

雷射治療說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「雷射治療」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後，若病人仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、 接受雷射治療之相關疾病診斷說明：

- (一)雷射為特定波長的準直光線，根據選擇性光熱療法（selective photothermolysis）的原理，利用不同波長的雷射光能作用在標的物之載色體（chromophore）上；或是分段雷射療法（Fractional Photothermolysis），利用均勻分散的微小雷射光束加熱破壞皮膚表皮及真皮層，刺激皮膚再生反應。
- (二)臨床上可應用於治療色素斑、癍痕、皮膚血管疾患等病症。

二、 治療之目的與效益：

- (一)色素性病灶，包括雀斑、老人斑、黑痣、顴骨母斑、太田母斑、刺青等。
- (二)血管性病灶，如微細血管增生、酒糟、血管瘤、疤痕等。
- (三)其他如：除毛、除紋等。

三、 執行方法：利用雷射光束精確地治療皮膚病灶。

四、 處置效益：

- (一)色素性病灶：治療效果因色素性病灶的程度及深度而異。一般淺層的色素斑，可能一次或數次後去除；而較深層的色素斑通常需多次治療方可去除。
- (二)血管性病灶：利用雷射光收縮或破壞擴張之血管性病灶。治療效果因血管性病灶位置深度不同以及特性而異。
- (三)除毛雷射：因為雷射除毛是針對處於生長期的毛囊方有破壞效果；單次治療只能去除 1/3 至 1/4 的毛髮，故需要多次雷射除毛治療。
- (四)其他如除紋等雷射治療因個人皮膚回復能力不同，治療效果及恢復期亦有所不同。

五、 可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (一)雷射治療後的皮膚泛紅通常可在短時間內恢復。
- (二)治療部位會感到灼熱感及開放式傷口有微量流血，輕微紅腫為正常反應，臉部痂皮約 5-7 天後自然脫落。
- (三)少數病患有灼傷、血腫、出血或傷口皰疹(0.3-2%)或細菌感染(0.5-4.5%)。
- (四)會有黑色素沉澱(10-32%)現象，若妥善保養勿曬太陽，仍有恢復的機會。黑色素變少(1-20%)現象大部分短期內可恢復。

六、 替代處置方案（這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，請與醫師討論您的決定）：

- (一)色素性病灶：外用藥物、手術切除、電燒治療等。
- (二)血管性病灶：部分酒糟膚質可以口服藥物控制，部分血管瘤病灶可以手術等方式治療。

七、 未處置之風險：

本治療係基於外觀考量的醫療處置，然而部分色素性病灶仍有惡性病變之可能性；部分血管性病灶如未處置亦可能有擴大或是產生出血、潰瘍等變化。

八、 術後復原期可能出現的問題：

1. 患部因局部麻醉及照射，在治療後數小時或數日內，會有浮腫現象。
2. 患部一般會有滲透液流出或皮膚瘀青，約 1 至 2 週後可消失；爾後可能會有痂皮產生，此時勿用手指刮除，讓其自行脫落，對皮膚癒合較有利。

3. 當痂皮脫落後，患部預期可能會呈深紅色，並非表示治療無效；治療後約二個月或半年後，患部顏色會逐漸開始變淡，過程可能延續一年。

九、 其他補充說明：

(一)若有下列情形，請主動告知醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向
2. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病
3. 有疤痕增生體質
4. 正在使用阿斯匹靈、維他命 E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物
5. 有藥物過敏
6. 過去曾接受手術

(二)有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。

(三)若有服用抗凝血藥物者，請先和您的醫師討論後，停藥一~二個星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

(四)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。

十、 參考文獻：

1. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. 2012.
2. Botulinum Toxin: Procedures in Cosmetic Dermatology Series. 3rd ed. 2012.
3. A Practical Guide to Botulinum Toxin Procedures (Cosmetic Procedures). 1st ed. 2011.
4. Metelitsa AI, Alster TS. Fractionated laser skin resurfacing treatment complications: a review. Dermatol Surg 2010;36:299-306.

十一、 病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

- 我已瞭解上述說明，並同意雷射治療（請簽署雷射治療同意書）。
- 我已瞭解上述說明，並拒絕雷射治療。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

西元 年 月 日 時 分