**經口內視鏡下食道括約肌切開術(POEM)**

**這份說明書是有關您即將接受的手術或醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請您仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術或醫療處置有任何的疑問，請再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。**

**◼ 何謂經口內視鏡食道括約肌切開術？**

經口內視鏡食道括約肌切開術(Per-Oral Endoscopic Myotomy, POEM)是用來治療食道蠕動功能異常疾病的一種微創內視鏡手術。此手術利用胃鏡及特殊的內視鏡手術刀在食道黏膜下層建立一隧道直達胃部賁門，利用隧道的途徑切開下食道括約肌與異常收縮的食道肌肉，達到與手術相似的效果。此內視鏡手術具有無體外傷口、術後恢復快速及安全性優於傳統治療等優點。治療效果上也與傳統治療不相上下或更優(如第三型的食道遲緩不能症)。

此技術目前主要用於治療食道遲緩不能症(Achalasia)，食道遲緩不能(Achalasia)是一種少見的食道蠕動功能異常疾病，致病機轉為食道肌肉收縮功能喪失與下食道括約肌放鬆失能導致吞嚥困難。初始症狀為偶有逆流症狀，經過數個月至數年開始進展道吞嚥困難與胸痛等情形，嚴重時則會有進食後嘔吐伴隨體重減輕等症狀，因進食狀況異常，病人逐漸減少對外的社交活動，嚴重影響生活品質，藉由經口內視鏡食道括約肌切開術可改善病人症狀。經口內視鏡食道括約肌切開術另對於食道胃交界口高壓堵塞、遠端食道收縮等食道蠕動功能異常疾病亦有功效。

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受經口內視鏡食道括約肌切開術(禁忌症)，請與您的醫師討論治療之適應症與相關風險**

1. 意識障礙、無法合作的病人。 2. 有無法控制的出血傾向的病人。

3. 有心肌缺氧或剛發生過心肌梗塞的病人。 4. 嚴重肺部疾病。

5. 之前進行過之治療影響到食道黏膜完整性之病人。

**◼ 治療前的準備**

1. **空腹準備：**

治療前二日:低渣或清流飲食(視症狀由醫師決定)

治療前一日:早上6點後禁食至隔日治療(包含任何飲料或飲水)，並於下午接受術前胃

鏡檢查清理食道殘餘食物

\* 糖尿病患者治療當日請勿服用口服降血糖藥物，注射胰島素患者請減量：

中長效胰島素注射1/2-2/3劑量，避免使用短效胰島素(若有疑問請與醫師討論)。

\* 高血壓患者仍可服用降血壓藥物。

2. 如需更改治療日期，請於預約治療日之前三日，電話聯絡 **(02)2871-2121 ext.1314, 聯絡時間：上午10:00-11:30，下午15:00-17:00**辦理，更改次數以一次為限。

**◼ 治療當日注意事項**

1. 攜帶物品：內視鏡檢查說明與治療同意書(閱讀及簽名)、健保卡、申請單。

2. 治療地點：中正樓13樓 【內視鏡診斷暨治療中心】。

3. 治療時間：於病房等候內視鏡中心通知

4. 有活動假牙須先取下並排空膀胱。

5. 手術需全身深度麻醉及呼吸道插管進行

6. 若有需要將額外增加下列自費項目(檢查人員將會為您或家屬說明並請填妥同意書)：

內視鏡注射針: $952-2,100/支; 內視鏡胃腸止血夾: $364/支;

內視鏡胃腸夾定位裝置:$500-550/支; 氬氣止血探頭(APC):$1,500/組

單次使用電燒刀:$11,200-33,000/支; 單次使用電燒止血鉗:$7,500/支;

玻尿酸:$2,016/支; 內視鏡專用先端處置蓋:$780/支;

