

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
唾液腺癌症說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

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。

一. 擬實施之檢查/治療

1. 疾病名稱：

2. 建議手術名稱：

☐腮腺癌切除手術

☐腮腺癌切除及頸部淋巴節廓清手術

☐下頷腺癌切除手術

☐下頷腺癌切除手術及頸部淋巴節廓清手術

☐舌下腺癌切除手術

☐舌下腺癌切除手術及頸部淋巴節廓清手術

☐其他_____

3. 建議手術/治療原因：

4. 執行步驟與過程

(1)到達手術室護理站後，醫護人員會先確認身份與手術部位，再進入手術室。

(2)平躺在手術床上

(3)全身麻醉後消毒鋪單

(4)進行手術

(5)術後至恢復室觀察，穩定後回病房

5. 手術效益：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一定會獲得任何一項；且手術效益與風險之間的取捨，應由您選擇及決定。

(1)腫瘤得完全摘除，腮腺癌 2 年的存活率為 64.5%。

6. 手術風險：(沒有任何手術(或醫療處置)是完全沒有風險的，以下所列是已被認定的風險，除此之外仍然可能有一些未被認定且為醫師無法預期的風險可能會發生。)

本手術可能之併發症如下：

(1)出血

(2)傷口發炎

(3)腮腺癌的手術若腫瘤沒侵犯到顏面神經，醫師會盡量保留顏面神經；若腫瘤侵犯到顏面神經，或為了切除乾淨，或因腫瘤牽扯，或因電刀止血，有時會造成顏面神經，暫時性或永久性麻痺。

(4)下頷腺癌的手術對顏面神經的傷害較小，有時會造成嘴角暫時性或永久性麻痺。

(5)舌下腺癌的手術可能影響舌頭的感覺神經，少部分可能影響舌頭的運動神經。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
唾液腺癌症說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

7. 合併症發生的機率與嚴重度

發生比例很低。如果發生，醫師會依據併發症發生種類的嚴重程度，採取必要的處置。

如：內科療法、手術治療、復健治療…等。

(1)腮腺癌手術後若需要加上放療或同步放化療，可能造成同側耳朵外耳道狹窄，甚至聽力喪失。

8. 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。)

(1)少數細胞病理型態類似鼻咽癌者，可先用化療處理，反應很好腫瘤幾乎消失或腫瘤縮小一半以上，可加上後續的同步放化療，但並不保證腫瘤會完全消失，如果對化療反應不好，後續的放療幾乎無效，仍要接受手術。

9. 醫師補充說明：

1. 唾液腺癌症包括腮腺癌、下頷腺癌、舌下腺癌，其細胞病理型態絕大部分無法單獨以放射線治療處理，必須先手術，必要時再加上放療或同步放化療。

2. 癌症手術與其他良性腫瘤手術不同，無法保證絕不復發或轉移，一般而言手術是不會加速癌症惡化。嚴重的病患通常需要術後放射線治療，或化學、放射線併行治療，時間約兩個月。

3. 腮腺癌若侵犯到顏面神經 經醫師評估，必要時會診整形外科醫師，於腫瘤切除後修復顏面神經。

4. 如果癌症侵犯皮膚，腫瘤切除後，患部組織缺損，視情形會採用病患自己的皮膚、肌皮瓣、或人工皮重建。

5. 視腫瘤之惡性度，醫師可能會建議加做頸部淋巴節廓清手術。

10. 術後注意事項：

(1)術後可能會在患部置放引流管，拔除引流管的時機依引流情形決定，一般而言約在術後 5~7 天拔除。

(2)術後傷口縫線將於一周後拆除，期間須定時換藥並保持乾燥，以免傷口感染。

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 需實施檢查/治療之原因、步驟與範圍、檢查/治療之風險及成功率、輸血之可能性

☐ 檢查/治療併發症及可能處理方式

☐ 不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式

☐ 預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀

☐ 如另有檢查/治療相關說明資訊，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查/治療的問題，並給予答覆：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
唾液腺癌症說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

(1)_____

(2)_____

檢查前停／用藥指示（未依指示停／用藥，可能造成無法執行檢查）

1. 若有在服用影響凝血功能之保健食品或中草藥，建議至少停用七天。如：魚油、大蒜精、銀杏、納豆激酶、維生素E、輔酶Q10、葡萄糖胺、月見草油、亞麻籽油、人參、丹參、紅花、桃仁、莢朮、川七、沒藥、乳香、薑黃素等。
2. 其他需停用藥品(如:抗凝血、抗血小板藥品...等)，請依照醫師指示，進行停藥準備。

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。

與病人之關係：_____ 其他：_____

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

見證人(如無見證人得免填載)：_____

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