



## เอกสารยินยอมรับการรักษาคอลงรากฟัน โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN .....

ได้ตัดสินใจเข้ารับรักษาคอลงรากฟัน ที่ ..... จำนวน .....

โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาคอลงรากฟัน ดังนี้

### 1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

การรักษาคอลงรากฟัน คือ การทำความสะอาดและอุดคอลงรากฟัน เพื่อป้องกันหรือรักษาการติดเชื้อของเนื้อเยื่อในฟัน และเนื้อเยื่อรอบรากฟัน

การรักษาคอลงรากฟันทำโดยการกรอฟันผ่านด้านบดเคี้ยวเข้าไปกำจัดเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่อักเสบและติดเชื้อ เพื่อกำจัดเชื้อโรค โดยการใช้เครื่องมือเฉพาะ และยาฆ่าเชื้อในการทำความสะอาดคอลงรากฟัน ตามด้วยการอุดคอลงรากฟัน หลังจากรักษาคอลงรากฟันเสร็จ ควรได้รับการบูรณะฟันอย่างถาวร โดยการอุดฟัน หรือทำเดือยและครอบฟันในเวลาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และป้องกันการแตกหักของฟัน อันอาจเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด

อัตราประสบความสำเร็จในการรักษาคอลงรากฟันค่อนข้างสูง และมีส่วนน้อยที่การรักษาอาจไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจจะแก้ไขโดยการรักษาคอลงรากฟันซ้ำ การทำศัลยกรรมหรือการถอนฟัน แล้วแต่กรณี

### 2. ประโยชน์ของการรักษา

การรักษาคอลงรากฟันเป็นการเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ให้มีอายุการใช้งานนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้การบดเคี้ยวเป็นไปตามปกติ

### 3. ความเสี่ยงของการรักษา

ความเสี่ยงต่อไปนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดเพียงบางข้อ หรือไม่เกิดขึ้นเลย

3.1 ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยากับยาชา

3.2 ระหว่างการรักษาคอลงรากฟัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวด บวม และไม่สบายฟัน อันเนื่องมาจากการอักเสบชั่วคราว ซึ่งจะรักษาด้วยยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะกรณีมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยควรแจ้งทันตแพทย์ทันที หากมีอาการแฉ่งหรือมีไข้

3.3 ในคอลงรากที่ปิด ไค้ง ตีบ ตัน หรือมีแขนงย่อย อาจทำให้ไม่สามารถกำจัดเนื้อเยื่อในฟันที่อักเสบ และติดเชื้อได้ทั้งหมด ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่และรอยโรคไม่หายไป อาจต้องรับการรักษาขั้นต่อไปด้วยวิธีศัลยกรรม

3.4 ในคอลงรากขนาดเล็ก ปิด ไค้ง ตีบ ตัน หรือมีแขนงย่อย อาจมีโอกาที่เครื่องมือจะหักในคอลงรากได้ เครื่องมือที่หักอาจนำออกมาได้ หรืออาจพิจารณาอุดรวมอยู่กับวัสดุอุดคอลงรากฟัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เครื่องมือนี้ปราศจากเชื้อโรค และไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ทั้งนี้กรณีผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่ และรอยโรคไม่หายไป หรือเครื่องมือหักอยู่นอกปลายรากฟัน อาจจะต้องใช้วิธีทางศัลยกรรมร่วมด้วย

3.5 ในฟันที่ปลายรากเปิด วัสดุอุดคอลงรากฟันอาจเกินออกนอกปลายรากไปยังเนื้อเยื่อและกระดูกรอบรากฟัน บางกรณีอาจต้องรับการผ่าตัดปลายราก เพื่อกำจัดส่วนเกิน และอุดกั้นการรั่วที่ปลายราก

3.6 ในระหว่างการรักษาคอลงรากฟันความซับซ้อนของการรักษาอาจเกิดขึ้นได้ เช่น การสูญเสียและแตกหักของวัสดุอุดวีเนียร์ ครอบฟัน สะพานฟัน หรือโครงสร้างฟันธรรมชาติ การเกิดรอยทะลุหรือฟันเปลี่ยนสี

3.7 การอักเสบระหว่างการรักษาอาจทำให้เกิดการเจ็บหรือตึงที่ขากรรไกรชั่วคราว และอักเสบกว้าง ๆ ได้ยากไปหลายวัน

3.8 การใช้ยาที่มีความเสี่ยง ผลข้างเคียง และปฏิกิริยาของยาได้ ดังนั้นจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบถึงยาทั้งหมดที่ได้รับในขณะนั้น ในผู้ป่วยหญิงที่ทานยาคุมกำเนิด จะต้องทราบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะอาจมีผลลดประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิด

3.9 ฟันที่รักษาอาจมีรอยร้าว หรือสูญเสียเนื้อฟันมากมาก่อนแล้ว มีโอกาสเกิดการร้าว หรือแตกออกซึ่งอาจต้องถอนแล้วใส่ฟันทดแทน การมีโรคเหงือกหรือโรคปริทันต์ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสที่จะสูญเสียฟัน แม้การรักษาคลองรากฟันจะประสบความสำเร็จ

3.10 ในฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ หรือมีการติดเชื้อรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาคลองรากฟัน อาจต้องมีการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การทำศัลยกรรม และ/หรืออาจต้องถอนฟันออก

#### ผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา

การดำเนินโรคของฟันทั้งที่มีและไม่มีอาการปวดอาจเกิดต่อเนื่อง และอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่คุกคามถึงชีวิต การเกิดหนองที่เนื้อเยื่อและกระดูกรอบรากฟัน และสูญเสียฟันซี่นั้น และ/หรือฟันข้างเคียงในที่สุด

#### 4. ทางเลือกถ้าไม่รักษา

ทางเลือกของการไม่รักษาคลองรากฟัน คือ การถอนฟันแล้วทดแทนด้วยการใส่ฟันปลอมถอดได้ หรือสะพานฟันติดแน่น หรือฝังรากฟันเทียม

#### 5. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

#### 6. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาคลองรากฟันและได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้ซักถามและได้รับคำตอบเกี่ยวกับขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการรักษาคลองรากฟัน และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมา และยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการรักษาคลองรากฟัน

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาคลองรากฟัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา

ลงชื่อ .....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย  
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ .....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ .....

(.....)

พยาน

วันที่ .....เวลา .....

- หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ  
2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย