

同意書

在 BMJ 出版物中刊登關於患者的圖像和/或資料之患者同意。

患者姓名：

何慧一

與患者的關係 (如果不是由患者簽署本同意書)：

有關患者的照片、圖像、文字或其他材料 (材料) 的說明。本同意書應附上一份材料：

The manuscript contains 5 figures of the patient's MRI, CT, and endoscopic images. A few paragraphs describing the patient's clinical outcomes by case illustration.

將包括材料的文章之臨時標題：

Pneumocephalus, a rare complication after endoscopic resection of a mediastinal tumor in thoracic spine: case report and review of literature

同意

本人 何慧一 [正楷全名] 同意有關本人/患者的材料在 BMJ 出版物中出現。

本人確認，本人：(請剔選方格以確定)

- 已經看過有關本人/患者的照片、圖像、文字或其他材料
- 已經閱讀會向 BMJ 提交的文章
- 依法有權表示同意。

本人理解以下事項：

- (1) 刊登的材料不會列出本人/患者的姓名，但本人理解無法保證完全匿名。某處的某些人—例如照顧本人/患者的某些人或親戚—可能認出本人/患者。
- (2) 材料可能顯示或包括本人/患者現在、過去或未來的醫療情況或傷害及任何預後、治療或手術。
- (3) 該文章可能在全球發行的期刊上發表。BMJ 的出版物通常提供醫生及其他健康護理專業人士閱讀，但也有很多其他人閱讀，包括學者、學生及記者。
- (4) 該文章 (包括材料) 可能是新聞稿的主題，並可能與社交媒體連結和/或在其他推廣活動中使用。出版後，該文章會顯示在 BMJ 網站，也可能可以從其他網站瀏覽。
- (5) 在刊登前，該文章的文字風格、文法及一致性會接受編輯。
- (6) 本人/患者將不會從刊登該文章而收到任何財務利益。
- (7) 該文章的全部或部分可能在 BMJ 和/或其他出版商刊登的出版物中使用。這包括英文出版物及譯文、印刷版、數碼格式，以及現在和將來可能由 BMJ 或其他出版商使用的任何其他格式。該文章可能在當地的期刊版本或其他在英國及海外刊登的出版物中出現。

- (8) 本人可在刊登前隨時撤回本人的同意，但一旦文章已準備刊登（「進入印刷」），則無法撤回同意。
- (9) 本同意書將由 BMJ 依法安全地保留並保密，而且保留時間不會超過必須的時間。

請別選方格來確定以下事項：

- 本人同意 BMJ 儲存本人的聯絡資料（包括 EEA 以外），其目的僅為在未來需要時聯絡本人。
- 當本同意與 BMJ 個案報告的文章相關時，本人/患者有機會就文章給予意見，而本人對該文章所反映的意見感到滿意（如有）。

