

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
腮腺手術說明書

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： 腮腺腫瘤  其他\_\_\_\_\_
2. 建議手術名稱：**腮腺腫瘤** 切除手術  雙側 左側 右側
3. 建議手術/治療原因： 改善症狀  確認診斷
4. 執行步驟與過程：腮腺是唾液腺的一部份，雖然腮腺腫瘤約 70%~80%是良性，但此腫瘤會逐漸長大而壓迫鄰近之正常組織，因此腮腺長腫瘤通常需要手術切除。由於顏面神經穿過腮腺組織中，因此腮腺腫瘤摘除手術通常需要找出並保留顏面神經。手術大多從耳前到頸部作一”S”形之切開，找到顏面神經後小心保護之，尋得腫瘤，將之連同周圍之一部份腺組織一併完整切除。

(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) 麻醉： 全身麻醉後消毒鋪單；

消毒鋪單後局部麻醉，施打麻藥時，會稍微有疼的感覺

(4) 進行手術

(5)  術後制恢復室觀察，穩定後回病房； 衛教、更衣、批價、回家

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。

腫瘤切除； 確認病理診斷。

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由於顏面神經功能相當精細，即使完整保留也會對部份病患造成影響，約有少於一成的患者在術後發生暫時性的顏面神經麻痺，面部表情動作會有些許不對稱，這種現象通常在 2~3 個月內會恢復，如果腫瘤位在腮腺深葉，術後顏面神經麻痺的程度與時間可能會稍嚴重些，但大多會恢復正常。若顏面神經遭腫瘤侵犯(尤其是癌症)，醫師會視情況必要時需切除一部份顏面神經，如此將造成單側永久性顏面麻痺，導致嘴歪臉斜。

7. 合併症發生的機率與嚴重度

(1) 術後傷口與耳部附近可能會有感覺麻木的現象，這是因為手術時需將感覺神經切除之故，如此方能找到顏面神經並順利摘除腫瘤。

(2) 術後半年後可能發生吃東西時頰部流汗的現象 (Frey's syndrome)，這是原先支配唾液腺的神經於術後改支配到汗腺而產生。

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)，

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
腮腺手術說明書

病歷號：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

生日：民國\_\_\_\_\_

床號：\_\_\_\_\_

可能會有危險，請與醫師討論您的決定目前沒有其他的替代方案。

9. 術後注意事項：術後住院，配合醫療人員治療，約三天。

## 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：

(1)\_

(2)\_

三、醫師補充說明：

### 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。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
腮腺手術說明書

病歷號：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

生日：民國\_\_\_\_\_

床號：\_\_\_\_\_

見證人部分，如無見證人得免填載