

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氬氣電漿治療
說明書暨同意書

支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氬氣電漿治療說明書

一、治療的目的與效益

支氣管鏡檢查可檢視氣管、支氣管之異常。針對影像學上疑似的肺部浸潤病灶，診斷性支氣管鏡肺泡沖洗術檢查可幫助臨床醫師做進一步的診斷。支氣管鏡二極體雷射或電燒術可治療因氣管或支氣管內的病灶（包括良性及惡性）造成之氣道阻塞，以緩解病人症狀。

二、治療的方式

支氣管鏡檢查是一種內視鏡檢查。在咽喉及氣管黏膜局部麻醉後，使用一支直徑 0.5 公分左右的軟式管子，經由口腔（或鼻腔）、咽喉進入氣管及各分支氣管施行檢查。支氣管鏡二極體雷射治療或電燒術即是在支氣管鏡下，利用雷射或電燒將氣管或支氣管內病灶切除、汽化，以緩解氣道阻塞症狀的治療方法。

三、治療的風險和機率

沒有任何醫療檢查或處置是完全沒有風險的。以下所列出的風險及併發症已被認定，但是仍可能有一些醫師無法預期的風險未被列出。

1. 麻醉藥方面：麻醉藥劑過敏、換氣不足、痙攣、喉頭痙攣。
2. 支氣管鏡檢查方面：支氣管或喉頭痙攣、缺氧、發燒及菌血症。
3. 支氣管鏡本身引起的氣胸機率約 0.4%，出血率約 0.2%，死亡率約 0.03%。
4. 經支氣管鏡肺切片：氣胸發生率約 4%，出血率約 2.1 %。
5. 氣管內雷射治療與電燒及氬氣電漿治療，預期會有更高的風險，所有併發症出現的比率在 2.3%到6.5%之間，超過250cc的出血比率為1%到10%，並伴隨有0.4%到1.6%的治療相關死亡率
6. 檢查後可能引起發燒（機率約 1/5）；
7. 檢查後可能引起肺部發炎（機率約 5/1000），須接受治療；
8. 因執行過程中所產生之喉頭痙攣、出血、氣胸或心血管疾病之併發症，嚴重者可導致呼吸衰竭或立即性之生命危險。
9. 血壓高的病人可能引發中風，故檢查前雖禁食，高血壓藥物仍建議服用。
10. 極少數患者於檢查中因局部麻醉藥物的關係，或暫時性缺氧，而產生短暫的精神錯亂、幻覺、躁動或全身僵直、無法言語（機率約 1/1000）；
11. 組織切片或刷拭可能發生氣管內出血，絕大部份在檢查過後 1~3 天內會有少量血痰，之後就自然消失。極少數的病患會出現氣管內大出血，血塊堵住氣管以致無法呼吸，引致腦部缺氧或死亡（本科統計機率約 1/2000）。
12. 因病情而須長期使用抗血小板或是抗凝血製劑之病人(如第 3 頁所列藥物)，於停止服用這些藥物期間有可能導致病情復發，如腦中風、心肌梗塞、肺動脈栓塞等，嚴重者可導致呼吸衰竭或立即性之生命危險。

（接說明書次頁）

頁數 1/4

※這份說明書是用來向您解說即將接受的檢查之目的與效益、方式以及可能的併發症，請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氬氣電漿治療
說明書暨同意書

(接說明書首頁)

四、治療的併發症及可能處理方式

支氣管鏡檢查依病人病況不同，有一定程度之風險。發生率較高的併發症如發燒、咳血等，通常為自限性，不需特別治療；此外，其他併發症處理方式如下：少許氣胸，可考慮觀察或細針抽吸；若發生大範圍氣胸則可能需置放引流管。細菌性肺炎發生時，須以抗生素治療。若不幸發生呼吸衰竭，則需要機械通氣及重症照護。

五、治療可能出現之暫時或永久症狀

治療後，因局部麻醉藥之故，短時間內可能會感覺頭暈、吞嚥困難等；另外，輕微咳嗽、咳血或發燒通常在檢查後三天內緩解。若不幸發生如呼吸衰竭、中風等嚴重併發症，可能對肺功能會有程度不一之影響。

