

周邊神經減壓手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

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)有任何疑問，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

手術名稱：周邊神經 (正中神經、尺神經) 減壓手術

手術內容：

- 1.手術於局部麻醉下進行。
- 2.切開手掌 (手肘) 皮膚，剝離肌膜肌肉，直到露出正中神經 (尺神經)。
- 3.剪開壓迫神經之肌膜肌肉。
- 4.檢查有無出血點並予止血，縫合皮膚傷口。
- 5.手術後回普通病房或於神經外科門診追蹤。

手術效益：減除對正中神經 (尺神經) 之壓迫，改善神經學症狀。

手術風險：

- 1.術後表淺神經瘤導致疼痛。
- 2.正中神經 (尺神經) 損傷。
- 3.疤痕增生導致再次壓迫正中神經 (尺神經)。
- 4.韌帶切開不全。
- 5.腕 (肘) 關節僵硬。
- 6.表淺動脈損傷。
- 7.屈肌韌帶弓狀變形。
- 8.反射性交感神經失調。
- 9.傷口感染。
- 10.術後血腫。

可能替代方案：

- 1.休息及復健活動。
- 2.非類固醇類止痛劑。
- 3.石膏 (副木) 固定。
- 4.局部類固醇注射。

亦可詢問其他醫師之意見。

說明醫師：_____ (簽章) 時間:西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

本人(或家屬) _____ 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，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：_____ (簽章) 時間:西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

與病人之關係：

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。

見證人部分，如無見證人得免填載