

國軍臺中總醫院

下消化道內視鏡檢查與瘰肉切除術說明書暨同意書

這份說明書是有關您即將接受的醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可作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，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這項醫療處置的任何疑問，請在填寫【檢查同意書】前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。

一、下腸胃道內視鏡檢查簡介：

如果您是有(1)大腸發炎疾病、(2)大腸癌或瘰肉家族史、(3)疑似有下消化道疾病者、(4)大便習慣改變加上不明原因體重下降、(5)不明原因腹痛、腹脹、便秘、慢性腹瀉、(6)血便或大便潛血陽性反應，不明原因貧血、(7)過去病史有大腸癌或瘰肉的病患定期追蹤、(8)下消化道攝影檢查出現異常，但無法確定診斷者，下腸胃道內視鏡檢查是一個檢查方式。

此處置會將內視鏡檢查管經由肛門進入直腸、降結腸、橫結腸、升結腸最後到達盲腸。內視鏡對大腸內的微小病變，如微小癌症的檢出率大大提高。這對早期防治、早期診斷、早期治療的大腸癌，具有非常重要的臨床意義。

二、檢查前注意事項：

1. 下消化道內視鏡檢查為侵入性檢查，須先與門診醫師安排檢查時間；若住院或急診病人，則由住院或急診醫師進行評估。

2. 請於檢查前，先詳細閱讀本說明書及填妥此份同意書【同意書未完成填寫，無法執行此項內視鏡檢查】。

3. 飲食限制：

檢查前三日，應進食低渣食物，如：稀飯、蛋花湯、肉鬆、麵包、碎肉。忌食蔬菜、水果、牛奶、豆漿及奶類製品。(2)檢查前一日中午後，改進食無渣食物（清流質飲食），直至檢查當日，檢查前皆可「每小時250-300毫升」含糖分清流質飲食。

（檢查前三日，例：星期五檢查，星期二開始低渣）

※依不同病人情況，可能需灌腸準備或禁食、禁水等，請與主治醫師再行討論檢查前準備內容。

4. 瀉劑之使用，則依各醫師所開之藥物說明書使用。

5. 有藥物過敏史、特殊疾病（特別是心肺疾病、青光眼、攝護腺肥大、中風、出血者）及服用抗凝劑或阿斯匹靈須告知醫師。

6. 用藥限制：(1)降血糖藥開始服用瀉劑後停用，(2)有慢性病須長期服用藥物者(如心臟病、糖尿病、氣喘等)，當日早晨停藥乙次(氣喘噴劑及高血壓藥物請照常使用)，並請自行攜帶藥物，於內視鏡檢查後60-120分鐘後服用（藥品無法辨別時，請與醫師討論）。

※如需更改檢查日期，請於預約檢查日之前三日，電話聯絡(04)2393-4191轉「腸胃內科分機：525354」或「大腸直腸外科分機：525361」；聯絡時間：上午09:00-11:00，下午14:00-15:00辦理，更改次數以一次為限；中清分院電話聯絡(04)2203-3178，轉「總機：12」轉「鏡檢室」。

三、檢查當日特殊注意事項：

1. 若有行動不便、容易緊張、溝通困難、身體虛弱、受檢者未成年(未滿20歲)等情況，須有成年(滿20歲)且可以照顧您的家屬陪同。

2. 接受麻醉鏡檢者，需有成年家屬陪同，切勿自行開車，無家屬陪同無法執行檢查。

四、檢查當日及過程中注意事項：

1. 依排定時間至胃鏡室報到。

2. 檢查前鏡檢室技術師，會給您施打藥物 Buscopan，此藥物作用是減緩腸胃道蠕動；少數病人可能會有口乾、視力模糊等暫時性不適。若有青光眼或攝護腺肥大，可能會造成眼壓過高、排尿困難，檢查前請告知醫護人員。
3. 即將檢查前，會請您換上檢查專用褲，目的是避免檢查過程中，因不慎滲出的糞便、糞水弄髒您的褲子。
4. 在檢查台上您第一個姿勢需採左側臥，並將雙腳彎曲至於胸前（如蝦米狀），檢查過程中會依情況，請您配合改變姿勢。
5. 大腸鏡前端會塗上潤滑成份，由肛門輕輕插入直腸內，慢慢往盲腸推進，檢查過程中，為求視野清楚，須打入適量氣體及水讓腸道擴張，才可看清楚大腸管腔，使內視鏡可順利在大腸管腔中前進。
6. 腹部會有腹脹、想放屁、想大便的感覺，是正常的情形，若有排氣的感覺則不需憋氣。
7. 檢查過程中若您感到任何不適，有無法忍受的感覺，您可以告訴檢查醫師，讓醫師幫你減輕不適感（如：透過改變姿勢、輕壓腹部等方式）。
8. 必要時，如遇病人無法配合或生命跡象發生變化，檢查醫師可能因情形，決定是否須進行未完成之檢查，或隨時終止檢查。
9. 整個檢查時間需 30 分鐘左右，但若有病灶則可能延長檢查時間（檢查當天請勿安排其他特定時間之行程，以免檢查時間延宕而耽誤）。
10. 檢查醫師依臨床判斷可能使用自費耗材如下：奧林伯斯可旋轉止血夾（以上收費依院內實際進價動態調整）。

