**內視鏡減重術說明書**

**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。**

**◼ 何謂內視鏡減重術(Intragastric balloon insertion)？**

 所謂內視鏡減重術，是利用內視鏡的方式進行相關治療，以協助減輕體重。胃內水球置入術是透過內視鏡在胃中放一個400-700毫升的水球，透過水球填充胃部，佔據胃部空間，產生飽食感，以降低食物攝取量的方式來達到臨時減重的效果，在內科減重方式中為較具侵入性的減重方式，可達成臨時減重的效果。為達到長期減重效果，病患在進行治療的同時，必須同時配合長期飲食和行為監控調整計畫，才能提高長期維持減重成效的可能性。

 但並非所有體重過重的病人均適合進行治療，目前建議適用的病人對象為：

(1) **嚴重肥胖病人**（身體質量指數BMI≧37，或BMI介於32至37間同時罹患肥胖併發症）接受減重手術前，可採用此療法暫時減重，以降低手術風險。

(2) **不想接受減重手術之嚴重肥胖病人**。

(3) **因肥胖而明顯影響健康（BMI 30以上）**且病人具有**肥胖相關的重大健康風險**以及實施嚴格型為監控計畫下仍未能減重的情形下。

**◼**　**胃內水球置入術的執行方式如下：**

(1) 水球置入

如同一般胃鏡檢查，在禁食至少8小時之後，麻醉的狀況中，在胃鏡的觀察下，將一個矽膠材質的扁氣球，從嘴巴置入胃部，之後再注入約400-700cc（平均約500cc）含染劑如甲基藍的生理食鹽水，亦即在胃部放一個500cc的水球，約需20-40分鐘完成。

(2) 水球取出

經過六個月的飲食調適以及減重後，水球需取出以防止水球滲漏。取出前一天只吃清流質飲食，後禁食至少8小時。在麻醉的狀況中，以及胃鏡的觀察下，先利用穿刺針刺穿水球並抽出所有生理食鹽水後，再利用取水球專用夾子將水球取出。此過程約需30-60分鐘完成。

**◼ 有以下情況的病人，可能並不適合接受內視鏡減重術(Intragastric balloon insertion)，請與您的醫師討論治療之適應症與相關風險。**

1. 嚴重胃腸道的發炎疾病，包括：嚴重食道炎、胃或十二指腸潰瘍、癌症、或克隆氏症之類的特殊發炎疾病。

2. 可能造成上消化道出血情況，例如：食道或胃靜脈曲張、先天或後天腸道微血管擴張、或胃腸道的其他先天異常(例如：閉鎖或狹窄)。

3. 嚴重裂孔疝氣(Hiatal Hernia)。

4. 食道或咽喉結構異常(例如狹窄或憩室)。

5. 所有不允許接受選擇性內視鏡檢查或增加內視鏡危險性的情形。

6. 過去曾經接受胃或腸手術。

7. 服用阿斯匹林抗發炎藥物、抗凝血劑或其他胃的問題而未受到醫療監督的病人。

8. 對亞甲藍液(methylene blue)或染劑過敏。

9. 嚴重的疝氣(>5cm) 。

10. 懷孕或哺乳的婦女。

11. 酒精成癮或吸毒。

12. 嚴重精神疾病 。

13. 不願意進行飲食調整與行為監控調整的病人。

**◼ 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. 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)：

 胃內水球: $77000-78000/組; 染劑: $1000-2000/支

（以上收費依院內實際進價動態調整）。

**◼ 治療後注意事項**

 1. 治療後如有腹痛、嘔吐等不適情形，請立即告知醫護人員處理。

 2. 治療後進食時間及注意事項請遵照醫師或護理人員之指示。

 3.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。
* 逐步配合衛教指引中的飲食調適建議(清流質→流質→軟質→低熱量均衡飲食)來進食以減少不適感與增加減重成效。
* 尿液呈現藍色時，表示水球滲漏，要立即與醫師聯絡並取出水球。
* 水球置入六個月後一定要取出。

 4. 若接受麻醉內視鏡者：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。

**◼ 內視鏡減重術的醫療效益及可能發生的併發症**

1. 醫療效益：患者在接受胃水球置入六個月後，平均能減少15.4公斤的體重(0-35kg)，或者是過多體重之40.1-50.8%，且發現血壓，血糖，血脂肪，肝功能和代謝症候群皆有明顯改善。病人遵從醫師和營養師醫囑者有較明顯的效果。
2. 可能發生的併發症：在置入與取出水球時有很低的機率(<1%)會產生食道損傷或破裂，輕微的僅需觀察或利用內視鏡止血夾進行破孔關閉，嚴重的可能會需要進行手術修補。而在術後會有暫時性的噁心、嘔吐或胃酸逆流等胃部不適的反應，最常發生在第一個星期，經由調整飲食和藥物治療，大多可以改善。如果症狀持續的時間過久且對藥物控制的效果不佳時，則需接受胃鏡檢查，當產生嚴重潰瘍或阻塞情形則須將水球取出(<5%)。另曾有個案報告病人有恐慌或者是嘔吐到食道撕裂的情形，經過水球取出與保守性治療後，症狀即緩解。較嚴重的併發症是水球滲漏，若水球大小縮小時，有可能掉到小腸造成腸道阻塞。但是由於在水球內有加入染料，當水球滲漏時，尿液會呈現藍色，此時只要取出水球可避免此併發症。此外，如果置入六個月後即取出，水球滲漏的機會也不大。在經過6個月的水球置入期後，約有32%的病人會有逆流性食道炎，藉由陽離子阻斷劑的治療，有良好的治療效果；另可在水球置入期中，自費使用陽離子阻斷劑預防。

**◼ 如不接受此項治療，請與您的醫師討論可能的替代方案**

 1.手術治療。 2.飲食調整與行為調整治療。

 3.藥物治療。

　 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醫療效益) 。

**◼ 醫師補充說明：**

**內視鏡減重術同意書**

|  |
| --- |
| 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 |

1. 擬實施之治療
	1. 疾病名稱：
	2. 建議治療：內視鏡減重術
	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，我已詳閱內視鏡減重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，依個人意願，我選擇
	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。