

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
鼻中隔鼻道成型手術說明書

病歷號：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

生日：民國\_\_\_\_\_

床號：\_\_\_\_\_

有關您即將接受的手術(或醫療處置)的效益、手術的方式、內容、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對這個手術(或醫療處置)仍有疑問，請您再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

### 一. 擬實施之檢查/治療

1. 疾病名稱： 肥厚性鼻炎併鼻中隔彎曲
2. 建議手術名稱： 鼻中隔鼻道成型手術
3. 建議手術/治療原因： 嚴重鼻塞或流鼻水經藥物治療或其他療法失敗
4. 執行步驟與過程：

本手術原則上以躺臥局部麻醉施行，少數情況下可採躺臥全身麻醉施行。

(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

手術傷口在鼻孔內，經切口將鼻中隔彎曲部份移除或矯直，並進行兩側下鼻甲部份切除。外觀看不見傷口。

手術時間約 30 分鐘~2 小時。

手術後會在兩側鼻腔中放入鼻填充物，填塞 24~48 小時，防止出血。所以手術後，必須經口呼吸。

(5)術後穩定後回病房。回病房後必須平躺休息及局部冰敷。

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。)

改善流鼻水或鼻塞的症狀。

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：

除一般手術的藥物過敏或手術壓力所引起的死亡風險外(1~2 例/10 年)比較常見風險是術中及術後出血(5.3~6.5%)、術中誘發迷走神經反射(血壓下降、心跳變慢...等)、

7. 合併症發生的機率與嚴重度

術後因鼻填充物所引發的不適感、術後中隔穿孔、鼻填充物後之感染、敗血症等。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。

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  
鼻中隔鼻道成型手術說明書

病歷號：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

生日：民國\_\_\_\_\_

床號：\_\_\_\_\_

如果您決定不施行這個手術，您可以改選雷射下鼻甲成型手術或者無線電波治療。但治療效果一般都比較差也無持久。

9. 醫師補充說明：

若平時有使用阿斯匹靈等抗凝血藥物，請告知醫師，術前依臨床狀況調整或暫停使用。

10. 術後注意事項：

術後於病房治療兩天，積極使用冰敷。

術後第二天移除鼻填塞物後 1~2 小時必須平躺休息及局部冰敷，此時會有較多的滲血。如自費使用先進填塞物，如那梭波 (Nasopore) 則不必抽取。

觀察無狀況後可出院，改門診追蹤與治療。

出院後一個星期應避免熱食或運動，適當冰敷，戴口罩避免感冒，與服用藥遇兩噴劑並定時回診。

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、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、菝葜、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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
鼻中隔鼻道成型手術說明書

病歷號：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

生日：民國\_\_\_\_\_

床號：\_\_\_\_\_

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