**氣囊輔助型小腸內視鏡檢查與治療說明書**

**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。**

**◼ 何謂氣囊輔助型小腸鏡?**

 一般人的小腸長度約為4-6公尺，不管是傳統的胃鏡或大腸鏡皆無法對小腸做完整的深入檢查。所謂的氣囊輔助型小腸鏡是利用一內視鏡外套管及氣囊固定拉扯小腸，將小腸縮短以達到更深入地插入，一般來說，可分為經口端或經肛門端插入，醫師將依病灶的可能位置選擇插入之方向。若要接受全小腸檢查之病人，可能需接受兩次小腸鏡檢查（經口端及經肛門端），約有50%的病人可以達到全小腸檢查之目標。此外，小腸鏡檢查必須在全身麻醉下進行，每次檢查時間約需1.5-2小時。

 一般小腸鏡的適應症如下：懷疑小腸出血、小腸腫瘤或瘜肉、小腸結核、小腸狹窄或發炎性腸道疾病等。

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受氣囊輔助型小腸鏡檢查(禁忌症)，請與您的醫師討論檢查之適應症與相關風險**

 1. 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. 不適合接受麻醉內視鏡者。

**◼ 檢查前的準備**

 1. **空腹準備：**

 **( )** 經口端小腸鏡檢查：檢查前一日晚上10點後禁食(包含任何飲料或飲水)。

 **( ) 經肛門端**檢查：需服用瀉藥（詳見最後頁附件說明），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。

**檢查**

**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。

**檢查**

**前一天**

 **忌食** 牛奶、豆漿。

**檢查當天：**

 \* 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。

**◼ 檢查當日注意事項**

 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. 檢查地點：中正樓13樓 【內視鏡診斷暨治療中心】。

 3. 到檢時間：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)：

 內視鏡注射針: $952-2,100/支; 內視鏡胃腸止血夾: $364/支;

內視鏡胃腸夾定位裝置:$500-550/支; 氬氣止血探頭(APC):$1,500/組

 小腸鏡外套管:$29,350/組 （以上收費依院內實際進價動態調整）。

**◼ 檢查後注意事項**

 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。

 2. 檢查後進食時間及注意事項請遵照醫師或護理人員之指示。

 3. 如有接受小腸鏡止血、瘜肉切除或擴張術者，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。

 5. 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。

**◼ 氣囊輔助型小腸鏡的醫療效益及可能發生的風險及併發症**

1. 氣囊輔助型小腸鏡可用來檢查小腸病灶，同時可執行下列進階檢查：
* 切片檢查：用來確定病灶本質。
* 瘜肉切除術：較大之瘜肉可利用內視鏡電燒切除，兼具病理化驗與治療之目的。
* 止血：如有小腸出血，可進行局部注射、氬氣止血或使用止血夾等方式止血。
* 異物取出：小腸內異物取出。
* 狹窄擴張：如克隆氏症或小腸潰瘍導致的小腸狹窄。
1. 可能發生的**風險及**併發症：出血(0.2%)或腸穿孔(0.1-0.4%)(特別是在瘜肉切除或異物取出術後)、胰臟炎(0.2-0.5%)。心跳及呼吸停止(0.05%)。

**◼ 如不接受此項檢查，請與您的醫師討論可能的替代方案**

 1.小腸鋇劑攝影檢查。 2.電腦斷層或核磁共振檢查。

 3.膠囊內視鏡檢查。 4.血管攝影(急性出血)。

 5.紅血球核子攝影(慢性出血)。

 6.不實施本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：**

|  |
| --- |
| 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 |

**氣囊輔助型小腸內視鏡檢查與治療同意書**

1. 擬實施之檢查與治療
	1. 疾病名稱：
	2. 建議檢查與治療：氣囊輔助型小腸內視鏡檢查與治療
	3. 建議檢查與治療原因：
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，我已詳閱氣囊輔助型小腸內視鏡檢查與治療說明書的醫療效益及可能產生的併發症並同意進行此檢查，依個人意願，我選擇

□僅做檢查

□進行檢查及同時接受必要之處置及治療(包含切片檢查、瘜肉切除、止血、擴張等)

1. 若有需要，執行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。

****