

膠囊內視鏡檢查說明書

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。

■ 膠囊內視鏡檢查之方法及目的

膠囊內視鏡檢查是利用一個包覆完整的微型攝影機，以每秒兩張照片的速度連續拍攝 8 小時，來獲取消化道內相片。其吞入口中後，將經由口腔、喉頭，進入食道、胃、小腸、大腸，最後經肛門口自然排出。膠囊內視鏡在上消化道及下消化道影像上，無法如傳統內視鏡般全面，因此主要用途在於檢查傳統內視鏡較難到達的深部小腸。可用來診斷發炎、潰瘍、出血、腫瘤等疾病，但受限於腸道蠕動及腸道中正常分泌之腸液干擾，目前診斷率約為 50-80%。且無法直接取得組織切片送病理化驗，因此如有病灶須化驗或治療，仍需進一步進行深部小腸鏡檢查。

膠囊內視鏡目前為健保部分給付品項，本院價格含全新膠囊(約 39000 元)及判讀費用(約 23000 元，健保條件式給付)共約 63000 元。(以上收費依院內實際進價動態調整)

■ 有以下情況的病人，可能並不適合接受膠囊內視鏡檢查(禁忌症)，請與您的醫師討論檢查之適應症與相關風險。

1. 懷疑阻塞性腸道疾病、過去曾接受繞道手術者的病人。
2. 意識障礙、無法合作的病人。
3. 懷孕。
4. 裝有心律調節器。
5. 無法吞嚥的病人。
6. 近期需接受核磁共振患者。

■ 檢查前的準備

1. 空腹準備：

- () 檢查前一日晚餐飯後晚上 8-12 點請服用 Klean prep 2 包+2000c. c. 水，之後再喝 1000~2000c. c. 水直到糞便呈現清澈水狀。
- () 檢查前一日晚餐飯後晚上 8-9 點飯後服用瀉藥 Klean prep 1 包+1000c. c. 水後再喝 1000c. c. 水，檢查當日上午 5-6 點服用 Klean prep 1 包+1000c. c. 水後再喝 500c. c. -1000c. c. 的水。
- () 檢查前一日晚上 12 點後禁食(可喝水)。
- () 其他_____。

* 糖尿病患者檢查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. 由於膠囊內視鏡為電子產品，且依賴無線傳輸器，如患者當日於本院有安排其他檢查，請與醫師討論檢查時間。
3. 如需更改檢查日期，請於預約檢查日之前三日，電話聯絡檢查單位(02-7735-1300)，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。

■ 檢查當日注意事項

內視鏡診斷暨治療中心膠囊內視鏡檢查說明書暨同意書

E (2018.2)

1. 攜帶物品:內視鏡檢查說明與治療同意書、自費同意書(閱讀及簽名)、健保卡、申請單。
2. 檢查地點/時間:依檢查約定時間至中正樓13樓【內視鏡診斷暨治療中心】報到。
3. 服裝:當日盡量穿著上、下二件式服裝(如必要時方便黏貼腹部貼片)。如有較多腹部體毛可先行刮除。
4. 如膠囊內視鏡未於3小時內進入小腸,則可能需要立即施行上消化道內視鏡將膠囊置入小腸中。

■ 服用膠囊後流程:

1. 首先先服用約10ml的Semithicone消氣泡液體,休息約15-20分鐘後吞入膠囊。
2. 吞下膠囊後2小時(約10:30),請返回內視鏡中心進行即時影像檢查,
→如膠囊已進入小腸,30分鐘後(約11:00)可以開始攝取清澈的流質飲食,如開水、運動飲料(勿攝取深色流質飲食,如西瓜汁、葡萄汁等);2小時後(13:00)可以吃一些清淡軟質的食物,如三明治或稀飯。在整個檢測結束(16:30)才可以恢復正常的飲食。
→如膠囊尚未進入小腸,則請患者繼續禁食,並走動1小時,之後再返回內視鏡中心進行一次影像檢查(11:30),如仍未進入小腸,則考慮使用內視鏡推入小腸。確定進入小腸後,可攝取清流質飲料(12:00),再過2小時後(14:00)可吃軟質食物。
2. 當日下午16:30請返回內視鏡中心,拆除貼片,回收紀錄器。
3. 膠囊內視鏡檢測會持續8-10小時,在這段時間內,請患者不可以移開裝置記錄器腰帶,並盡量遠離一切有電磁性的物品如核磁共振、無線錄音機等。

■ 檢查後注意事項

1. 膠囊無須回收,但請患者注意膠囊是否已隨著糞便排出體外,並於回診時告知醫師。
2. 若不能確定膠囊是否排出體外,且有不明腹痛、嘔吐或有其他不適症狀,請立即回診,確定膠囊是否排出。

■ 膠囊內視鏡的醫療效益及可能發生的併發症及處理方式

1. 膠囊內視鏡可檢查食道、胃及小腸等內視鏡無法探查的部位是否有病灶。主要可用於:
不明原因的消化道出血(排除上下消化道,或有其他小腸出血證據)
不明原因腹痛、懷疑腸道疾病
不明原因腹瀉
懷疑小腸腫瘤
貧血
2. 膠囊內視鏡有1%機率會滯留於腸道中,此時可能會需使用小腸鏡或手術取出。

■ 如不接受此項檢查,請與您的醫師討論可能的替代方案

1. 上、下消化道攝影檢查。
2. 電腦斷層檢查。
3. 血管攝影(急性出血)。
4. 紅血球核子攝影(慢性出血)。
5. 不實施醫療處置可能的後果(可能無法診斷而影響處置及治療效果/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:

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
內視鏡診斷暨治療中心膠囊內視鏡檢查說明書暨同意書

E (2018.2)

膠囊內視鏡檢查同意書

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

一、擬實施之檢查

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查：膠囊內視鏡(Capsule)檢查

3. 建議檢查原因：

二、醫師聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查之原因、方式與範圍、檢查之風險、檢查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

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
內視鏡診斷暨治療中心膠囊內視鏡檢查說明書暨同意書

E (2018.2)

三、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：

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coumadin(可邁丁) | <input type="checkbox"/> Aspirin(阿斯匹靈，博基) | <input type="checkbox"/> Plavix(保栓通) |
| <input type="checkbox"/> Licodin(利血達) | <input type="checkbox"/> Pradaxa(普栓達) | <input type="checkbox"/> Brilinta(百無凝) |
| <input type="checkbox"/> Xareto(拜瑞妥) | <input type="checkbox"/> Pletaal(普達) | |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 青光眼 | <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 | <input type="checkbox"/> 心臟病(含心律不整、心律調節器) |
| <input type="checkbox"/> 懷孕 | <input type="checkbox"/> 結核病 | <input type="checkbox"/> 肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 愛滋病 | <input type="checkbox"/> 藥物過敏 _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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。

立同意書人簽名：

關係：病人之

電話：

身分證統一編號／居留證或護照號碼：

住址：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

見證人 1 簽名：

關係：病人之

電話：

身分證統一編號／居留證或護照號碼：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

見證人 2 簽名：

關係：病人之

電話：

身分證統一編號／居留證或護照號碼：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

附註：

- 一、 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。
- 二、 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。