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบในอนาคต
2. โอกาสที่จะเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบตลอดทั้งชีวิตพบประมาณร้อยละ 7 และจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
3. ภาวะแทรกซ้อนของการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกราน
เสียเลือด เพิ่มเวลาในการผ่าตัดหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาล ท้องอืด ลำไส้อุดตัน การบาดเจ็บต่อ
ลำไส้ แผลที่ไส้ติ่งอักเสบหรือรั่ว มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ 7
4. รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิธีการ ขั้นตอนต่าง ๆ
ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไขหากเกิด
อันตรายและทางเลือกอื่น ๆ
5. แพทย์อาจจะพิจารณาไม่ตัดไส้ติ่ง ในกรณีที่ทำได้ยาก หรือมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่งแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี และปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอม/เจตนาเข้ารับการตัดไส้ติ่งหรืออนุญาตให้ตัดไส้ติ่งของ
ด.ญ./นาง/นางสาว.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับบริการ / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(แพทย์/ผู้ให้คำอธิบาย)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับบริการ / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

