



食道良性病變切除手術說明書

此份說明書是有關您即將接受的手術效益、風險、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，所以請您仔細閱讀；如果經醫師說明後您對此手術（或醫療處置）仍有任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為您的健康努力。

1. 手術（或醫療處置）：食道良性病變切除手術

一、 食道切除方式：

- A. 經食道裂孔食道切除 (transhiatal esophagectomy)：經腹中線切入，由食道裂孔切除食道，減少術後發生肺炎的危險性。
- B. 經胸腔食道切除 (transthoracic esophagectomy)：經開胸手術，將食道切除。

二、 食道切除後之重建：

- A. 胃管重建術(gastric tube reconstruction)：將胃管置入胸腔以重建食道。
- B. 大腸重建術(right side ileocolonic reconstruction)：將右側或左側大腸置入胸腔以重建食道。
- C. 空腸重建術(jejunum reconstruction)：將空腸置入胸腔以重建食道。

三、 本項手術方式及範圍：醫師勾選合適項目

- A. ☐左 ☐右 側經胸腔食道切除
- B. ☐經食道裂孔食道切除
- C. 食道重建方式 ☐胃管 ☐大腸 ☐空腸
- D. 重建新食道之路徑 ☐胸骨後路徑 ☐後縱隔腔路徑
- E. 在病情需要下合併其他器官之切除 ☐是 ☐否

2. 手術目的或效益：

（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獲得任何一項；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。）

一、 手術目的：

- A. 切除有病變或破裂之食道
- B. 緩解出血、阻塞等症狀
- C. 回復進食及吞嚥功能，改善生活品質。

二、手術預期效益為改善病人預後，延長生命

3. 手術風險（包含手術後遺症、併發症）：

（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。）

- 一、 食道良性病變手術併發症發生的機率約為 20-30%，手術後死亡率約為 5~10%
- 二、 食道破裂手術併發症發生的機率約為 60-80%，手術後死亡率約為 50%
- 三、 本手術可能出現的早期手術合併症
 - (a)中風(b)吻合處癒合不良， (c)腹內膿瘍， (d)肺炎， (e)泌尿道感染，
 - (f)肺內膿瘍， (g)呼吸衰竭， (h)黃疸 (i)心血管梗塞 (j)傷口感染
 - (k)敗血症 (l)其他

四、 本手術可能出現的長期合併症：

(a) 貧血 (b)腹脹 (c)膽汁逆流 (d)腸阻塞 10% (e)腹痛、心悸、腹瀉。

4. 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)

- 一、 除手術外，無其他替代治療可完全切除有病變或破裂之食道。
- 二、 食道支架置放
- 三、 食道擴張治療

5. 手術後照護：

- 一、 保持腹部、胸部及頸部開刀之傷口的乾燥與清潔，如果滲濕，請按時換藥。
- 二、 放置胸管之傷口在數日內即可癒合，約7天可拆線。
- 三、 飲食應以半流質和易消化的食物為主，少量多餐，定時定量，並定期測量體重。
- 四、 平日多下床活動，可以促進呼吸功能及腸蠕動(排氣)
- 五、 依恢復情況，逐漸增加活動量。
- 六、 開刀之傷口如果有大量膿液流出，或者傷口有紅、腫、熱、痛時，請立刻就醫
- 七、 若突然有劇烈的胸痛或呼吸困難須立刻就醫治療。
- 八、 請按時回診，若有任何問題您可打電話至 胸腔外科辦公室04-23592525轉5042或胸腔外科病房04-23592525轉6012

6. 醫師補充說明：(包含病人提出之疑問及解釋說明)

由於全民健保之限制，手術中所用之少數特殊器材，須病人自付差額，祈請見諒。

說明醫師簽名：

日期：____年____月____日 時間：____時____分

本人(或家屬)_____已經與醫師討論過接受這個檢查(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。

病人之聲明：

- 1. 醫師已對我或我家人的病情提供充分資訊，並且我已經瞭解及接受這個檢查或處置的必要性、步驟、風險等相關資訊；醫師也已清楚解答我對這個檢查或處置的各項疑問。
- 2. 醫師已向病人及家屬解釋並且經其了解，若選擇不同意進行手術，下列病變可能發生之風險包括：
- 3. 若有上列所述緊急情況送醫，若能及時到院則將由值班醫師手術(可能改變非原主治醫師)，而手術危險性將增高甚至可能死亡。

病人或家屬簽名：

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之_____

立同意書人身份證號：_____

見證人：(本院醫護人員或病人家屬)_____

住址：_____ 電話：_____

日期：____年____月____日 時間：____時____分