

## 24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查說明書

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。

### ■24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查目的及方法

「胃食道逆流疾病」是臨床上常見的胃腸疾病，此類疾病主要是因胃酸逆流至食道，使胃酸和食道黏膜接觸所引起的。典型的症狀包含胃酸倒流，火燒心等；其他表現則包括耳鼻喉方面的症狀(如喉頭異物感、慢性咳嗽)、胸痛、氣喘等等。以往在台灣，胃食道逆流的診斷主要是透過胃鏡檢查，但絕大部分的患者，胃鏡的檢查可能正常，為了更進一步正確的了解症狀產生的原因以及使用適當的藥物，我們可以使用 24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查，來幫忙作為「胃食道逆流疾病」或其他相關症狀的診斷工具。另外有些被認為是「胃食道逆流疾病」的患者，在服用標準的制酸藥物後，症狀仍然持續，我們也可以利用這項檢查，來幫忙確定症狀產生的原因。

本檢查方式是透過非常細小的導管，經由鼻腔將管線置放於食道上，定位於適當位置，以測量食道中的酸鹼值及電子阻抗，進而評估食道逆流的成份，方向，酸鹼度，以及持續的時間，並且與您的症狀的關聯程度。管子的另一頭是接上一台小型電腦(大小約手掌大)，在你的腰間，雖然管線需經由鼻腔至食道，但因管線十分細小，應不會影響患者生活起居與飲食，同時也請您不要因為身體多了根管子，而改變您平常的飲食及作息，因為這樣可能會影響結果的判讀。在檢查過程中，您需利用電腦與紙本記錄自己的用餐時間、任何不舒服症狀產生時間、睡眠時間等，進行 24 小時的監測後，隔日，您必須回到醫院移除導管，我們會將記錄的資料透過藍芽傳輸送至電腦內，並搭配您的記錄單，藉以評估是否符合「胃食道逆流疾病」的診斷，以利後續的處置及治療。

### ■有以下情況的病人，可能並不適合接受 24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查(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.  檢查前七日起需停止抑制胃酸的藥物(PPI): \_\_\_\_\_
2.  檢查前不需停止使用抑制胃酸的藥物(PPI): \_\_\_\_\_
3.  檢查前三日起需停止影響腸胃蠕動的藥物(含 Metoclopramide, domperidone, buscopan, mosapride): \_\_\_\_\_
4.  檢查前二日起需停止抑制胃酸的藥物(H2 blockers): \_\_\_\_\_
5.  檢查前二日起需停止抑制鈣離子阻斷劑(Calcium channel blockers): \_\_\_\_\_
6.  檢查前一日起需停止制酸劑(Antiacids): \_\_\_\_\_
7. 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。

#### ■ 檢查中需注意事項

1. 檢查需時 24 小時，檢查中一切生活如常，飲食起居勿刻意改變。但洗澡暫停，且勿食用太酸、太鹼或太刺激的飲食。
2. 請將躺下、起床、飲食時間吃藥時間以及不適的狀況記在記錄紙上以及使用機器記錄。
3. 檢查中如有疑問，請與檢查單位電話聯絡，除指示外，請勿自行調整或取下儀器。

#### ■ 檢查與治療後注意事項

1. 請於約定時間\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時回來取下儀器，判讀資料。
2. 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。
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)。

#### ■ 24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查的醫療效益及可能發生的併發症與處理方式

經由 24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查，您可能獲得以下所列的效益：24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查可對上消化道症狀之原因如胃食道逆流做觀測與分析，了解相關症狀可能的成因。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，目前全世界尚未有報導的併發症。
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. 上消化道內視鏡檢查。
2. 24 小時酸鹼值檢查。
3. 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

24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查同意書

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：24 小時食道酸鹼值阻抗測定檢查說明書

3. 建議檢查與治療原因：

二、 醫師聲明

三、 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

四、 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：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <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)      |  |

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 (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：

- 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。
- 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。