

# 顱顏部整形重建手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：\_\_\_\_\_ 病人出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 病人病歷號碼：\_\_\_\_\_ 手術負責醫師姓名：\_\_\_\_\_

## 一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：

（有患側區別者，請加註部位）

## 3. 各項費用：

（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

## 二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性  
 手術併發症及可能處理方式  
 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式  
 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀  
 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。  
 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_  
 (3) \_\_\_\_\_

手術負責醫師簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

醫師專科別及  
專科證書字號：\_\_\_\_\_

## 三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。  
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。  
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。  
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我同意不同意輸血。  
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）  
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。  
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。  
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。  
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之\_\_\_\_\_

電話：(0) \_\_\_\_\_

住址：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

見證人簽名：

不需見證人，簽名：日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
時間：\_\_\_\_時\_\_\_\_分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



## 顱顏部整形重建手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人病情及接受「顱顏部整形重建手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前與醫師討論。

### 一、接受顱顏部整形重建手術之病情說明：

本手術常用於治療下列齒顎異常：

- (一)下顎前突(俗稱戽斗)：下顎前突為臨床上最為常見之齒顎異常。嚴重者上下排前牙無法互相接觸，除了咬合不正外，對外觀與咬字清晰度等方面也會有影響。
- (二)雙顎前突(俗稱暴牙)：由於上下前牙突出，牙齒容易外露，上下嘴唇在放鬆時不能完全閉合、且微笑時牙齦露出太多，相對之下，下巴顯得小而後縮，病人常為避免牙齒外露而緊閉雙唇使表情顯得嚴肅。
- (三)上顎後縮：下顎前突常合併輕微的上顎後縮，單純且嚴重的上顎後縮者則多見於顎裂病人及某些先天顱顏畸形病人，主要原因為上顎發育較差。病人咬合狀況會與下顎前突相似，外觀上鼻側的凹陷會比較明顯。
- (四)下顎後縮：下顎後縮常見於雙顎前突的病人；外觀上下巴會顯得小而短，且整體臉形較短。下顎後縮常合併有前牙開咬的情形，通常上下顎都必需手術才能重建正常的臉形。部分病人會合併有顱顎關節的問題，嚴重者可能伴隨呼吸道狹窄且合併打呼甚至阻塞性睡眠呼吸中止症。
- (五)上下顎歪斜：因上下顎骨兩邊生長發育不一致，使顏面骨骼及牙齒中線偏至生長較少的一邊，進而對臉部輪廓、對稱性及咬合面。

### 二、治療目的：

矯正上下顎相對位置，最常見於治療因骨骼異常，無法單靠矯正牙齒來改善的咬合問題，藉由顱顏部整形重建手術把骨骼及牙齒一起移動至最理想位置。

### 三、執行方法：

以下各術式可單獨或合併施行。在病人與齒顎矯正醫師，顱顏外科醫師討論達成共識後，由齒顎矯正醫師擬定手術計劃，顱顏外科醫師再施行手術。

(一)為了改變上下顎的相對位置，視情況須單獨或同時將上下顎骨鋸開，調整至適當位置後再重新固定。顱顏部整形重建手術的常見術式種類有：

1. 下顎骨矢狀劈開術(BSSO 術式)：將下顎骨的垂直枝做矢狀切開，重新調整位置，再以迷你鈦金屬釘固定；可將移(轉)動下顎，調整咬合及臉型。
2. 勒福氏第一形上顎切骨手術(LeFort I 術式)：將上顎骨延水平方向切開，重新調整位置後以迷你鈦金屬釘固定；藉移動上顎，改變臉部長度及牙齒位置。
3. 上顎前部切骨手術(Wassmund 術式)：是上顎骨前端的切骨術，通常需拔掉上顎第一小白齒，再磨掉齒縫間骨頭與上顎骨頭，將前排牙齒往後方退。
4. 下顎前部切骨手術 (Kole 術式)：是下顎骨前端的切骨術，和上述 Wassmund 術式類似，可能需拔下顎第一小白齒，將前排牙齒往後退。
5. 下巴切骨整形術(Osseous Genioplasty)：上下顎位置經過調整後，下巴的位置也會隨之改變，可藉下巴切骨術調整下巴的前後位置及長短比例。

