

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
支氣管鏡光動力治療說明書暨同意書

病室床號_____ / _____科別_____
病歷號_____ -
病人姓名_____ 性別 男 女
病人出生日期_____年_____月_____日

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。視臨床上的需求，可以對於支氣管鏡檢直接可見的病灶以細針抽吸、組織刷拭或切片以供微生物學、細胞學或病理檢查。支氣管鏡光動力治療可減少因支氣管內惡性腫瘤造成之氣道阻塞，緩解病人症狀。另外，針對早期支氣管內非小細胞肺癌、無法接受手術或放療之病患，亦可接受支氣管鏡光動力治療。

二、治療的方式

支氣管鏡檢查是一種內視鏡檢查。在施行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。在接受支氣管鏡光動力治療前，病患須接受靜脈注射光敏藥物；之後在支氣管鏡下，以特殊波長光源照射腫瘤組織，促使殘留在腫瘤內的光敏藥物產生細胞毒性、破壞腫瘤細胞。

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. 檢查後可能引起發燒（機率約 1/5）；
5. 檢查後可能引起肺部發炎（機率約 5/1000），須接受治療；
6. 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。
7. 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。
8. 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）；
9. 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。

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
支氣管鏡光動力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；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。此外，注射光敏藥物可能導致皮膚產生光敏感性。

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光動力治療，可能導致疾病治療成效不彰、症狀無法順利緩解。您也可以考慮接受支氣管鏡電燒術、支氣管鏡 Nd-YAG 雷射治療、或請胸腔外科醫師做進一步評估。

七、治療的前、中、後注意事項

1. 治療前：注射光敏藥物後，請遵從醫護人員指示避光；預備接受支氣管鏡的前一天午夜十二時後需禁食（但降血壓藥物仍建議服用）；
2. 治療中：請配合執行醫師指示；
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，治療離院後若出現高燒（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

治療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

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。

臺北榮民總醫院支氣管鏡光動力治療同意書

病室床號 _____ / _____ 科別 _____
病歷號 _____ -
病人姓名 _____ 性別 男 女
病人出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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：支氣管鏡光動力治療
3. 建議治療原因：

二、醫師之聲明

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

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施治療之原因、目的 | <input type="checkbox"/> 不實施治療之可能後果 |
| <input type="checkbox"/> 治療方式 | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之治療方式 |
| <input type="checkbox"/> 治療之風險及機率 | <input type="checkbox"/> 治療併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 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治療風險性的問題（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

◎如有任何疑問，請於上班時間打詢問電話：(02) 28757563 或 28712121 轉 2735

（接同意書次頁）

臺北榮民總醫院支氣管鏡光動力治療同意書

(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。
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。

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_____

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。