**內視鏡熱射頻治療說明書**

**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。**

**◼ 何謂內視鏡熱射頻治療(Endoscopic Radiofrequency ablation)**

　 內視鏡熱射頻治療(Endoscopic RFA)是用來治療巴瑞氏食道炎合併分化不良的進階內視鏡技術，近年來也開始使用於早期食道腫瘤，目前主要分為環狀(HALO 360)及局部(HALO 90)兩款探頭。患者在全身麻醉的情形下，由醫師藉由內視鏡的操作，將特製的電極板置入患者食道中，之後再接通電流，依序將整段食道病變進行燒灼，優點為可將食道黏膜內的腫瘤做大範圍的去除，並均勻地將食道表皮燒灼於固定深度(0.1cm)內，因而較少出現因燒灼過深而產生食道穿孔或術後狹窄的併發症。但是因為是採用燒灼術去除腫瘤，因此術後並無檢體可送病理檢驗。

　目前此技術在歐美國家多應用於巴瑞氏食道炎的根除。在亞洲，亦開始發展於早期食道癌的消除，但若是食道病變的型態屬於突出型，則因燒灼的接觸面無法均勻，因此較不適合。另外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檢查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。如果癌細胞已侵犯到很深的黏膜下層，因為具有相當高的淋巴結轉移機率，所以不適合做內視鏡射頻腫瘤去除術，而應採化學治療、放射線治療或外科手術治療。

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受內視鏡熱射頻治療(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)：

HALO360熱射頻治療探頭:$98000-$100000 HALO 90熱射頻治療探頭$65000-$75000

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

單次使用電燒止血鉗:$7,500/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.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、咖啡或含酒精等刺激性飲料)或不潔食物，以防止胃腸道過度刺激而導致切片傷口出血。
* 返家一週內勿進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。

4. 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。

**◼ 內視鏡熱射頻治療的醫療效益及可能發生的併發症**

1. 醫療效益：在巴瑞氏食道炎的病人消除腸化生組織的成功率為62-77%，低度分化不良成功率91%，高度分化不良為81-86%，並可降低食道癌發生率。對於消化道早期麟狀上皮癌的治療成效方面，目前案例術仍少，尚無定論，現今報告的一年治療成功率約在50-97%間。
2. 可能發生的併發症：一般而言，術後會有胸痛及吞嚥疼痛的狀況，大多在術後隔天即可開始進食，建議初期盡量食用軟質食物，並注意是否有上消化道出血的情形。根據文獻記載，其他可能產生的主要併發症包括食道狹窄(14%)、食道出血(<1%)、食道穿孔(<1%)等，如果狹窄，可以食道氣球擴張術處理；如果出血，除須進行必要之輸血外，可進行內視鏡止血術。若有穿孔，微小破孔可用內視鏡止血夾將破孔關閉，若破孔合併感染情形及持續劇烈疼痛之症狀，應立即接受外科手術處理。在治療後，若發生有癌細胞殘留或復發之情形，可以視情況再施行同樣的術式，或使用內視鏡氬氣電漿凝固術(APC)做輔助治療。

**◼ 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.內視鏡黏膜下剝離術。

3.內視鏡黏膜切除術。　 4.光動力療法。

5.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：**

**內視鏡熱射頻治療同意書**

|  |
| --- |
| 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：內視鏡熱射頻治療
   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，我已詳閱內視鏡熱射頻治療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，依個人意願，我選擇
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。