(二)拔牙：一般而言，顱顏部整形重建手術過程中可能會拔除小白齒或是智齒。

1. 需拔除前白齒的情況：通常是為了配合上顎前部切骨手術(Wassmund 術式)和下顎前部切骨手術 (Kole 術式)。因為前白齒是介於前牙(門齒、犬齒)和後牙(白齒)之間過度型的牙齒，因此拔除小白齒不會影響到咀嚼功能。

2. 需拔除智齒的情況：不論手術與否，將近六、七成以上的人會因智齒空間不夠或齒位不正需拔除智齒。為避免智齒與手術互相干擾(如：金屬骨釘釘入智齒或智齒在術後陷入骨中無法拔除等情況)會將智齒拔除。術中同時拔除智齒可減少患者接受麻醉及手術的次數。

#### 四、處置效益：

可改善因先天、外傷或骨骼發育而導致的上下顎骨凸出、後縮或歪斜合併暴牙、戽斗等咬合不良問題。同時因重建手術把骨骼及牙齒一起移動至最理想的位置，連帶唇、舌、及顏面相對位置、比例及對稱性也趨於正常，所以齒顎及口咽的相關功能都可能得到改善，而臉型也會明顯改善。重建手術也可用於較嚴重之阻塞性睡眠呼吸中止症者，改善因口咽部呼吸道狹窄所引起之睡眠呼吸障礙。

#### 五、顱顏部整形重建手術可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在此限)：

##### (一)全身麻醉的風險：

1. 常用的麻醉風險分類標準是「美國麻醉醫師學會」建議的身體狀況分類等級為基準。依2001年定義，第一級(正常健康病人)開刀期間死亡率約0.08%。
2. 因重建手術時間長，且為減少術中失血量，常採取低血壓麻醉方式，麻醉困難度高。為降低全身麻醉時不可預期的風險，病人於術前皆須安排麻醉訪視，由麻醉科醫師親自評估身體狀況並作風險等級分類。患者有任何全身性疾病或功能障礙均需於術前告知醫師。

(二)術中失血：因頭頸部構造血液循環豐富，重建手術可能造成失血。術中失血量(視部位及方式皆不同)一般約為數百毫升，亦可能超過一千毫升以上。除採取低血壓麻醉方式減少術中失血，可考慮術前預先捐血，於術中視情況自體輸血。

##### (三)下齒槽神經受傷：

1. 因該神經位於下顎骨矢狀劈開術進行處，無法完全避免神經受傷的可能性。若術中見下齒槽神經斷裂且有機會修復，可採用顯微手術縫合神經。
2. 依本機構臨床追蹤，\_\_%的病人於術後有下齒槽神經麻痺症狀，其中\_\_%於6個月內會完全恢復，其餘繼續恢復，有可能是完全無法恢復。下齒槽神經負責下唇、下臉部及下排牙齒的感覺，功能受損會導致此部位覺遲鈍或全無知覺，但對顏面外觀及表情不會造成影響。

##### (四)預期外骨折(發生率約1%)：

1. 上下顎骨切開時須盡量遠離神經、牙根等構造，但因個體間解剖構造及骨骼本質的差異，有時上下顎骨會由不尋常的位置斷裂，稱之「預期外骨折」。
2. 若預期外骨折完全不影響手術或可用骨釘完全固定，則手術可按原計畫執行；若骨折無法修復且對手術造成影響(發生率千分之一以下)，術後須以鋼絲將上下顎固定，故術後4至6周將無法張口，僅能食用完全流質，且需延遲氣管插管移除時間至手術後1至2天。利用骨釘固定預期外骨折時可能需在臉頰留下傷口，一般皆在1公分以下。

(五)顏面神經受傷(發生率千分之一以下)：據文獻記載可發生於接受下顎骨矢狀劈開術的病人。暫時性面神經麻痺在3個月內會慢慢復元；若是永久面神經受傷，經半年至1年仍遺留顏面神經麻痺致表情變形，則可能需要其他手術來治療。

