

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด กระดูกโหนกแก้มหัก

หน่วยศัลยกรรมตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ผู้ป่วย ชื่อ นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยมีโหนกแก้มข้าง หัก และมีความผิดปกติของใบหน้าและการทำงานของอวัยวะ
บนใบหน้า คือ

- ☐ โหนกแก้มข้าง.....ยุบ ☐ ตาข้าง.....บวม ☐ หางตาข้าง.....ตก
- ☐ มองเห็นภาพซ้อน ☐ อ้าปากได้ไม่เต็มที่ ☐ กรอกตาข้าง.....ขึ้นบนไม่ได้

วิธีการรักษา ข้อดีข้อเสีย

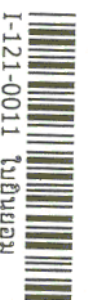
- ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดใหญ่ หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก
- ตำแหน่งแผลผ่าตัด ลงแผลที่หางคิ้ว แผลชิดขอบขนตาล่าง และแผลบริเวณเหงือกด้านบนข้างที่โหนกแก้มหัก
จัดกระดูกให้เข้าที่ และยึดด้วยลวดหรือ แผ่นโลหะ Plate and Screws โดยหัตถการดังกล่าวใช้ชื่อ
ภาษาอังกฤษว่า Open Reduction and Internal Fixation
- ในกรณีที่กระดูกในกระบอกตาแตก มากกว่า 1 ตารางเซนติเมตร แพทย์จำเป็นต้องหากระดูกมารองตรงพื้น
กระบอกตา เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อในกระบอกตาหล่นลงในโพรงอากาศข้างจมูก โดยอาจเอากระดูกจากซี่โครงหรือ
สะโพก
- วิธีการรักษาดังกล่าวเป็นแนวทางที่แพทย์ได้วางแผนไว้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามถ้าขณะผ่าตัดมีข้อมูลเพิ่มเติม
จนทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจและเต็มใจให้แพทย์เปลี่ยนแปลงหรือ
เพิ่มเติมการรักษาได้ตามความจำเป็น

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

วิธีดมยาสลบร่วมกับ การใช้ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia)



J-121-0011 ใบยินยอม



I-121-0011 ใบยินยอม



J-121-0011 ใบยินยอม

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น

- ถ้าไม่ทำการผ่าตัดรักษา อาจมีปัญหาตามมาในอนาคต เช่น โหนกแก้มสองข้างไม่เท่ากัน อ้าปากได้ไม่เต็มที่ มองเป็นภาพซ้อน หรือลูกตาบวม ซึ่งการผ่าตัดภายหลังทำได้ยากและได้ผลไม่ดี

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้

- กระดูกที่หักและเคลื่อนจากที่เดิมจะได้รับการจัดเข้าที่ให้มากที่สุด เพื่อลดความผิดปกติและการทำงานของใบหน้า ในอนาคต

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

- ผู้ป่วยต้องมีแผลหลายแห่งซึ่งอาจเป็นแผลเป็นเห็นได้ชัด แผลใต้ตาอาจมีการหดรั้ง ซึ่งต้องอาศัยการนวดมาช่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน, ได้รับความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึก, มีโอกาสพบกับการปวดแผลหลังผ่าตัด, รวมทั้งมีโอกาสพบกับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ผลการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

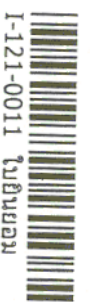
- คาดว่าจะสามารถจัดกระดูกเข้าที่ได้และลดความผิดปกติและการทำงานของใบหน้า ในอนาคต แต่ทั้งนี้ขึ้นกับพยาธิสภาพของกระดูกว่ารุนแรงหรือไม่
- ในกรณีที่มืออาการขาของใบหน้าปึกจมูก และริมฝีปากบน ข้างที่กระดูกหักตั้งแต่ก่อนผ่าตัด อาการขาจะไม่ดีขึ้นหลังผ่าตัดทันที แต่อาการขาอาจจะดีขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลา 3-6 เดือน
- หลังผ่าตัดในระยะแรกอาจเห็นภาพซ้อนได้ หรือ กรณีที่เห็นภาพซ้อนตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดใหม่ๆ ภาพซ้อนอาจมากขึ้น แล้วจะค่อยๆ ดีขึ้น

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

- ผู้ป่วยกระดูกโหนกแก้มหัก สามารถรอเวลาผ่าตัดได้นานถึง 2 สัปดาห์ ก่อนที่กระดูกจะติด
- ผู้ป่วยจะได้รับการ จอศัลยกรรมผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่อาจต้องรอคิวมานานมากกว่า 1 วัน รวมทั้งอาจต้องงดน้ำและอาหารมากกว่า 24 ชั่วโมง เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยรายอื่นที่ฉุกเฉินหรือเร่งด่วน สำคัญต่อชีวิตมากกว่า
- หลังผ่าตัดอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้

- ความเสี่ยงจากการแพ้ยาหรือสารต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น แพ้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค, ยาแก้ปวด
- ความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึกเช่น แพ้ยาระงับความรู้สึก



I-121-0011 ใบยินยอม



J-121-0011 ใบยินยอม

- เกิดบาดแผลแห่งใหม่ และแผลใต้ตาอาจมีการหดรั้ง ซึ่งต้องอาศัยการนวดมาช่วยหลังผ่าตัด
- ในกรณีที่มีการนำกระดูกมารองตรงพื้นกระดูกตา อาจทำให้เห็นภาพซ้อนมากขึ้น หรือ ลูกตาลอยขึ้น ผิดตำแหน่ง อาจมีอาการชาของใบหน้าปีกจมูก และริมฝีปากบนมากขึ้น หรืออาจรุนแรงถึงเส้นประสาทตา ชอกช้ำจนบอดได้ แต่พบน้อยมาก
- ในกรณีที่กระดูกแตกหักกรุนแรงการจัดกระดูกเข้าที่อาจทำให้ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของ ใบหน้าอยู่บางส่วนและอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขใหม่

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา
- 2.ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ
ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย

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

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง..... นิ้ว

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

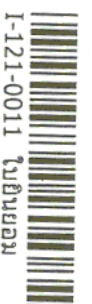
ชื่อ-สกุล (.....) ☐ เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

ชื่อ-สกุล (.....) ☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....



I-121-0011 ใบยินยอม