六、不實施治療之後果及其他可能代替之方式

若您不願接受支氣管鏡二極體雷射治療或電燒治療，可能導致疾病治療成效不彰、症狀無法順利緩解。您也可以考慮請胸腔外科醫師做進一步治療的評估。

七、治療的前、中、後注意事項

1. 治療前：午夜十二時後需禁食（但降血壓藥物仍建議服用）；
2. 治療中：請配合檢查醫師指示；
3. 治療後：持續禁食至檢查結束一小時後，試著喝一小口水。如果不會嗆咳，可正常飲食；但若仍有嗆咳情形，請隔 15 分鐘後再試一次，直到完全不會嗆咳，始可正常飲食。另外，檢查後若出現高燒（體溫超過 38.5 度）、持續咳鮮血痰、或合併胸悶、胸痛、呼吸喘等情形，請就近至醫療院所求診。

八、健保給付說明

檢查若符合全民健保範圍，將依據全民健保給付規定辦理。但若醫療項目無法符合全民健保給付範圍，則將依照本院自費醫療給付辦法收費。

諮詢電話：胸腔部支氣管鏡室(02) 28712121 轉 3527 或 2163

頁數 2/4

※這份說明書是用來向您解說即將接受的檢查之目的與效益、方式以及可能的併發症，請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氬氣電漿治療
說明書暨同意書

支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氬氣電漿治療同意書

一、擬實施之治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：

2. 建議治療名稱：
 支氣管鏡及二極體雷射治療 支氣管鏡及氬氣電漿治療
 支氣管鏡及電燒術治療

3. 建議治療原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施治療之原因、目的 不實施治療之可能後果
 治療方式 其他可能替代之治療方式
 治療之風險和機率 檢查併發症及可能處理方式
 預期治療後可能出現之暫時或永久症狀
 如另有治療相關說明資料，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(處置/治療)問題，並給予答覆：

- (1) _____
(2) _____

說明醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分
執行醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

三、病人之聲明

我已確認有無下列各項會增加檢查風險性的問題（請打✓）：

- 有 無 曾因手術使用麻醉藥而引起不良反應。
有 無 曾對食物或藥物過敏；如有請填藥物或食物名稱：
有 無 過敏性氣喘。
有 無 目前正懷孕中。
有 無 曾發生心肌梗塞、急性腦中風、肺動脈栓塞或靜脈栓塞。
(註：若有上述病史者，於檢查前停用抗血小板或是抗凝血製劑期間有任何不適，請儘速就醫)
有 無 目前正服用抗血小板製劑或是抗凝血製劑，如：阿斯匹靈(Aspirin)、
保栓通(Plavix)、可邁丁(Coumadin)、普栓達(Pradaxa)、拜瑞妥(Xarelto)等。
有 無 有血液方面疾病，或曾經有拔牙、受傷、或手術後血流不止的情形。

請您仔細的閱讀，並徵求您親屬的同意。最後，希望您能由家屬陪同前來接受檢查。

◎如欲更改檢查時間，請於上班時間撥打檢查室：(02)28712121 轉 3527 或 2163

◎如有任何疑問，請於上班時間打詢問電話：(02) 28757563 或 28712121 轉 3527 或 2163

(接同意書次頁)

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氫氣電漿治療
說明書暨同意書

支氣管鏡二極體雷射治療與電燒及氫氣電漿治療同意書

(接同意書首頁)

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個治療的原因、目的、方式、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險及其他可能替代之治療方式。
3. 我瞭解在治療過程中，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。
4. 我瞭解這個治療可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
5. 針對我(病人)的情況、治療之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題與疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我 同意 不同意 進行此治療。

立同意書人： _____ 關係：病人之 _____ (本人、未成年人病人或無法親自
簽具病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人)

住址： _____ 電話： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

見證人： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

附註：

- 一、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。
- 二、見證人部分，如無見證人得免填載。