

玻璃體切除手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

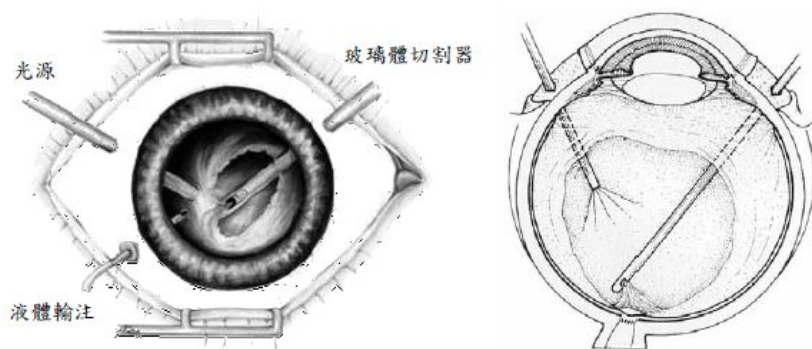
床號：_____

請您詳細閱讀：

此份說明書是有關您即將接受的手術效益、風險、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，所以請您仔細閱讀；如果經醫師說明後您對此手術(或醫療處置)仍有任何疑問，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，讓我們一起為您的健康努力。

手術原因(或醫療處置)：

玻璃體出血或混濁、視網膜剝離、黃斑部皺摺或拉扯、糖尿病視網膜病變、人工水晶體或白內障脫位和其他視網膜病變等疾病。



手術目的與效益：

(經由手術，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

手術的目的在於清除玻璃體出血，或是使已經剝離的視網膜復位，以其使網膜病變得到控制，或視網膜剝離復位，進而穩定或改善視力；玻璃體切除手術亦為視網膜黃斑部手術之必要程序之一。玻璃體切除手術為精細之顯微鏡手術，所以有其必然之風險及可能發生的併發症。

手術風險：(包含手術後遺症、併發症)

沒有任何手術(或醫療處置)是完全沒有風險的，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。

麻醉之危險性：

1. 局部麻醉：分成表面麻醉、球邊麻醉及球後麻醉三種。局部麻醉為大多數情況下採用之方式。較不易影響全身性狀況，但仍有眼球後出血、眼球穿孔破裂之危險性。
2. 全身麻醉：病人無法配合或對局部麻醉配合度不佳時採取之。本院全身麻醉由麻醉專科醫師執行，其安全性、術前評估及術後照顧也由麻醉專科醫師執行之。
3. 上述各種麻醉方法，醫師將視病人之實際狀況及需求，選擇對病人最有利之麻醉方式。

玻璃體切除手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

手術本身之危險性與合併症：

1. 出血：包括結膜出血、虹彩血管出血、前房積血、玻璃體出血、脈絡出血及猛爆性出血等。發生嚴重出血之機會約為千分之一。
2. 白內障：在進行玻璃體切除手術後，較易導致白內障產生。
3. 感染：包括傷口感染、眼內炎等。眼內炎之發生機率約為千分之一。
4. 角膜水腫：與病人本身角膜內皮細胞之好壞相關，角膜水腫嚴重者可能需接受角膜移植手術。網膜水腫或剝離、脈絡膜剝離。
5. 續發性青光眼及葡萄膜炎等。
6. 另有罕見之眼前半部缺血性變化、斜視、屈光狀態改變、牽曳眼外肌引起短暫性心跳速率減緩或心律不整、與其他偶發之病變。
7. 術後視網膜剝離或併發增值性玻璃體視網膜病變(手術成功率約70-80%可能一次手術就成功將視網膜復位，其他則需經多次手術，但是仍可能有5-10%的病人會因視網膜剝離嚴重而失明)。
8. 以上情況發生之機會雖然不高，倘若不幸發生，尤其是猛爆性出血，嚴重時可能導致完全失明的危險。

替代方案：

這個手術(或醫療處置)的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術(或醫療處置)，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。

情況較為單純的裂孔性視網膜剝離可採用玻璃體內氣體注射或鞏膜扣壓手術，並配合網膜雷射光凝治療或網膜冷凍固著術。若前述方法失敗，可能仍得進行玻璃體切除術。

長期無法自行吸收之玻璃體出血，若不接受玻璃體切除術，病患視力將無法改善。同時，也無法對視網膜進行雷射光凝治療。此時若為了避免缺血部分之視網膜繼續釋出新生血管增生因子，僅能進行網膜冷凍治療，但仍無法清除玻璃體混濁。

手術後照護：

1. 手術後不可搓揉患眼，需戴鋁製眼罩保護眼睛，避免遭到意外撞擊。
2. 依病情需要，假如有眼內有合併灌注氣體或矽油注射，術後須要臥一到兩個星期。
3. 有滲出液時，以眼墊覆蓋，保持清潔，可使用無菌的棉花棒清潔眼睛周圍之分泌物(由內而外)。
4. 術後一個月內避免劇烈運動、用力憋氣或提舉重物。當有持續性眼睛疼痛或刺痛、眼睛突然覺得脹痛、噁心、或臉部眼睛受到碰撞傷、有水樣物自眼睛大量流出、或黏稠性分泌物突然增加時請至醫院就診，以免延誤病情。
5. 出院後鋁製眼罩須戴一個月，防止碰撞。
6. 糖尿病病人需維持穩定的血糖值，如飯前血糖正常範圍為：90-130mg/dl。
7. 避免抽煙喝酒，不宜進食刺激性及堅硬的食物。以均衡飲食為主，並請多攝取營養易消化食物，如水果、蔬菜、魚肉、瘦肉等。

玻璃體切除手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

8. 請依照醫師指示使用眼藥水，並學會點眼藥技術及定期返院複診。

醫師補充說明：（包含病人提出之疑問及解釋說明）

說明醫師簽名：_____（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。

病人之聲明：

1. 醫師已對我或我家人的病情提供充分資訊，並且我已經瞭解及接受這個檢查或處置的必要性、步驟、風險等相關資訊；醫師也已清楚解答我對這個檢查或處置的各項疑問。
2. 醫師已向病人及家屬解釋並且經其了解，若選擇不同意進行手術下列病變可能發生之風險包括：

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

與病人之關係：

立同意書人身份證字號：

住址：

電話：

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。