**上消化道內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術治療說明書**

**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。**

**◼ 何謂內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術？**

內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術皆為用來治療消化道早期癌、大型瘜肉或黏膜下腫瘤的進階內視鏡技術，利用此技術可以將腫瘤完整切除並保留器官，與傳統手術相比，具有無體外傷口、術後恢復快及提升長期生活品質之優點，且五年之早期癌治療效果與手術相當。

但並非所有消化道腫瘤皆適合接受此內視鏡治療，對於可能已有淋巴節轉移之消化道腫瘤並不適合接受此治療，如已侵犯至黏膜下層之消化道早期癌。因此於術前醫師可能會為您進一步安排內視鏡超音波、放大染色內視鏡或電腦斷層等評估腫瘤侵犯深度及淋巴轉移之機率，並與您討論是否適合接受內視鏡治療。但最終之判斷標準為腫瘤切除後之病理化驗，若病理化驗符合低淋巴轉移風險者，僅需定期術後追蹤；但若病理化驗為高淋巴轉移風險者，可能需進一步接受手術治療或化療。

**◼ 內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術之比較**

1. **內視鏡黏膜切除術：適合較小型且形狀規則之消化道腫瘤（<2公分），優點為治療時間短，費用低且安全性較高。缺點為不適合大型或有纖維化之病灶且術後傷口局部腫瘤復發比率較高。**
2. **內視鏡黏膜下剝離術：適合大型或有纖維化之病灶或黏膜下腫瘤，優點為腫瘤完整切除率高，傷口局部腫瘤復發率低。缺點為治療時間長，費用高及併發症較高。**

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術(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. 最近四小時內曾經進食的病人。

5. 已有淋巴轉移之腫瘤。

**◼ 治療前的準備**

1. **空腹準備：**

**( )** 上午治療：檢查前一日晚上12點後禁食(包含任何飲料或飲水)。

**( )** 下午治療：檢查日早上6點後禁食(包含任何飲料或飲水)。

\* 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)。

\* 高血壓患者當日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.1300,**

**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。

3. 麻醉內視鏡與其他內視鏡檢查，門診病人須經評估後事先由門診醫師開立，無法當日

更改或由內視鏡中心更改檢查項目。

**◼ 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：門診病人請依預約檢查單上指示時間報到 (接受麻醉鏡檢者，需完成麻醉咨詢並有成年家屬陪同，切勿自行開車)。

4. 有活動假牙須先取下並排空膀胱。

5. 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:$11,200-17,400/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. 門診病人請預約5-7天後返診追蹤 (病理報告需5個工作天)。

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。

5. 若接受麻醉內視鏡者：24小時內請多休息，切勿開車、操作機械、喝酒、做重大決定，以保障安全。下床需有人扶持，預防跌倒。

**◼ 內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術的醫療效益及可能發生的併發症**

1. 醫療效益：可完整切除消化道早期癌、大型瘜肉或黏膜下腫瘤並保留消化道器官，對於消化道早期癌的5年治療效果與手術相當。
2. 可能發生的併發症：消化道出血(5.5%)或穿孔(1.2-6%)、消化道狹窄。若發生上述併發症，將給予內視鏡止血或抗生素等內科治療，但若病情嚴重將會診外科醫師評估手術治療。

**◼ 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.化療或電療。

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：**

**上消化道內視鏡黏膜切除術/黏膜下剝離術治療同意書**

|  |
| --- |
| 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：上消化道內視鏡黏膜切除術(EMR)/黏膜下剝離術(ESD)
   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、心律調節器)

□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，我已詳閱上消化道內視鏡黏膜切除術(EMR)/黏膜下剝離術(ESD)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。