

正顎手術說明書

這份說明書是有關您即將接受的手術（或醫療處置）的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答。

手術（或醫療處置）：（手術之原因、步驟及範圍）

上下顎骨可因先天生長遺傳因素、外傷、腫瘤生長及某些影響顎骨發育之疾病等因素，而導致上下顎骨間相關位置的不協調，在臨床上表現出咬合不正、咀嚼功能不佳、顛顎關節障礙、發音不正、顏面外觀型改變、甚至呼吸道阻塞等問題，嚴重影響生活品質。若單純的齒列矯正治療無法解決問題時，就必需進行正顎手術來改善。正顎手術通常需全身麻醉且住院 7 天，術後上、下顎骨通常需齒間固定一段時間，不易張口，需於術後二個月進食流體食物。內部移位之骨頭或植骨約需一年左右才能穩定。可能施行的手術包括（由醫師勾選可能施行的術式，但手術進行中醫師可能依實際情況，徵求本人或家屬之同意，作必要之修改。）

- 上顎骨正顎手術
 - Le Fort I 骨切斷術（一片、二片、三片）
 - Le Fort II 骨切斷術
 - Le Fort III 骨切斷術
 - 前上顎骨切斷術（ASO）
 - 後上顎骨切斷術（PSO）（單側、雙側）
- 下顎骨正顎手術
 - 下顎骨切斷術（BSSO, IVRO）
 - 前下顎骨切斷術（ASO）
 - 後下顎骨切斷術（PSO）（單側、雙側）
 - 頰整形術
- 骨移植
 - 自體骨（來源：_____）
 - 人工材料
- 上下顎間固定術
- 麻醉方式（局部、鎮靜、全身）
- 部份舌切除術
- 其它（術式：_____）

手術效益：

經由手術，您可能獲得以下所列部分或全部的效益 -

- (1) 改善顏面部外觀
- (2) 改善咀嚼功能
- (3) 改善語言功能
- (4) 減少呼吸道阻塞風險
- (5) 減少顛顎關節不適感
- (6) 輔助齒列矯正治療
- (7) 其它

(_____)

正顎手術說明書（續上頁）

手術風險：

沒有任何手術是完全沒有風險的，手術結果也未必完全符合您的期望，這些風險包括術中、術後可能之暫時或永久性併發症，這些併發症，嚴重時甚至可能威脅生命。以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。醫師將會為您解釋這些可能產生的風險及處理方式。

(一) 一般性併發症

- (1) 傷口出血
- (2) 傷口疼痛
- (3) 傷口腫脹
- (4) 傷口感染或癒合不良
- (5) 局部或全身麻醉風險
- (6) 因併發症或手術效果不如預期，必要時需再度手術。
- (7) 其它

(_____)

(如果您曾接受手術部位放射線治療、正接受或剛接受完化學治療、長期服用免疫抑制劑或抗排斥藥、或患有營養不良、血液方面疾病、糖尿病、尿毒症、肝功能異常、惡性腫瘤或其他引起抵抗病菌能力降低的疾病等，會提高術後傷口感染的機會；如果您正接受或剛接受完化學治療、長期服用抗凝血藥、或患有糖尿病、尿毒症、肝功能不良、引起血液凝固降低的疾病等，會提高出血的機會；如果您年紀超過 60 歲、嚴重貧血、患有心肺方面疾病或功能不佳等，會提高麻醉的風險。)

(二) 特殊性併發症

- (1) 術中大出血
- (2) 臉部皮膚瘀青
- (3) 全身性感染或敗血症
- (4) 自體骨或人工移植物部分或全部吸收、排斥、感染、壞死、移位或不良反應，嚴重時需再度手術或移除。
- (5) 取移植物處(donor site)組織運動神經、感覺神經或相關功能障礙
- (6) 氣胸、呼吸困難、肺炎、肺擴張不全
- (7) 因手術時客觀因素限制，導致手術時矯正值與計畫值不相同。
- (8) 口唇閉合不全
- (9) 三叉神經傷害導致顏面、嘴唇、下頷、牙齒或舌頭暫時或永久性麻痺感。
- (10) 疤痕形成
- (11) 術後暫時或永久的開口受限
- (12) 肌肉受傷、僵硬
- (13) 顏面部皮膚癢縮

正顎手術說明書（續上頁）

- (14) 鼻竇炎
- (15) 非計畫位置之骨裂開
- (16) 切骨處鄰牙的傷害或損失
- (17) 骨頭喪失
- (18) 術後咬合改變、不良
- (19) 矯正骨部分復發、退位
- (20) 損害矯正裝置
- (21) 顛顎關節障礙
- (22) 長期上下顎間固定，口腔清潔不易，導致牙齒牙周炎或蛀牙。
- (23) 需要附加額外手術
- (24) 需繼續接受矯正治療
- (25) 需進一步接受移除固定鐵絲、夾板、金屬板或螺絲
- (26) 對手術後外觀改變，主觀認知不符合預期結果。
- (27) 其它

(_____)

替代方案：

若您自認咀嚼功能影響不大、顏面外型可接受且並無其它不適症狀，而決定不施行這個手術，可能仍會有潛在性之風險（如下顎骨後縮而導致之呼吸道阻塞等）。這個手術的替代方案如下，請與醫師討論您的決定後勾選 -

- 不接受治療
- 僅靠齒列矯正治療，做有限度之牙齒排位，但對顎骨之異常幫忙有限。
- 其它

(_____)

醫師補充說明：(含術後注意事項)

以下由醫師勾選 -

- 手術時間(_____)
- 術後加護病房(_____)
- 呼吸方式的改變（如氣管切開術等）
- 開口方式的改變（如上下顎間固定等）
- 進食方式的改變（如軟質、流質或鼻胃管進食等）
- 住院天數(_____)
- 住院費用(如自費醫材、藥物或手術項目等)
- 其它術後注意事項(_____)
- 其它(_____)

(_____)

正顎手術說明書（續上頁）

病人提出之疑問與解釋：

本人(或親友)_____已經與醫師討論過接受這個手術（或醫療處置）的效益、風險及替代方案，本人(或親友)對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份，並願意負責與其他相關親友溝通。

病患(或親友)： (簽章)

與病人之關係：

見證人（本院醫護人員或病患親友）： (簽章)

說明醫師： (簽章)

中 華 民 國

年

月

日