**經皮內視鏡胃造瘻術說明書**

**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。**

**⯀ 何謂內視鏡胃造瘻手術?**

在需要長期以鼻胃管灌食之患者，如呼吸衰竭氣切者、中風、癌症(頭頸鼻咽癌、食道癌)等，因無法經由口腔進食，胃造瘻手術提供管道攝取營養，並避免長期鼻胃管放置所引起的不適及併發症(如吸入性肺炎、鼻腔出血、慢性鼻腔感染等)及提高病人的舒適及美觀。

傳統的胃造瘻手術必須在開刀房剖腹進行，有較高的手術與麻醉風險。內視鏡胃造瘻手術是藉由內視鏡協助下作腹部定位及胃造瘻管置入，大部分病人僅需皮膚局部的麻醉且僅有約1公分左右的傷口，大幅減少手術的併發症。

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受內視鏡胃造瘻手術(禁忌症)，請與您的醫師討論治療之適應症與相關風險**

1. 生命短暫(少於4週)。 2. 無法安全地接受內視鏡操作。

3. 曾經執行腹部手術。 4. 腹水患者。

5. 凝血功能障礙患者。 6. 患有惡性腫瘤，腫瘤嚴重侵犯胃壁者。

7. 高位橫結腸、嚴重左葉肝腫大或食道狹窄。

**◼ 治療前的準備**

1. **空腹準備：**

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

**( )** 下午治療：治療日早上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. 治療前一天給予預防性抗生素並完成口腔清潔(漱口水漱口或以棉棒清潔口腔)。

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. 治療前可能使用的藥物：

⚫平滑肌鬆弛劑(Butylscopolamine注射)：減少胃腸道收縮，使檢查過程順利。

⚫Demeral注射(嗎啡類止痛藥): 緩解治療時疼痛。

⚫消脹氣藥物(Gascon滴劑)：減輕腹脹情形，讓您檢查過程較順利。

⚫喉嚨噴灑局部麻醉劑 (xylocaine)：減少管子置入時的不適感，請含住1~2分鐘。

6. 治療開始時，醫師會將內視鏡置入您的胃部並給予大量氣體使胃部膨脹，此方式可協助醫師做腹部定位。

7. 定位後會給予局部皮膚注射麻醉劑，並將腹壁切開約1公分左右傷口。

8. 在內視鏡導引下，胃造瘻管將經由口腔、食道至胃部，由腹壁傷口穿出體表並固定及完成此項治療。

**◼ 治療後注意事項**

1. 禁食24小時之後由醫師決定開始灌食時間。

　 2. 開始灌食時，先用溫開水100ml灌入後觀察，若無不適（噁心、嘔吐、嗆咳等）即可灌食，灌食量由50ml開始，再依消化情形逐量增加。

　 3. 術後三天內以優碘及生理食鹽水清潔胃造口，三天後如無紅腫，以生理食鹽水清潔。

4. 居家照護每日檢查管路上刻度，確定管路位置及是否有破損、扭折。並以消毒棉棒沾生理食鹽水（或煮過之冷開水）由造口中心向外擦拭胃造口並保持乾燥。

5. 觀察胃造口是否有紅腫、疼痛、不尋常出血、滲出液或分泌物，避免過度拉扯及墊過厚Ｙ紗。

◼ **經皮內視鏡胃造瘻術的醫療效益及可能發生的併發症**

1. 與傳統胃造瘻手術相比，內視鏡胃造瘻術可降低手術的併發症及麻醉風險。同時可減少長期鼻胃管置放產生的不適及併發症。
2. 可能發生的併發症：

⚫ 造瘻管相關的併發症：疼痛、餵食管滑脫或阻塞。造瘻管旁邊造成的滲漏，約<5%。

⚫ 術後感染：傷口周圍的蜂窩性組織炎，約5-30%；腹膜炎，約<5%。

⚫ 胃出血：機率為2.5％。

⚫ 吸入性肺炎：少見。

⚫ 腸穿孔或胃-大腸-皮膚瘻管：機率<1％。

⚫ 其它：心律不整、休克等。

**◼ 如不接受此項治療，請與您的醫師討論可能的替代方案**

1. 全身麻醉下腹腔手術胃造瘻。

2. 放射線X光導引下胃造瘻。

3. 長期使用鼻胃管灌食。

4. 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 |

**經皮內視鏡胃造瘻術同意書**

1. 擬實施之治療
   1. 疾病名稱：
   2. 建議治療：經皮內視鏡胃造瘻術
   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，我已詳閱經皮內視鏡胃造瘻術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。