簽署：_____

正楷姓名：_____

地址：_____

電郵地址：_____

電話號碼：_____

如果代表患者簽署，請給予患者無法親自同意的原因（例如患者已去世、未滿 18 歲或有認知或智能障礙）。

日期：_____

- 如果您代表家庭或其他團體簽署，請別選方格以確定已通知所有相關的家庭或團體成員。

如果患者是兒童並年滿 7 歲或以上，亦必須親自確定同意：

簽署：_____

正楷姓名：_____

出生日期：_____

日期：_____

向患者或其代表解釋及給予同意書之人士的詳細資料（例如相關作者或有權獲取同意的其他人）。

簽署：_____

正楷姓名：_____

職位：_____

地址：_____

機構：_____

電郵地址：_____

電話號碼：_____

日期：_____

A 66-year-old male who had been diagnosed with a thoracic spinal dumbbell tumor received a thoracoscopic resection, after which the tumor was pathologically proven to be a neurogenic tumor consisting of neurofibroma (Fig. 1). On the 7th post-operative day, the patient suffered from a severe headache and vomiting which became exaggerated with postural change. He then was sent to our emergency department where a neurological examination showed clear consciousness (Glasgow coma scale: E4V5M6) but also drowsiness and disorientation, no cranial nerve abnormality, and full muscle power in all four limbs. A brain CT scan demonstrated tension pneumocephalus and pneumoventricle with the air extending down into the intraspinal space (Fig. 2). He then was admitted to the intensive care unit (ICU) for further close monitoring and medical treatments including full hydration, prophylactic antibiotics use, O₂ supplementation, lying absolutely flat, and primary suturing and debridement of the chest wound. Another brain CT scan performed 3 days after his admission to the ICU showed even greater progression of his tension pneumocephalus (Fig. 2). An MRI scan of the thoracic spine disclosed a left T2/T3 pseudomeningocele with air-fluid level, while a chest CT demonstrated pneumothorax and subcutaneous emphysema around the poorly healing previous thoracoscopic access wound (Fig. 3). The thoracic spinal neurofibroma had been almost totally removed but was complicated with pneumothorax, CSF leakage, and tension pneumocephalus. Therefore, the decision to perform further surgical repair was made with the approval of the patient and his family members.

Operation

Following a left T2-3 hemilaminectomy and costotransversectomy, a cystic meningocele was found. After the cyst pouch was totally removed, the previous remnant tumor stump and surgical clip were explored meticulously. CSF leaking from the surgical clip near the dura was disclosed. The leakage site was wrapped with autologous fat, gelform, tissue glue, and duraseal in a layer-by-layer manner (Fig. 4). Finally, the wound was closed in a layer-by-layer manner with a Jackson-Pratt tube that was left in the surgical field.

Histological analysis

According to microscopic examination, the cyst contained chronic inflammation tissue and no residual tumor.

Postoperative course

At the 2-week follow-up and evaluation, the patient denied experiencing any further headaches. A follow-up brain CT scan showed resolution of the pneumocephalus, pneumoventricle (Fig. 5), pneumothorax and pneumospine.

中國醫藥大學附設醫院(CMUH)
手術同意書(含說明書)

手術安全
Sign in (4)

80816.G3;H10-65D:10.61.101.65

*基本資料 (若病患未滿20歲, 則不能簽立同意書)

病人姓名 _____

病人出生日期 42 年 02 月 25 日

病人病歷號碼 0018666357

一、擬實施之手術(如醫學名詞不清楚, 請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱:

胸椎疾患

2. 建議手術名稱:

胸椎後側開手術

3. 建議手術原因:

胸椎疾患

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式, 解釋這項手術之相關資訊, 特別是下列事項:

需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性

手術併發症及可能處理方式

不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式

預期手術後, 可能出現之暫時或永久症狀

其他與手術相關說明資料, 已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間, 詢問下列有關本次手術的問題, 並給予答覆:

(1) 無相關提問

(2) _____

(3) _____

80816.G3:H10-65D:10.61.101.65

手術負責醫師簽名：
邱正 (神經外科專科)

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 同意 不同意 輸血。
5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
7. 我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情。

附註：

一、手術的一般風險

1. 手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療和其他必要的治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、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。

三、手術同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶(不分性別)、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、醫療機構應於病人簽具手術同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術同意書後病情發生變化者，亦同。

五、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

六、醫療機構為病人施行手術後，如有再度之必要者仍應重新簽具同意書。

七、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。

八、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：
(非本人請於簽名處註明關係)

頸/胸/腰椎後側開手術說明書

這份說明書是說明有關您即將接受的手術的內容、效益、風險、及替代方式，可做為您與醫師討論的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解本份說明書的內容，所以請您仔細閱讀，如果您對這次手術有任何疑問，請務必再與您的醫師討論，醫師很樂意再次為您說明，讓我們一起為您的健康努力。

手術說明

1. 脊椎手術的目的及其特異性：

脊椎的結構是由脊椎骨架、椎間盤、韌帶、神經和關節囊所構成，外科醫師主要藉由手術、內視鏡法、注射或復位的方式以實施減壓術、異常神經阻斷術、椎骨融合術、金屬固定術、腫瘤及血塊移除術，或置入電極刺激器以達到止痛、提昇病患活動力或改善感覺神經功能。但因脊椎架構的複雜性、術前神經受損的程度、術前肌肉無力的程度及個人對於異常感覺(包括痛、酸、麻)的不同反應，只以外科手術治療並不能完全解決病患的不適，手術後配合藥物和復健治療及術後病患對於體重、姿勢和規律運動的控制，才是決定預後的主要因素。至於再次施行同樣位置的脊椎手術的機會也會因疾病種類及部位的不同和術後病患配合度的與否而有所差異。

