

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
軟顎及舌根無線電波手術說明書

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： 打鼾 睡眠呼吸中止症 其他_____
2. 建議手術名稱： 軟顎 舌根 無線電波
3. 建議手術/治療原因： 改善症狀
4. 執行步驟與過程

本手術用來治療打呼(打鼾)及阻塞性睡眠呼吸中止症。打呼及阻塞性睡眠呼吸中止症，在睡眠時會間斷性地造成不自主的呼吸阻塞、缺氧，日積月累進而引發高血壓、心肌梗塞、中風等後遺症。這類的病患日間的精神不佳，隨時隨地想打瞌睡，所以車禍及工作意外的機率也較高，呼吸道阻塞的部位，在大部份病患不只一處。其中的主要原因之一，是軟顎部分過於鬆弛疲軟，加上舌根過於肥厚，導致呼吸道的阻塞。無線電波(Radiofrequency，簡稱RF)約莫在1990年代後，開始廣泛地運用在醫療上。其特色就是藉由無線電波的透熱原理，達到蛋白質凝固的結果，可以緊實軟顎組織、減少舌根體積，進而改善打鼾及睡眠呼吸中止症的情形。另一個特色，就是其低溫的特性(攝氏40~100度)，術後疼痛度大為降低。

此手術可以在局部麻醉下執行，可以免除全身麻醉的風險跟不適，不需要住院，也較不會影響到病人的日常生活。

(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。)

打鼾的改善. 阻塞性睡眠呼吸中止症的改善

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。

1. 術後出血：約 1%

2. 術後感染：約 1%

3. 術後三天內之呼吸道阻塞：約 1%

4. 死亡：極低

7. 合併症發生的機率與嚴重度

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
軟顎及舌根無線電波手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

1. 可能顎部或舌根部神經感覺異常：極低
2. 吞嚥異常：極低
3. 說話音質改變：極低
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. 中度或重度的阻塞性睡眠呼吸中止病患：陽壓呼吸器。
 2. 雷射軟顎成型手術或軟顎止鼾支架植入手術。
9. 醫師補充說明：
 1. 術後疼痛多半在中等程度以上以前三天較嚴重，疼痛持續一般七天到十四天。
 2. 術後至少一週內，進食建議以冷食、軟質食物為主。
 3. 部份病患會有極為異物感，或是傷口感染，屆時可能需要給予抗生素。
 4. 少數病人有數後出血之情形，若出血量大，則需緊急入手術房行止血手術，必要時先行氣管切開術以保護呼吸道。
10. 術後注意事項：返回門診，配合醫療人員治療，約兩週。

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)_

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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
軟顎及舌根無線電波手術說明書

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