

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
腺樣體刮除手術說明書

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：

2. 建議手術名稱：

3. 建議手術/治療原因：

腺樣體增殖；其他_____

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)手術過程:腺樣體刮除術是在全身麻醉之下，使用張口器經口腔以腺樣體刮除刀將腺樣體做部份的刮除，或經鼻內視鏡下以微型刮除器做腺樣體之刮除，以解除阻塞及減少發炎組織體積，然後局部進行止血，手術即完成。

(5)術後至恢復室觀察，穩定後回病房

5. 手術效益：當病患因腺樣體增殖，可能造成後鼻道阻塞，進而鼻子不通，靠嘴巴呼吸。長期經口呼吸可能導致口腔顏面的成長異常、注意力無法集中、肺功能變差、鼻竇炎或是慢性腺樣體炎造成慢性鼻膿，反覆性中耳炎或是中耳積液等情形，即是施行腺樣體刮除術的時機。

成人或青少年後，因頭顱的生長拉大後鼻道的空間，及腺樣體體積常會漸行萎縮，施行此術式機會不大，然而個人不同之適應症應由醫師與患者討論之後做出手術與否的決定。

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。)

腺樣體刮除術可能的風險與扁桃腺摘除術大略相同，除了麻醉部份的風險外，包括了術中及術後傷口的出血，因傷口腫脹造成的暫時性呼吸困難，鼻咽狹窄、鼻咽關閉不全，多可以在謹慎的手術及術後照顧下避免；術後出血的比例約在0.1-3%之間。因手術而意外死亡的機會極微，在二十年之前的統計約為一萬至三萬分之一，現在的麻醉及醫療更為進步，安全性更是大大增加。

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。

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。)

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
腺樣體刮除手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

(1) 少部分的人，可以藉由鼻用類固醇的使用，讓腺樣體稍微的萎縮。

9. 醫師補充說明：

(1)術前若有服用阿斯匹靈類等抗凝血藥物，請先告訴醫師，並聽從指示於一週前暫停服用。

(2)鼻蓄膿、鼻竇炎、中耳炎及中耳積液則因其成因多半較為複雜，除腺樣體炎外，常合併其他原因；其改善之程度可能因人而異，須再配合醫師的治療及追蹤。

(3)經由腺樣體刮除術，因腺樣體增殖造成的呼吸道阻塞多可獲得相當或是部份的緩解，通常經鼻呼吸可較為容易。

10. 術後注意事項：

(1)術後因暫時性的傷口疼痛，進食困難，可能導致脫水。建議進食，以清淡、無刺激性的流質食物及軟質食物為佳，且暫時不要進食熱食，以保護傷口避免術後出血。同時要維持口腔的衛生，以防止傷口感染。

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：

(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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
腺樣體刮除手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

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