（以上收費依院內實際進價動態調整）。

**◼ 治療後注意事項**

1. 治療後如有胸痛、腹痛、嘔吐等不適情形，請立即告知醫護人員處理。

2. 治療後進食時間及注意事項請遵照醫師或護理人員之指示。

　 3. 治療後醫師將會安排內視鏡與食道攝影追蹤以評估傷口情形。

4. 治療後須住院接受3-5天接受預防性抗生素治療

4.請注意下列事項：

* 依醫師指示可能需飲食控制及停止使用影響血液凝固的藥物數日，如抗凝血劑、抗血小板制劑、非類固醇類止痛消炎藥等。
* 一週內避免食用刺激辛辣 (如：菸、酒、濃茶、咖啡及含酒精等刺激性飲料)或不潔食物，以防止腸道過度刺激而導致切片傷口出血。
* 返家一週內勿行劇烈運動及腹部使力之運動，如騎腳踏車、打球、游泳或搬運重物。
* 若有嚴重劇烈腹痛、腹部異常脹大、發燒、解大量血便黑便情形，請迅速就醫。

**◼經口內視鏡食道括約肌切開術的醫療效益及可能發生的併發症**

1. 醫療效益：可改善食道遲緩不能症症狀，二年症狀緩檢比率為80-90%，與手術相當。
2. 可能發生的併發症：將近有一半的病人於術後可能會有皮下氣腫、縱膈腔充氣以及腹部充氣的狀況，但此氣體會自行吸收不會有造成臨床上病情之影響。另外有2.5%病人可能有氣胸的情形，1%的病人有出血或感染的情形，整體較嚴重之副作用約有3.2%，這些併發症大多透過保守性治療或抗生素治療即可治癒

**◼ 如不接受此項治療，請與您的醫師討論可能的替代方案**

1.手術治療。 2.經內視鏡肉毒桿菌注射或氣球擴張術。

3.不實施醫療處置可能的後果(可能無法獲得此項治療術提供之醫療效益)。

**◼ 醫師補充說明：**

**經口內視鏡食道括約肌切開術治療同意書**

|  |
| --- |
| 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 |

1. 擬實施之治療
   1. 疾病名稱：
   2. 建議治療：經口內視鏡食道括約肌切開術(POEM)
   3. 建議治療原因：
2. 醫師聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之原因、方式與範圍、治療之風險、治療之併發症及可能處理方式，如另有治療相關說明資料，已交付病人參考，並對病人之問題已詳細清楚一一答覆。

醫師簽名： 日期 年 月 日 時間： 時 分

1. 病人之聲明
   1. 我已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。同時我已確認有無下列各項問題(有打V，沒有打X)：

□是否服用抗凝血劑，如：

□Coumadin(可邁丁) □Aspirin(阿斯匹靈，博基) □Plavix(保栓通)

□Licodin(利血達) □Pradaxa(普栓達) □Brilinta(百無凝)

□Xareto(拜瑞妥) □Pletaal(普達)

□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□至檢查當日為止，我已停止使用上述藥物\_\_\_\_\_\_\_日

□因疾病因素，我尚未停止上述藥物

□是否有下列疾病

□青光眼 □攝護腺肥大 □心臟病(含心律不整、心律調器)

□懷孕 □結核病 □肝炎

□愛滋病 □藥物過敏 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□我已詳閱說明書並依說明書指示做檢查前準備，如禁食及清腸準備等。

1. 基於上述聲明，我已詳閱經口內視鏡食道括約肌切開術(POEM)說明書的醫療效益及可能產生的併發症並同意進行此治療
2. 若有需要，治療醫師依臨床判斷可能使用自費耗材(如說明書所列)

□我同意依醫師臨床判斷使用自費耗材(如注射針、止血夾或氬氣止血探頭)

□我不同意使用自費耗材(醫師僅使用健保給付耗材及治療術)

立同意書人簽名： 關係：病人之 電話：

住址：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

見證人簽名： 關係：病人之 電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

附註：

1. 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。
2. 見證人部分，如無見證人得免填載；但病人僅以蓋指印代替簽名，則需兩位見證人。