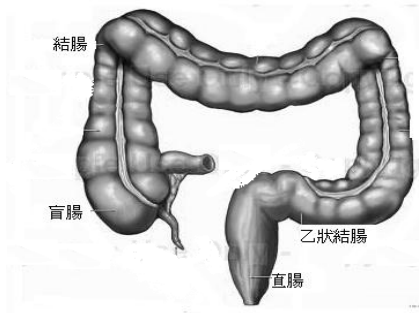


下消化道內視鏡診治說明及同意書

01-018

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份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術(或醫療處置)的任何疑問，請在簽名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。

手術 (或醫療處置)：



檢查範圍—此處所指「下消化道」概指大腸而言，其內視鏡檢分為兩類：

- (1)乙狀結腸鏡：由肛門起至乙狀結腸為止，大約 60 公分長度為主要檢查範圍。
- (2)大腸鏡：全段大腸(由肛門起至盲腸為止)均包括在檢查範圍之內。

依病情需求，檢查的時間可能需要 10 分鐘至 60 分鐘不等。檢查前準備包含：

- (1) 口服瀉劑(您的排檢醫師會根據您的個人情況選擇劑型與劑量)，確保腸內無殘餘糞便以利完整檢查。
- (2) 注射藥物(butylscopolamine)減緩腸胃蠕動以利檢查進行。

負責檢查醫師會將內視鏡管自您的肛門置入，並逐漸往上檢查。術中您可能會有腹脹、腹鳴或想排氣等不適感，請配合醫師及護士之指示，做深呼吸並可自然排出空氣，若仍有不適，請隨時告知醫師及護士。在檢查的過程中，醫師可能建議您對發現的病灶做必要的處置或治療。

- (1) 生檢：即所謂切片檢查，以確診病灶本質。這是一種利用一細長金屬鉗子透過內視鏡取出少量的組織的檢查，通常受檢者不會有感覺。
- (2) 息肉切除術：適當的息肉可利用內視鏡電燒切除，兼具檢查與治療之目的。
- (3) 止血：遇有出血源時可利用局部注射，熱探子或電燒等加以止血。

這些處置通常不會造成疼痛，若對處置或治療有疑問，請於檢查前詢問您的醫師。

效益：(經由手術〈或醫療處置〉，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；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

- (1) 大腸鏡檢查目的：發覺下消化道內可能的病灶或出血源，以便進一步處置或治療。
- (2) 大腸鏡檢查的限制：清腸不完全或排便不乾淨、阻塞性病灶、或特殊的大腸解剖構造的情形下，不能完成檢查。

高雄市立大同醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)

病歷號：

姓名：

床號：

第二頁

下消化道內視鏡診治說明及同意書(承上頁)

風險：(沒有任何手術〈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。)

一般而言，下消化道內視鏡是相當安全的檢查，但少數病人在術中或術後會出現腹脹、腹痛、腹鳴，嚴重者甚至會發生穿孔、出血、脾臟破裂、闌尾炎腸系膜血管撕裂出血、腸道裂傷、心肌梗塞或腦血管中風等。某些情況下須接受緊急手術或急救等必要措施。若您正在使用阿斯匹靈、止痛藥、抗凝血劑、含鐵劑製品或胰島素，請於檢查前與您的醫師討論是否需暫時停藥或調整藥物劑量。

(1)穿孔：一般發生率大概 0.2%，但如果有息肉切除則發生率提高至 0.32%左右。

(2)出血：一般發生率大概 0.09%，但如果有息肉切除則發生率提高至 1.7%左右。

Complications of colonoscopy:Gastrointestinal Endoscopy, 2003,Vol.57, No.4,P441-P445.

替代方案：(這個手術〈或醫療處置〉的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術〈或醫療處置〉，可能會有危險，請與醫師討論您的決定)

下消化道內視鏡診治術，包括高收益及低收益之適應症：

(1) 高收益的適應症：貧血/出血/大便有潛血、持續性腹瀉、發炎性腸病變、有癌症家族史的高危險群、影像學有異常的病患、有大腸病灶需介入性治療等。

(2) 低收益的適應症：便秘、腸氣過多、排便習慣改變、腹痛等。

依照症狀、疾病及適應症的不同，您亦可以選擇相關替代性檢查：包括下消化道鋇劑造影術、腹腔或骨盆腔電腦斷層術、血管攝影等。請與您的診治醫師做進一步的討論。

醫師補充說明：

檢查後之注意事項：

(1) 如有任何不適請告知醫護人員。

(2) 施行息肉切除術後一週內勿做劇烈運動，尤其是腹部用力的動作(如打球、游泳、搬運重物等)，亦避免食用可能發生腹瀉的飲食(如生食海鮮等)。

(3) 提醒您極罕見的延遲性出血甚至可能在介入性治療(包括息肉切除等)10 天後發生。若您在術後/返家後出現嚴重腹痛、發燒、畏寒、解血便。請儘快與本院內視鏡中心聯絡(電話:07-2911101 轉 8065)或逕赴本院急診就醫治療。

(4) 檢查後續的治療計畫請您與您的診治醫師做進一步的討論。

本人(或家屬)_____已經與醫師討論過接受這個手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病患(或家屬)： (簽章)

與病人之關係：

見證人(本院醫護人員或病患家屬)： (簽章)

說明醫師： (簽章)

中華民國： 年 月 日