(六)視神經受傷(發生率五千分之一以下)：據文獻記載可發生於接受勒佛氏上顎切骨術的病人者。暫時性的視神經受損會在6個月內會慢慢恢復部分視力。若是永久視神經受傷則會導致失明。

(七)骨骼缺血壞死：因骨骼切開時血液循環受損所致(發生率五千分之一以下)。若骨頭有壞死跡象且仍有保留機會，可能需住院以藥物或高壓氧治療。若已確定壞死則需要手術取出死骨並考慮後續重建。

(八)牙齒斷裂、鬆動、牙根受損、固定式假牙或牙齒矯正器脫落：因重建手術於口腔內進行，過程中可能造成牙齒及附屬物受損或鬆脫，無法完全避免；但手術醫師會儘量減少牙齒傷害，並避

免脫落之異物殘留於傷口內。

(九)術後殘留顏面不對稱或中線偏移：發生機率視個人症狀不同而異，但多發生於上下顎歪斜原本即不對稱者。某些案例因骨骼形狀及位置左右不對稱，當上下牙齒對齊後臉部左右輪廓的差異會更明顯；此時需要在牙齒中線與臉部輪廓對稱間取得平衡，以兼顧功能與外觀<sup>7</sup>。許多看似單純的暴牙或戽斗患者皆合併有輕微的顏面不對稱，術後可能更為明顯。手術當中因為插管、組織腫脹等因素可能影響中線及對稱性的判斷，且全身麻醉當中肌肉完全放鬆，顫顎關節的位置可能與術後不同，造成術後臉型與術中判斷有所不同。

#### 六、成功率：

本機構顫顏部整形重建手術成功率約為\_\_\_\_%以上，但仍有部分患者因術後骨骼歪斜或牙齒矯正無法完成，需接受再次手術以達到理想咬合及外觀。

#### 七、替代處置方案：

(一)齒列矯正：單純的齒列矯正能改變牙齒及其周圍的齒槽骨的位置，但能夠改變的骨頭範圍僅限於牙根的上下，不適用於嚴重的咬合不良，亦無法改變歪斜的咬合面，且對顏面外觀的改變的效益較小。

(二)削骨手術：適用於改善臉部輪廓但不會改變咬合，可改善如國字臉、顴骨突出等骨骼問題。

(三)人工骨植入：少數情況下(如單純上顎或下顎後縮但無明顯咬合異常者)，可利用人工骨植入達到類似移動骨骼的效果。

#### 八、未處置之風險：

顫顏部整形重建手術主要目的在改善咬合及外觀，而非為治療疾病不得不進行之處置，患者應審慎評估其風險及效益以決定是否接受治療。大多數醫師建議需接受顫顏部整形重建手術的患者，替代的處置方案並無法達到預期的效果。因阻塞性睡眠呼吸中止症被認定需接受顫顏部整形重建手術者，其睡眠呼吸障礙可能造成精神不濟、注意力低落，嚴重者可能影響工作表現甚至人身安全。