五、檢查後注意事項：

1. 檢查後腹部會有腹脹、想放屁、想大便，是正常現象，可多走動幫助排氣。
2. 檢查後較不舒服者，可於等候室內休息片刻再行離開。
3. 一般檢查後 30 分鐘先吃流質飲食（喝點開水、運動飲料），如喝完沒有異狀，即可恢復正常飲食，檢查後第一餐不要吃太急、太飽，以免增加胃腸負擔；若有治療（如切片、瘰肉切除、止血等），飲食請務必遵照醫囑，詳見：【下消化道內視鏡檢查與瘰肉切除術注意事項指導單】。
4. 若有持續腹脹、腹痛加劇、大量血便或發燒等情形，請立即至本院急診就診。
5. 若有行瘰肉切除術或切片檢查患者，二週後請至門診複診看病理報告，並依主治醫師建議時程，定期回門診追蹤檢查。

六、檢查/醫療處置效益：

（經由此醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且檢查效益與風險性間的取捨，應由您決定。）

- （一）檢查目的：經由大腸鏡的檢查，可以將您的病灶檢查出來，有無異常病變或出血源，加以診斷如內外痔、大腸瘰肉、大腸憩室、甚而大腸直腸癌，需要時進一步施以瘰肉切除治療，亦可取大腸檢體送檢化驗。
- （二）根據檢查出來之結果，進行不同之處置方式：(1)生檢：即所謂切片檢查，以確診病灶本質。這是利用一細長金屬鉗子透過內視鏡取出少量組織，通常受檢者並不會有感覺。可能發生之併發症為出血或穿孔，發生率少於0.1%。(2)瘰肉切除術或黏膜切除術：較大之瘰肉或黏膜病灶可利用內視鏡電燒切除，兼具檢查與治療之目的。主要之併發症亦為出血或穿孔，發生率少於 0.2%。(3)止血：遇有出血源時，可利用局部注射、熱探子電燒、氫氣電漿凝固術或止血夾進行止血。主要之併發症為穿孔。(4)病灶部位標記：藉由內視鏡輔助下，使用內視鏡注射針注射記號液於腸胃道病灶附近進行標記，以利後續病灶追蹤或外科手術定位。可能之併發症為感染、腹痛，發生率約為 0.2%-0.4%。(5)手術/醫療處置成功率：除因無法忍受、解剖學異常、準備不完全（糞便未排空）或術中生命徵象變化（意識、心跳、血壓）無法完成外，幾乎成功率百分之百。如無法完成時，宜安排另外的檢查。

七、檢查/醫療處置風險：

(沒有任何侵入性檢查或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

下消化道內視鏡檢查為侵入性檢查，進行檢查時鮮有併發症發生，併發症之發生率低於1%，較常見的為腹痛、腹脹、出血或穿孔等情況。

八、替代方案：

根據疾病的不同，可能有其他的處置可以進行，如下消化道鋇劑攝影檢查、電腦斷層檢查，然而不一定可行；不實施此項醫療處置可能的後果(1)可能無法準確診斷而影響處置及治療結果、(2)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。如果您對於本處置有所疑慮，請與您的醫師妥善討論其他方式的可行性及相關風險。

九、下消化道內視鏡檢查與瘰肉切除術同意書

(一)擬實施之檢查(處置/治療)(如醫學名詞不清楚、請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱： 內痔，伴有其他併發症者 直腸及肛門出血 大便異常
 結腸良性腫瘤 其他：_____

2. 建議檢查(處置/治療)名稱：大腸鏡、乙狀結腸鏡檢查與經大腸鏡瘰肉切除術

3. 建議檢查(處置/治療)原因： 確診 追蹤

(二)醫師之聲明：

1. 安排檢查(處置/治療)醫師之聲明

(1)我已經盡量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查(處置/治療)之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查(處置/治療)之原因。
 檢查(處置/治療)之風險及成功率、輸血之可能性。
 不實施檢查(處置/治療)之後果及其他可替代之治療方式。
 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀。
 接受化學藥物治療，有小機率會有藥物滲漏之風險性。
 如另有檢查(處置/治療)相關說明資料，我已交付病人。

(2)我已盡量以病人可了解的方式充分說明，並給予病人充足時間詢問有關本次檢查(處置、治療)之相關問題，並給予答覆：

(a) _____

(b) _____

醫師簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

2. 負責檢查(處置/治療)醫師之聲明

(1)我已經盡量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查(處置/治療)之相關資訊，特別是下列事項：

- 實施檢查(處置/治療)步驟及範圍。
 檢查(處置/治療)之併發症及可能性之處理方式。

醫師簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

*基本資料

病人姓名 _____ 病人病歷號碼 _____
病人出生日期 _____年_____月_____日 檢查主治醫師姓名 _____

(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☑，沒有打☒)：

是否服用抗凝血劑，如：

Coumadin(可邁丁)

Aspirin(阿斯匹靈，伯基)

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：若有愛滋病或其他傳染病等，請主動告知排檢醫師。

青光眼

攝護腺肥大

肝炎

懷孕

結核病

愛滋病

心臟病(含心律不整或 裝有心律調節器、 裝有心臟支架)

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。

2. 基於上述聲明，我已詳閱下消化道內視鏡檢查與瘰肉切除術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、瘰肉切除、止血、擴張等)

3. 若有需要，檢查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：奧林伯斯可旋轉止血夾

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：_____ (簽章)

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址：_____ 電話：_____

日期：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證人 1：_____ (簽章) 見證人 2：_____ (簽章)

見證人 1 身分證字號：_____ 見證人 2 身分證字號：_____

日期：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

附註說明：

(1) 如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分免填(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) 若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬關係或關係人在場，得以按指印替代簽名，為應有二名見證人。

(3) 若病人意識不清且無家屬或關係人在場，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。

(4) 關係人定義及範圍：原則係指與病人有特殊密切關係人，如同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。