

高解析度食道壓力檢查說明書

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。

■高解析度食道壓力檢查目的及方法

食道壓力檢查主要是用來進行結構性阻塞性疾病(如食道腫瘤、食道潰瘍)所引起的吞嚥困難與吞嚥疼痛、非心臟疾病所引起的胸痛以及全身性硬化症等食道蠕動疾病的診斷；另外他也可被用在胃食道交界下食道括約肌的位置量測以進行24小時食道酸鹼值檢查之準備與治療困難的胃食道逆流症評估。高解析度食道壓力檢查是利用一個具有36個測量器的導管，經由鼻腔置放於食道中，利用固態壓力感測器的方式量測您的食道壓力，繪製完整清楚的食道壓力圖。檢查時您需要躺在檢查床上盡量放鬆心情，配合進行吞嚥檢查，由醫師及技術人員觀察導管另一端連接電腦所顯示的食道壓力及蠕動的變化。檢查過程所需花費的時間約30到60分鐘。部分食道弛緩不能或無法自行良好吞嚥的病人，我們將利用上消化道內視鏡導引置放檢查導管至適當位置進行檢查。

■有以下情況的病人，可能並不適合接受高解析度食道壓力檢查(禁忌症)

1. 曾接受鼻手術或者受傷
2. 服用抗凝血劑或者適有凝血功能疾病
3. 意識不清或無法配合吞嚥者

■檢查與治療前的準備

1. 空腹準備：

- () 上午檢查：檢查前一日晚上12點後禁食。
- () 下午檢查：檢查日早上6點後禁食。

* 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. 檢查前三日請停止使用影響腸胃蠕動的藥物：_____
3. 如需更改檢查日期，請於預約檢查日之前三日，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。

■檢查與治療當日注意事項

1. 攜帶物品：內視鏡中心檢查說明與治療同意書(閱讀及簽名)、健保卡、申請單。
2. 檢查時請穿著上下兩件式舒適的服裝。(勿著連身衣服)
3. 檢查地點：中正樓13樓【內視鏡診斷暨治療中心】。
4. 到檢時間：門診病人請依預約檢查單上指示時間報到。
5. 檢查前可能使用的藥物：
 - 管子上會塗抹少許的潤滑麻醉劑(xylocaine)：減少管子置入時的不適感。

■檢查與治療後注意事項

1. 檢查後如有腹痛、嘔吐等不適情形，請立即告知醫護人員處理。

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
內視鏡診斷暨治療中心高解析度食道壓力檢查說明書暨同意書

E (2018.2)

2. 原可進食者，於檢查後即可進食（可先試喝一口開水，沒有噎到或是其它不適，便可進食）。
3. 門診病人於 7 天以後返診看報告追蹤（報告約需 5 個工作天）。

■ 高解析度食道壓力檢查的醫療效益及可能發生的併發症與處理方式

經由高解析度食道壓力檢查，您可能獲得以下所列的效益：即高解析度食道壓力檢查可量測您的食道蠕動功能，協助相關症狀的診斷，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。

1. 可能發生的副作用：檢查過程中可能會伴隨噁心、嘔吐，檢查後可能有喉嚨痛、流鼻血、鼻塞，這些副作用大多為自限性，休息後即可恢復。
2. 可能發生的併發症：併發症部分，目前全世界僅有一例食道穿孔案例發生（小於萬分之一），如果發生穿孔，將立即給予抗生素，並知會外科醫師評估必要的手術治療。
3. 沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，上述及以下所列的風險和併發症已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。

■ 如不接受此項檢查與治療，請與您的醫師討論可能的替代方案

1. 上消化道攝影檢查。
2. 吞嚥影像攝影檢查。
3. 上消化道內視鏡檢查。
4. 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）。

■ 醫師補充說明與病人詢問：

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高解析度食道壓力檢查說明書暨同意書

E (2018.2)

高解析度食道壓力檢查與治療同意書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - <input type="checkbox"/>
病人姓名_____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病人出生日期____年____月____日

一、 擬實施之檢查與治療

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查與治療：高解析度食道動力學檢查

3. 建議檢查與治療原因：

二、 醫師聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查與治療之原因、方式與範圍、檢查與治療之風險、檢查與治療之併發症及可能處理方式，如另有治療相關說明資料，已交付病人或病人以外之立同意書人參考，並對病人或病人以外之立同意書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高解析度食道壓力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、替代方案與可能產生的併發症，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(如 Lidocaine) _____

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：

身分證字號：

住址：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

見證人簽名：

關係：病人之

電話：

身分證字號：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

見證人簽名：

關係：病人之

電話：

身分證字號：

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。