



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด  
เนื้องอกในสมอง (Brain Tumors)  
หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชา ศัลยศาสตร์  
โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล .....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อความยินยอมในการเข้ารับ  
การรักษาพยาบาล

- ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในสมอง บริเวณ

สมองใหญ่ สมองน้อย ก้านสมอง ฐานกะโหลก ต่อมใต้สมอง กระบอกตา

จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเนื้องอกออกทั้งหมดหรือบางส่วน เพื่อรักษา บรรเทา หรือ ป้องกันอาการ  
ผิดปกติที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง

- วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ: การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy to remove/biopsy tumor)

ท่านจะได้รับการผ่าตัดในท้องผ่าตัดใหญ่ มีการโกนผมโดยอาจโกนบางส่วนหรือทั้งหมด หลังจากได้รับยา  
ระงับความรู้สึก แพทย์จะใช้มีดเปิดผิวหนังบริเวณที่ตรงกับเนื้องอก ใช้เลื่อยไฟฟ้าเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ ผ่าตัดเอา  
เนื้องอกออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วใส่กะโหลกศีรษะคืนโดยยึดไว้ด้วยไหมหรือลวด (บางกรณีอาจไม่ใส่  
กะโหลกศีรษะคืน เช่น มีสมองบวมมาก ต้องเปิดกะโหลกไว้และเย็บหนังศีรษะปิดแล้วมาใส่กะโหลกคืนภายหลัง  
สมองยุบวม หรือผ่าตัดบริเวณสมองน้อย ซึ่งมักเอากะโหลกออกไม่มากและมีกล้ามเนื้อปกคลุมหนาไม่จำเป็นต้อง  
ใส่กะโหลก) และเย็บหนังศีรษะกลับคืน โดยอาจมีการใส่สายระบายเลือดที่คั่งค้างใต้หนังศีรษะและเอาออก  
ภายหลังเมื่อเลือดที่คั่งค้างน้อยลงแล้ว อย่างไรก็ตามถ้าขณะผ่าตัดมีข้อมูลเพิ่มเติม จนทำให้ไม่สามารถดำเนินการ  
ตามที่ได้วางแผนไว้ อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมการรักษาได้ตามความจำเป็น

- วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

ดมยาสลบร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia) หรือ บางกรณีอาจใช้วิธีการฉีดยาชา  
เฉพาะที่ (Local anesthesia)

- ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น

J-121-0011 ใบยินยอม

I-121-0011 ใบยินยอม



เนื้องอกในสมอง มีหลายชนิด อาการของผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นกับชนิด ตำแหน่ง และ ขนาดของเนื้องอก โดยส่วนใหญ่เนื้องอกสมองไม่มีอาการประจักษ์ในการรักษา รวมถึงมักจะไม่สามารถทำการฉายแสงได้หากยังไม่ทราบชนิดของเนื้องอก

**- ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้**

การผ่าตัดเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับโรคเนื้องอกในสมองส่วนใหญ่ จุดประสงค์เพื่อนำเนื้องอกออกจากสมอง เพื่อลดการกดเบียดต่อเนื้อสมองหรือเส้นประสาทข้างเคียง รวมถึงนำเนื้องอกออกมาตรวจพิสูจน์ เพื่อระบุชนิดของเนื้องอกว่าเป็นเนื้อดีหรือเนื้อร้าย ช่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป

**- ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้**

การผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความเสี่ยงจากการผ่าตัด 2 ชนิด คือ

1. ความเสี่ยงทั่วไปซึ่งเกิดได้จากการผ่าตัดโดยทั่วไป คือ

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

2. ความเสี่ยงเฉพาะของการผ่าตัดรักษาเนื้องอกสมอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก โดยมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อ เนื้อสมอง เส้นประสาท หรือ หลอดเลือดเลี้ยงสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติดังต่อไปนี้

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| - ชัก   | - เยื่อหุ้มสมองอักเสบ         |
| - คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ   | - สมองบวม                     |
| - แขน ขา อ่อนแรง  | - อัมพาต อัมพฤกษ์             |
| - การทรงตัวผิดปกติ  | - น้ำเลี้ยงสมองคั่ง หรือ รั่ว |
| - สูญเสียความทรงจำ  | - โคมา                        |
| - เส้นประสาทเสีย เช่น ทำให้ ตาเหล่ เห็นภาพซ้อน ตามัว ตาบอด หน้าชา หน้าเบี้ยวหลับตาไม่ได้ กลืนลำบาก เสียอัมพาต | - เสียชีวิต                   |

**- ผลการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้**

ผลการรักษาด้วยการผ่าตัด ขึ้นกับ อาการ ระยะเวลาที่เป็น ตำแหน่ง และ ชนิดของเนื้องอก ในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน

**- ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้**





J-121-0011 ใบยินยอม

ท่านอาจจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก 1-2 วัน หรือนานกว่านั้นแล้วแต่อาการ แล้วจึงย้ายขึ้นหอผู้ป่วยสามัญได้ ซึ่งโดยทั่วไปถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์มักให้กลับบ้านได้ภายใน 7-10 วัน

1. ข้าพเจ้า  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด

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.....



J-121-0011 ใบยินยอม