#### 九、術後復原期可能出現的問題：

(一)若有傷口明顯出血疼痛、腫脹、發燒、胸悶胸痛、喘、心悸、頭暈、休克請立即通知醫療團隊診視。

(二)第一次下床時，務必有人在旁陪伴。

(三)顫顏部整形重建手術主要傷口位於口內，術後請依據護理人員指示清潔口腔以免傷口感染。

(四)術後4至6周內僅能吞食不可咀嚼，在骨骼完全癒合前應避免上下顎受力而位移

(五)受顫顏部整形重建手術之部分患者,可能發生以下之副作用及併發症：

1. 臉部腫脹：一般在術後第2至3天最為明顯，1週後就會顯著的改善。術後冰敷臉頰及床頭墊高都可以減少腫脹的程度。完全消腫通常需要三個月左右。
2. 術後出血與傷口血腫：若腫脹在短時間內持續增加，可能是術後傷口出血，冰敷及傷口適度加壓可減少出血機會。如持續出血不止，可能需再進行手術止血；若血紅素過低可能需接受輸血。少數患者在術後幾周後才出現血腫。
3. 骨頭癒合不良:骨頭的癒合需要良好的固定，若有感染或鬆動都會導致骨頭癒合不良。所以手術後要避免劇烈活動、外力撞擊與傷口感染的發生。如果術後追蹤發現骨頭癒合不良，可能需要手術重新固定骨頭兩端。
4. 傷口感染:因手術切口都在口腔內，屬於清潔污染傷口。依美國疾病管制局報告，仍有小於10%的傷口感染率。術後保持口腔衛生、正確的照顧傷口、規律的生活作息、避免不良的生活習慣，都可以降低感染的機會。術後感染的處理，一般需要門診追蹤、服用抗生素。部分情況可能需要抽除蓄膿或是切開引流。少數情況需要住院施打抗生素或是手術清創。

5. 嘴唇及口腔周圍皮膚擦傷:因大部分的手術過程都在口內進行，器械進出時可能對周圍皮膚造成表淺的損傷，一般會在1至2週內癒合，通常不會留下疤痕。
6. 下唇及下巴皮膚感覺遲鈍、牙齦麻木：在手術過程中因為震動及拉扯，即使下齒槽神經沒有損傷，仍有可能產生暫時的麻痺，致術後牙齦麻木、下唇及下巴的皮膚感覺遲鈍。一般在3個月到半年左右會恢復。如果無法完全恢復，一般人在1至2年會適應。
7. 臉頰皮膚感覺遲鈍：在進行上顎骨手術時非常靠近下眼眶骨神經，可能使神經暫時麻痺，影響到臉部感覺，一般都會完全恢復。
8. 口齒不清：顱顏部整形重建手術會移動上下顎骨的位置，使舌頭與牙齒相對關係由不正常轉為正常。因為講話方式需重新調整，再加上部分牙齦感覺的異常，可能造成術後口齒不清，通常適應後口齒清晰度可較術前改善。
9. 骨釘骨鈹外露：因傷口感染或癒合不良導致骨內固定器外露，需手術將移除。
10. 臉部軟組織下垂：當骨頭切除或是內縮後，對於脸部組織的支撐力也會減少，因而產生脸部組織下垂的情形；可能發生於年紀較大、骨骼位置改變較多或皮膚彈性不足的患者，可能需要進一步的整形如脂肪移植等治療來改善。
11. 臉型改變伴隨心理及社會適應的問題：顱顏部整形重建手術會造成臉型明顯的改變；親友若無法馬上習慣及認同新的臉型，可能對患者帶來心理壓力及社會適應的問題。年紀越大，進入社會越久，人際關係越廣的人，這個問題會更嚴重。所以在手術前與醫師充分的討論、跟家人良好的溝通，做好心理準備及建設，才能減少不必要的困擾。
12. 講話鼻音過重：可能會發生在顎裂的病人身上。這樣的患者在接受上顎前移手術後，因為軟顎與咽喉間距離加大，加上原本肌肉力量不足，可能產生顎咽閉鎖不全，造成鼻音過重的情形。有些人會逐漸恢復，部分需要語言評估及治療，嚴重者可能需要手術治療。
13. 牙齦萎縮、牙齒變色及其他口腔病變：少數患者術後出現牙齒及周圍構造異常，其原因尚未明瞭亦無法預防，是否因重建手術直接造成亦無法證實。
14. 顱顎關節症狀：常發生於下顎嚴重後縮之病患，因為要將下顎儘量前移，必需以下顎骨踝狀突作為支撐，長期下來可能造成顱顎關節不適或骨骼吸收。
15. 復發:指的是骨骼位置改變後，可能因骨癒合前骨釘鬆動、骨骼本身形變、周圍肌肉及軟組織的作用等因素，造成骨骼有逐漸回復原本位置的傾向。