2. 手術之適應症：

- 漸進性之神經根病變，包括無力及麻痺。
- 漸進性之脊髓病變，包括下肢無力、反射增強及大小便異常。
- 不穩定之脊椎結構，可能危及神經及脊髓，如骨折或滑脫。
- 無法忍受之神經性疼痛及麻痺。
- 藥物治療及復漸治療無效之神經壓迫症狀。

3. 手術步驟：

- 全身麻醉並經口或經鼻氣管內插管。
- 經皮下切開，並剝離神經、血管、氣管及食道。
- 將壓迫神經之軟骨及骨刺清除。
- 神經減壓及神經孔擴大術。
- 植骨(含又前髌取骨或支架植入)。
- 檢查有無出血點並予止血，縫合肌肉及皮膚傷口。
- 手術後進入恢復室觀察一至二小時，之後回普通病房。

4. 手術後注意事項：

- 依醫師指示，需穿戴頸圈一至三個月。
- 手術後三到五天，避免刺激性飲食。
- 手術傷口保持乾燥。
- 術後注意事項，詳見如脊椎術後衛教單張。
- 定期門診追蹤。

手術效益及成功率

- 可施行脊椎椎間盤切除術，以解決椎間盤突出所造成之神經根或脊髓壓迫。
- 直接處理壓迫性骨折，並方便植入骨融合及前固定，亦可同時處理多節脊椎的問題。
- 針對原發性或轉移性腫瘤，可施行切片或減壓手術。

(註：對於特殊體質或病況，醫師並不能保證您一定能獲得以上結果；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

手術風險

- 整體風險：傷口感染、深部靜脈栓塞、肺栓塞、肺泡擴張不全約11.5%。
- 喉嚨疼痛、吞嚥困難，此乃因為氣管插管，是暫時性，可恢復。
- 聲音沙啞，此乃因為喉返神經壓迫，一般為暫時性，可恢復。
- 四肢癱瘓、下半身癱瘓，發生率小於1%。
- 雙側上肢癱瘓，發生率小於1%。
- 單側肩無力，發生率小於1%。
- 神經痛，脖子僵硬，呼吸無力，是暫時性，可恢復。
- 舌頭歪斜一側，發生率為2-3%。
- 大出血導致死亡，發生率為0.1%。
- 腦脊髓液漏出，發生率為2-3%。
- 腦中風，發生率小於1%。
- 傷口發炎->腦膜炎->血症->敗血症->病危，發生率約為1.5%。

頸/胸/腰椎後側開手術說明書

不執行手術之風險

端視神經壓迫的程度及症狀，嚴重者會造成持續性的下肢無力、麻痛甚至大小便異常。

替代方案及其風險

「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。」

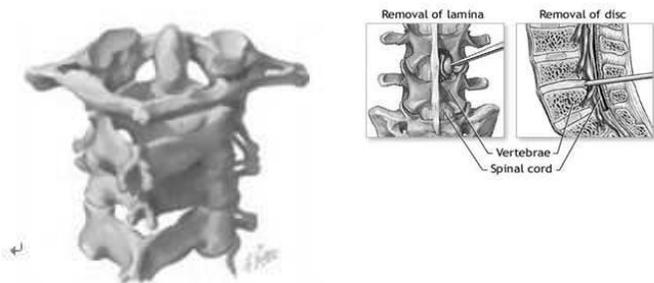
1. 休息。
2. 非類固醇類止痛劑。
3. 使用各種輔具（如背架、頸圈等）。
4. 頸椎後開手術：以頸椎椎間盤/椎體切除、椎弓切除達到減壓目的，或許再加上骨融合及內固定，前開或後開之選擇由神經被壓迫之位置決定。

第二意見之獲得途徑

您可以詢問您的家庭醫師、常就診的神經外科、其他醫學中心神經外科、或上網搜尋相關醫療網站。

參考資料及文獻

1. Winn HR. Youmans Neurological Surgery. Saunders. 5th Edition.
2. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. Thieme. 5th Edition.



註：本處置可能會讓您感到疼痛。請盡量依照以下的方式表達您的疼痛，「0分為不痛，10分為想像最嚴重的疼痛」，醫護人員將會依照您得評分，給予最適當的處置。
本人同意使用電子簽名且於電子簽名時同步錄影。

中國醫藥大學附設醫院 敬啟