

ניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון / Incision and Drainage of Chalazion

כלזיון הינו תגובה דלקתית מקומית המערבת את בלוטות החלב (sebaceous glands) של העפעף, ומתרחשת כאשר תעלת הניקוז של הבלוטה נחסמת. כלזיון יכול לחלוף באופן עצמוני או על ידי טיפול בעיסוי וחימום מקומיים והקפדה על היגיינת (ניקיון) עפעפיים. כאשר אין שיפור בשיטות אלה, ניתן לבצע חיתוך וניקוז כירורגיים של הכלזיון במטרה לנקז את הבלוטה החסומה ולהביא לסיום התהליך הדלקתי.

בניתוח מבוצע ניקוז של הכלזיון על ידי חיתוך בפני השטח הפנימיים או החיצוניים של העפעף. בשלב זה מבוצע ניקוז זהיר של תוכן הכלזיון, עם או ללא כריתה של המעטפת הדלקתית, ושימוש בלחץ עדין או חום לשליטה בדימום. לפי שיקול דעת המנתח ניתן להזריק בסוף הניתוח סטרואידים למיטת הכלזיון.

הניתוח יבוצע בעין: ימין / שמאל בעפעף: העליון/ תחתון

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם

המטופל:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר:

שם הרופא

05/12/2021

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע חיתוך וניקוז של כלזיון. כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות:

1. הקפדה על היגיינת עפעפיים – כולל שימוש ברטיות חמימות, עיסוי מקומי וניקוי שפת העפעף. שיטה זו עשויה שלא לשפר את הדלקת במידה והכלזיון הוא עמוק.
2. הזרקת סטרואידים מקומית – סטרואידים הינם חומרים נוגדי דלקת. יתכן ויהיה צורך ביותר מזריקה אחת. שיטת טיפול זו עלולה לגרום להבהרה (דה-פיגמנטציה) של העפעף, הצטברות של משקע סטרואידים באתר ההזרקה, או במקרים נדירים מאד לחסימה של כלי דם של הרשתית או הדמית בעין עם סכנה לאבדן ראייה.
3. אי מתן טיפול – אני יכול לבחור שלא לקבל טיפול ולהישאר עם הכלזיון.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: צורך בהזרקת סטרואידים, ביצוע חתכים נוספים למוקדים נוספים שנראו, שימוש במחט חמה לעצירת הדימום או נטילת ביופסיה הוסברו לי תופעות הלואי השכיחות של הפעולה לרבות נפיחות מקומית דמום תת עורי או דימום מהפצע, טשטוש ראייה, כאב, צניחת עפעף ואי נוחות כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

1. זיהום או דימום משמעותי.
2. כאב כרוני ואי נוחות.
3. שינוי בגוון העור כתוצאה מהניתוח ו/או מהזרקת הסטרואידים.
4. אבדן ריסים באזור הניתוח.

5. היווצרות שניץ (notching) בשפת העפעף באזור הדלקת.
6. גירוי מכאני של פני השטח של העין והקרנית על ידי החתך הניתוחי או הצלקת הניתוחית בעפעף, שעלול לגרום לפגיעה בתאי הציפוי של הקרנית (corneal abrasion), פגיעה בראיה ותחושת גוף זר. מצב זה עלול להצריך שימוש ממושך בתכשירים מקומיים לסיכון, מניעת זיהומים ולעתים נדירות גם בעדשות מגע טיפוליות.
7. נזק לגלגל העין במהלך הניתוח מכלי ניתוחי כגון סכין הניתוח, מהמחט המשמשת להזרקת חומר ההרדמה או הסטראידים או מכלי המשמש לצריבת כלי הדם.
8. פגיעה בראיה ועד כדי עיוורון.
9. צניחת עפעף זמנית או קבועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי. הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אם הניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים. אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

שם המטופל:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

05/12/2021

חתימת המטופל

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס

(במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם

חתימת הרופא/ה

מספר רשיון

שם הרופא/ה

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת