



เอกสารยินยอมรับการรักษาผ่าตัดปลายรากฟัน โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HNได้
ตัดสินใจเข้ารับการรักษาผ่าตัดปลายรากฟัน ซึ่ง จำนวน ซึ่ง

หมายเหตุ (เช่น ระบุซี่ฟันที่ต้องผ่าตัดหรือกระบวนการรักษา ที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติมขณะทำการผ่าตัด)

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบถึงแผนการรักษาและข้อมูล ดังนี้

1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

การผ่าตัดปลายรากฟัน เป็นการรักษาที่พิจารณาทำเมื่อกระดูกบริเวณรอบปลายรากฟันยังคงมีการอักเสบ หรือติดเชื้อภายหลังการรักษาคลองรากฟัน ซึ่งอาจมีผลมาจากลักษณะคลองรากฟันที่ซับซ้อนเป็นอุปสรรคต่อการรักษา หรือเป็นรอยโรคที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียว ในการผ่าตัดปลายรากฟัน มีขั้นตอนตั้งแต่การเปิดแผ่นเหงือก และการกรอกระดูกรอบ ๆ รอยโรคออก เพื่อเข้าไปกำจัดเนื้อเยื่อส่วนที่อักเสบ และกรอตัดปลายรากออกบางส่วนแล้ว ทำการอุดย่นปลายรากด้วยวัสดุอุดย่นปลายรากฟัน ในระหว่างการทำการผ่าตัด จะมีการตรวจหารอยร้าวของรากฟันร่วมด้วย ซึ่งถ้าหากพบว่ามีรอยแตกร้าวที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้บริเวณรากฟัน ฟันซี่นั้น ๆ อาจจะต้องถูกพิจารณาถอนในที่สุด นอกจากนี้ ในกรณีรอยโรคมีขนาดใหญ่และมีการสูญเสียกระดูกมาก อาจต้องพิจารณาทำการปลูกกระดูกและใส่แผ่นเนื้อเยื่อร่วมด้วย

หลังจากการผ่าตัดปลายรากฟันจะมีการเย็บแผลด้วยไหมศัลยกรรมและอาจมีการใช้วัสดุปิดแผล ซึ่งผู้ป่วยจะต้องกลับมาให้ทันตแพทย์ตรวจดูอาการและตัดไหม ภายใน 3-7 วัน

2. ประโยชน์ของการรักษา

การผ่าตัดปลายรากฟันเป็นการเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ เพื่อให้มีอายุการใช้งานนานที่สุด ซึ่งจะช่วยในเรื่องของความสวยงาม และการบดเคี้ยวให้เป็นไปตามธรรมชาติมากที่สุด

3. ความเสี่ยงของการรักษา

ผู้ป่วยควรสังเกตอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังทำการผ่าตัดปลายรากฟัน และควรปฏิบัติตามคำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษาอย่างเคร่งครัด ความเสี่ยงของการรักษาต่อไปนี้ อาจจะไม่เกิดขึ้นเลย หรืออาจเกิดเพียงบางข้อ

3.1 มีอาการปวดหรือบวมหลังทำการผ่าตัด แต่อาการจะค่อยๆดีขึ้นภายใน 5-7 วัน

3.2 อาจมีภาวะเลือดหยุดช้า แผลฟกช้ำ หรือมีแผลหายช้าเกิดขึ้นได้

3.3 การติดเชื้อ: แม้ว่าการทำการผ่าตัดจะมีการควบคุมการติดเชื้อ แต่หลังทำการผ่าตัดก็อาจมีภาวะติดเชื้อเกิดขึ้นได้ จากสภาวะแวดล้อมภายในช่องปากที่เต็มไปด้วยเชื้อโรค ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อได้หลายระดับ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบทันตแพทย์หากมีอาการปวด/บวมรุนแรงโดยเฉพาะหากมีไข้หรืออ่อนเพลีย

3.4 การโยกของฟัน หรือเหงือกกร่น ซึ่งอาจส่งผลต่อความสวยงาม

3.5 ความเสียหายของฟันหรือรากฟันซึ่งข้างเคียง สามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างการกรอผ่าตัดปลายรากฟัน อาจมีผลให้ฟันซี่ข้างเคียง ต้องได้รับการรักษาคลองรากฟันด้วยวิธีอนุรักษ์ การศัลยกรรม หรือต้องถอนฟันได้

3.6 อาการชา หลังทำการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีอาการชาของเนื้อเยื่อใกล้เคียง จากการทำการผ่าตัดหรือการใช้ยาชา เช่น บริเวณริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้มหรือโบน้า ซึ่งส่วนใหญ่อาการจะคงอยู่เพียงชั่วคราว โดยอาจมีอาการอยู่เป็นวัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือน

3.7 การลุกลามสู่โพรงอากาศขากรรไกรบน ในกรณีที่ทำการผ่าตัดฟันหลังบนที่มีรากฟันที่อยู่ใกล้โพรงอากาศขากรรไกรบน การเข้าไปทำหัตถการอาจเกิดรูทะลุสู่โพรงอากาศดังกล่าว ซึ่งอาจทำให้ต้องได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3.8 ความผิดปกติของการตอบสนองต่อยาที่ได้รับ อาจเกิดขึ้นได้โดยมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปอาจเป็นผลจากยาชา ยาฆ่าเชื้อ หรือยาแก้ปวด โดยยาทุกชนิดควรใช้ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์หรือเภสัชกรอย่างเคร่งครัด

3.9 วัสดุอุดย่นปลายรากฟันบางชนิด อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนสีชั่วคราวหรือถาวรบริเวณเนื้อเยื่อเหงือกรอบ ๆ

3.10 หลังจากทำการผ่าตัดปลายรากฟันไปแล้ว อาจเกิดความล้มเหลวขึ้นได้จากการที่ฟัน หรือเนื้อเยื่อไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการรั่วซึมของวัสดุอุดย่นปลายรากฟัน ทำให้การรักษาเกิดความล้มเหลว และอาจต้องพิจารณาถอนฟันซี่ดังกล่าว

4. ผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา

การดำเนินโรคของฟันทั้งที่มีและไม่มีอาการ อาจเกิดต่อเนื่อง อาจทำให้มีอาการปวด บวม การเกิดเป็นถุงหนองหรือถุงน้ำ การสูญเสียกระดูกรอบ ๆ รากฟัน และอาจนำไปสู่การสูญเสียฟันซี่นั้นและ/หรือฟันข้างเคียง ในบางกรณีอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่คุกคามถึงชีวิต

5. ทางเลือกถ้าไม่รักษา

การถอนฟันโดยใส่ฟันปลอมทดแทน เช่น สะพานฟัน ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้หรือรากฟันเทียม การถอนฟันโดยไม่ใส่ฟันปลอมทดแทน จะทำให้มีการเคลื่อนของฟันเข้าสู่ช่องว่าง การสบฟันเปลี่ยน ซึ่งจะทำให้เกิดโรคปริทันต์ตามมาได้

6. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

7. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามถึงขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการผ่าตัดปลายรากฟัน และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมาและยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการรักษา

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการผ่าตัดปลายรากฟัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา

ลงชื่อ
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

วันที่เวลา

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