#### 十、其他補充說明：

- (一)因為上下顎骨移動後牙齒的相對位置也隨之改變，手術前後還需齒列矯正，所以手術的施行必須與矯正牙科醫師密切合作，確保手術能將咬合精確調整至預期的位置，並同時兼顧臉型的美觀。
- (二)若病人是為了改善咬合或是臉形外觀而接受手術，目前顱顏部整形重建手術不在全民健康保險的涵蓋範圍內，所以手術的費用全數由患者自行負擔。若病人是因為先天疾患、唇顎裂、外傷等造成上下顎骨的畸形或發育不良且符合健保局規定，全民健保可幫您分擔部分的治療費用。
- (三)手術過程中視病情需要，可能需要使用自費醫材，手術醫師在向家屬解釋狀況並建議使用適合醫材，在家屬同意下簽立自費同意書。每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。
- (四)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

#### 十一、參考文獻：

1. R.Bendor-Samuel, Y.R.Chen, and P.K.Chen, 'Unusual Complications of the Le Fort I Osteotomy', *Plast Reconstr Surg*, 96(1995), 1289-96; discussion 97.
2. B.K.Choi, R.C.Goh, P.K.Chen, D.C.Chuang, L.J.Lo, and Y.R.Chen, 'Facial Nerve Palsy after Sagittal Split

Ramus Osteotomy of the Mandible: Mechanism and Outcomes', J Oral Maxillofac Surg, 68(2010), 1615-21.

3. A.A.Cruz, and A.C.dos Santos, 'Blindness after Le Fort I Osteotomy: A Possible Complication Associated with Pterygomaxillary Separation', J Craniomaxillofac Surg, 34 (2006), 210-6.
4. G.H.de Villa, C.S.Huang, P.K.Chen, and Y.R.Chen, 'Bilateral sagittal Split Osteotomy for Correction of Mandibular Prognathism: Long-Term Results', J Oral Maxillofac Surg, 63(2005), 1584-92.
5. J.A.Girotto, J.Davidson, M.Wheatly, R.Redett, T.Muehlberger, B.Robertson, J. Zinreich, N.Iliff, N.Miller, and P.N.Manson, 'Blindness as a Complication of Le Fort Osteotomies: Role of Atypical Fracture Patterns and Distortion of the Optic Canal', Plast Reconstr Surg, 102(1998), 1409-21; discussion 22-3.
6. C.S.Huang, G.H.de Villa, E.J.Liou, and Y.R.Chen, 'Mandibular Remodeling after Bilateral Sagittal Split Osteotomy for Prognathism of the Mandible', J Oral Maxillofac Surg, 64 (2006), 167-72.
7. E.W.Ko, C.S.Huang, and Y.R.Chen, 'Characteristics and Corrective Outcome of Face Asymmetry by Orthognathic Surgery', J Oral Maxillofac Surg, 67(2009)
8. J.P.Lai, C.H.Hsieh, Y.R.Chen, and C.C.Liang, 'Unusual Late Vascular Complications of Sagittal Split Osteotomy of the Mandibular Ramus', J Craniofac Surg, 16 (2005), 664-8.
9. L.W.Lee, S.H.Chen, C.C.Yu, L.J.Lo, S.R.Lee, and Y.R.Chen, 'Stigma, Body Image, and Quality of Life in Women Seeking Orthognathic Surgery', Plast Reconstr Surg, 120 (2007), 225-31.
10. L.J.Lo, K.F.Hung, and Y.R.Chen, 'Blindness as a Complication of Le Fort I Osteotomy for Maxillary Distraction', Plast Reconstr Surg, 109 (2002), 688-98; discussion 99-700.
11. W.D.Owens, 'American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System in Not a Risk Classification System', Anesthesiology,

## 十二、病人、家屬問題：

- (一) \_\_\_\_\_
- (二) \_\_\_\_\_
- (三) \_\_\_\_\_

病人(或家屬/法定代理人)： \_\_\_\_\_ (簽章)

- 我已瞭解上述說明，並同意顱顏部整形重建手術（請簽署顱顏部整形重建手術同意書）。
- 我已瞭解上述說明，並拒絕顱顏部整形重建手術。

與病人之關係： \_\_\_\_\_ (請務必填寫)

解釋醫師： \_\_\_\_\_ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號： \_\_\_\_\_

西元          年          月          日          時          分