**消化道內視鏡擴張與支架置入說明書**

**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。**

**◼ 何謂消化道內視鏡擴張與支架置入術?**

消化性潰瘍、嚴重胃食道逆流、食道遲緩不能症、消化道腫瘤、發炎性腸道疾病或內視鏡治療術後皆可能造成消化道狹窄阻塞，臨床症狀依狹窄部位有不同之表現，如吞嚥困難、嘔吐、腹痛、便秘等。內視鏡擴張術是利用內視鏡到達阻塞處，然後使用經內視鏡氣球或硬式通條將狹窄處擴張，可改善臨床症狀。但因再狹窄機率高，您通常需接受多次療程，逐步將狹窄處擴張。

內視鏡支架置入術為利用內視鏡，將一鎳鈦金屬編織之管狀支架置入狹窄處並將其擴張，通常用於惡性腫瘤造成之消化道阻塞。

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受消化道內視鏡食道擴張或支架置入術(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。

**◼ 治療前的準備**

1. **空腹準備：**

**( )** 接受上消化道治療者：治療前一日晚上10點後禁食(包含任何飲料或飲水)。

**( )** 接受下消化道治療者：需服用瀉藥（詳見最後頁說明），並依下列指示準備：

**可食** 低渣飲食：白吐司、稀飯、麵條、肉鬆、去皮去筋之肉、魚類、蒸蛋、嫩豆腐、過濾蔬菜汁或去莖、梗、老葉之嫩葉菜(如菠菜、莧菜)、去皮去籽之瓜類(如冬瓜、大黃瓜)、白蘿蔔、胡蘿蔔、過濾果汁等。

**治療**

**前二天**

**忌食** 糙米飯、高纖蔬菜(芹菜、竹筍)、未過濾果汁、油炸食物、含筋皮肉類、奶製品(牛奶、羊奶、奶酪、優酪乳)、葡萄汁。

**可食** 無渣的清流質飲食：去油清湯、米湯、雞精、過濾果汁、運動飲料、碳酸飲料、蜂蜜、糖水、鹽水、黑咖啡、茶等。

**治療**

**前一天**

**忌食** 牛奶、豆漿。

**治療當天：**

\* 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。

* 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。

* 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)：

內視鏡用消化膽道氣球擴張導管: $14,000/組

（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. 如接受擴張或支架置入術者，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。

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。

**◼ 消化道內視鏡食道擴張與支架置入術的醫療效益及可能發生的併發症**

1. 可擴張狹窄部位，改善臨床症狀，如吞嚥困難或嘔吐等，提升生活品質。
2. 可能發生的併發症：出血(0.2-2%)、穿孔(0.1-0.6%)(惡性腫瘤、放射治療造成之消化道狹窄或有憩室等為高風險)或菌血症。其他如吸入性肺炎或心肺功能的窘迫造成休克、心跳及呼吸停止(0.01~0.5%)等少見之併發症。

**◼ 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. 肉毒桿菌或類固醇注射。

3. 不實施醫療處置可能的後果(無法獲得此項治療術提供之低侵襲性治療方式之好處)。

**◼ 醫師補充說明：**

|  |
| --- |
| 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 |

**消化道內視鏡擴張與支架置入同意書**

1. 擬實施之治療
   1. 疾病名稱：
   2. 建議治療：消化道內視鏡擴張與支架置入
   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，我已詳閱消化道內視鏡擴張與支架置入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。

