



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด
เนื้องอกบริเวณฐานกะโหลกผ่านโพรงจมูกโดยใช้กล้อง
(Endoscopic Transnasal Transsphenoidal Surgery to Remove Skull Base Tumors)
หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชา ศัลยศาสตร์

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับ
การรักษาพยาบาล

- **ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา**

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกบริเวณต่อมใต้สมองหรือฐานกะโหลกบริเวณใกล้เคียงต่อมใต้สมอง
และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดเนื้องอกออกทั้งหมดหรือบางส่วน เพื่อวินิจฉัย รักษา บรรเทา หรือ ป้องกันอาการ
ผิดปกติที่เกิดจากเนื้องอกดังกล่าว

- **วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ: การผ่าตัดผ่านเนื้องอกบริเวณฐานกะโหลกผ่านโพรงจมูกด้วยวิธีการส่อง
กล้อง (Endoscopic Transnasal Transsphenoidal Surgery to Remove Skull Base Tumors)**

ท่านจะได้รับการผ่าตัดในโพรงผ่าตัดใหญ่ หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกท่านจะไม่รู้สึกตัว แพทย์จะส่อง
กล้องผ่านโพรงจมูก ใช้เครื่องมือตัดเนื้อเยื่อและกระดูกบริเวณด้านหลังของโพรงจมูกเพื่อให้เข้าไปถึงต่อมใต้สมอง
และฐานกะโหลก ผ่าตัดเนื้องอกออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซ่อมแซมฐานกะโหลกโดยใช้เนื้อเยื่อใกล้เคียง
บางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้ไขมันและเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องหรือต้นขาและใช้กาวในการยึดไขมันและเนื้อเยื่อ
ดังกล่าว อาจมีการใช้วัสดุห้ามเลือดอุดโพรงจมูก 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้างหลังผ่าตัดเป็นเวลา 2-3 วัน ท่านอาจ
จำเป็นต้องหายใจทางปากกระหว่างที่ยังหายใจทางจมูกไม่สะดวก อย่างไรก็ตามถ้าขณะผ่าตัดมีข้อมูลเพิ่มเติม จนทำ
ให้ไม่สามารถดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมการรักษาได้ตามความจำเป็น

- **วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก**

ดมยาสลบร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia)

- **ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น**

- ติดตามสังเกตอาการและขนาดของเนื้องอกโดยเอกซเรย์ หรือ MRI เป็นระยะ โดยไม่ผ่าตัด ซึ่งเหมาะ
กับผู้ป่วยที่อายุมาก มีข้อห้ามเรื่องการผ่าตัด หรือก้อนขนาดเล็กที่เจอโดยบังเอิญ
- ผ่าตัดโดยเปิดกะโหลกศีรษะ โดยดมยาสลบ

- **ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้**

J-121-0011 ใบยินยอม

J-121-0011 ใบยินยอม

I-121-0011 ใบยินยอม

เมื่อเทียบกับการผ่าตัดโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ การผ่าตัดผ่านโพรงจมูกจะเจ็บน้อยกว่า ฟื้นตัวได้เร็วกว่า การบาดเจ็บของสมองมีโอกาสเกิดน้อยกว่า โอกาสช็คน้อยกว่า แต่มีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนกับจมูกและน้ำเลี้ยงสมองรั่วได้บ่อยกว่า

- ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดชนิดนี้ได้แก่

1. ความเสี่ยงที่เกิดได้บ่อย (>5%) ได้แก่

- ปวดเล็กน้อยบริเวณด้านในโพรงจมูก ซึ่งมักไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด
- จมูกแน่นหายใจลำบาก มักจะหายไปหลัง 1 สัปดาห์
- จมูกแห้ง มีคราบในจมูก

2. ความเสี่ยงที่เกิดได้ไม่บ่อย (1-5%) ได้แก่

- น้ำเลี้ยงสมองรั่ว ซึ่งมักเกิดได้หรือหลังจากเอาที่อุดจมูกออก ถ้าน้ำเลี้ยงสมองรั่วไม่มาก อาจใช้วิธีนอนพัก ส่วนใหญ่น้ำจะหยุดเองใน 1-2 วัน ถ้ายังไม่หยุด ท่านอาจต้องใส่สายระบายน้ำออกจากหลังชั่วคราวจนกว่าน้ำจะหยุดไหลส่วนใหญ่เป็นเวลาไม่เกิน 3-4 วัน หรืออาจต้องส่องกล้องผ่านโพรงจมูกอีกครั้งเพื่อต้องซ่อมแซมบริเวณที่น้ำรั่วอีกครั้ง
- ฮอริโมนผิดปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้ปัสสาวะมากผิดปกติ หรืออ่อนเพลีย แล้วแต่ชนิดของฮอริโมน ซึ่งท่านอาจต้องรับประทานฮอริโมน หรือพ่นฮอริโมนในจมูกชั่วคราว หรือต้องให้ฮอริโมนทดแทนตลอดไปถ้าต่อมใต้สมองไม่ฟื้นตัวกลับมา
- การรับกลิ่นเสียไป

3. ความเสี่ยงที่เกิดได้น้อย (<1%) ได้แก่

- เลือดออกจากจมูกภายหลังการผ่าตัด อาจต้องใส่ที่อุดจมูก หรือต้องส่องกล้องเข้าไปห้ามเลือด
- หลอดเลือดสมองบาดเจ็บขณะผ่าตัด ทำให้มีเลือดออก เสียเลือดมาก อาจต้องผ่าตัดกะโหลกเพื่อห้ามเลือดหรือใส่สายสวนเข้าหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อห้ามเลือด
- หัวใจขาดเลือดหรือสมองขาดเลือด
- หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน ทำให้ขาบวม และอาจอุดตันที่ปอดทำให้หายใจเหนื่อย
- ติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง ปอดหรือทางเดินปัสสาวะ
- เสียชีวิต โอกาสเกิดได้น้อยมาก
- ความเสี่ยงอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้

- ผลการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

ถ้าท่านมีอาการตามัว อาการตามัวมักจะดีขึ้นหลังผ่าตัดใน 1-2 วัน อาการปวดศีรษะ ตาลาย เห็นภาพซ้อน และ
อาการจากฮอร์โมนมากเกินไปอาจจะค่อย ๆ ดีขึ้น ถ้าผ่าตัดเนื้องอกออกได้ไม่หมด ท่านอาจต้องฉายแสงหรือผ่าตัด
ซ้ำภายหลัง หรือสังเกตอาการ ซึ่งแพทย์จะปรึกษากับท่านต่อไป

- ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

ท่านจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก 1-2 วัน หรืออาจนานกว่านั้นแล้วแต่อาการ แล้วจึงย้ายขึ้นหอผู้ป่วยสามัญ
ได้ ซึ่งโดยทั่วไปถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์มักให้กลับบ้านได้ภายใน 5-10 วัน และจะนัดมาติดตามการรักษา
และ เอ็กซเรย์หรือ MRI เป็นระยะ

1. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำ
การบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รักษา
ด้วยการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบ
หลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้
เป็นสำคัญ

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.....



รพ.ม.เชียงใหม่
J-121-0011



I-121-0011 ใบนยินยอม