



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด กระดูกขากรรไกรล่างหัก

หน่วยศัลยกรรมตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูล que ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษายาบาล

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษายา

- เนื่องจากผู้ป่วยมีกระดูกขากรรไกรล่างบริเวณ.....จัดกระดูกให้เข้าที่ ให้สบฟันได้เหมือนก่อนผ่าตัด

วิธีการรักษายา ข้อห้ามการ

- ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดใหญ่ หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกตำแหน่งแผลผ่าตัด ใช้แผลเดิมจากอุบัติเหตุ ลงแผลภายนอก หรือ แผลบริเวณเหงือกด้านล่างบริเวณที่กระดูกหัก จัดกระดูกให้เข้าที่และยึดด้วยลวดหรือ แผ่นโลหะ Plate and Screws โดยห้ดการดังกล่าวใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า Open Reduction and Internal Fixation
- ในกรณีที่มีการหักของขากรรไกรบริเวณใต้ต่อโบริ (Mandibular Condyle) อาจต้องลงแผลหน้า และใต้ต่อโบริข้างนั้นฟันบนและล่างจะถูกยึดด้วยลวดและยางให้ติดกัน ไม่สามารถอ้าปากได้หลังผ่าตัด
- วิธีการรักษาดังกล่าวเป็นแนวทางที่แพทย์ได้วางแผนไว้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามถ้าขณะผ่าตัดมีข้อมูลเพิ่มเติมจนทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจและเต็มใจให้แพทย์เปลี่ยนแปลงห้เพิ่มเติมการรักษายาได้ตามความจำเป็น

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

- วิธีดมยาสลบร่วมกับ การใช้ห้ช่วยหายใจ (General anesthesia) โดยใส่ห้เข้าทางจมูก

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น

- ถ้าไม่ทำการผ่าตัดรักษายา อาจมีปัญหาตามมาในอนาคต เช่น การสบฟันผิดปกติตลอดไป ไม่สามารถเคี้ยวอาหารให้ ละเอียดได้ อ้าปากได้ไม่เต็มที่ ซึ่งการผ่าตัดภายหลังทำได้ยากและได้ผลไม่ดี

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้

- กระดูกที่หักและเคลื่อนจากที่เดิมจะได้รับการจัดเข้าที่ให้มากที่สุด เพื่อให้การสบฟันเหมือนเดิมมากที่สุด



I-121-0011 ใบยินยอม

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

- ผู้ป่วยต้องมีแผลใหม่ซึ่งอาจเป็นแผลเป็นเห็นได้ชัด แผลใต้คางอาจเป็นแผลเป็นนูน ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน, ได้รับความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึก, มีโอกาสพบกับ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด, รวมทั้งมีโอกาสพบกับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ผลการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

- คาดว่าจะสามารถจัดกระดูกเข้าที่ได้และการสบฟันเหมือนเดิม แต่ทั้งนี้ขึ้นกับพยาธิสภาพของกระดูกหักว่ารุนแรงหรือไม่
- ในกรณีที่มีการขาของริมฝีปากล่าง และคางข้างที่กระดูกหักตั้งแต่ก่อนผ่าตัด อาการขาจะไม่ดีขึ้นหลังผ่าตัด เพราะแพทย์ไม่สามารถต่อเส้นประสาทภายในกระดูกได้ แต่อาการขาอาจจะดีขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลา 2-3 ปี

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

- ผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรล่างหัก สามารถรอเวลาผ่าตัดได้นานถึง 2 สัปดาห์ ก่อนที่กระดูกจะติด
- หลังการผ่าตัด ต้องมัดฟันบนและล่างติดกัน ประมาณ 2-4 สัปดาห์ ขึ้นกับพยาธิสภาพของกระดูก ที่หัก
- หลังผ่าตัดอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน
- ผู้ป่วยจะได้รับการ จอศิวผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่อาจต้องรอคิวนานมากกว่า 1 วัน รวมทั้ง
- อาจต้องงดน้ำและอาหารมากกว่า 24 ชั่วโมง เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยรายอื่นที่ฉุกเฉินหรือเร่งด่วน สำคัญต่อชีวิตมากกว่า

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้

- ความเสี่ยงจากการแพ้ยาหรือสารต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น แพ้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค, ยาแก้ปวด
- ความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึกเช่น แพ้ยาระงับความรู้สึก
- เกิดบาดแผลแผลใหม่ และแผลใต้คางอาจเป็นแผลเป็นนูน ซึ่งต้องอาศัยยาและการนวดมา ช่วยหลังผ่าตัด
- ในกรณีที่มีการหักของขากรรไกรบริเวณใต้คาง (Mandibular Condyle) และต้องลงแผลหน้าและใต้คางไปหูข้างนั้น อาจมีการชอกช้ำของเส้นประสาทสังงานกล้ามเนื้อในหน้า ทำให้กล้ามเนื้อใบหน้าข้างนั้นไม่ทำงาน ส่วนใหญ่มักเป็นชั่วคราว เส้นประสาทและกล้ามเนื้อมักจะกลับมาทำงานภายใน 3-6 เดือน
- ในกรณีที่กระดูกแตกหักรุนแรงการจัดกระดูกเข้าที่อาจทำได้ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติ ของการสบฟัน อยู่บางส่วนและอาจจำเป็นต้องได้รับการจัดฟันจากทันตแพทย์เพิ่มเติม หรือ อาจต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขใหม่

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำการ
บำบัดรักษา 2.ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รักษาด้วยการผ่าตัด





J-121-0011 ใบยินยอม

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า ☐ 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

