

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

編號：202

## 小腸鏡說明書(經口側)

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。

## 一、檢查當日注意事項：

1. 請卸除口紅、指甲油(含光療指甲、水晶指甲等)及隱形眼鏡。
2. 請更換手術衣(女性患者勿著內衣)，並移除金屬飾品及活動式假牙。
3. 須有成年且可照顧您的親友陪同(滿 18 歲)，若無親友須改期再做。
4. 請依從護理人員指示，注射之藥物 Buscopan：為減緩腸胃蠕動以利檢查進行用，少數病人可能有口乾、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。
5. 檢查時可能使用噴舌根的局部麻醉劑(Xylocaine)以及口服消泡劑(simethicone)：少數病人可能有暫時不適(如頭暈、噁心等)。

## 二、檢查後注意事項：

1. 小腸鏡檢查結束後，若有腹脹不適，請多走動促進排氣。
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、切片、狹窄擴張術或瘻肉切除者，可能會有微量出血，請持續觀察。若有嚴重劇烈腹痛、腹脹、發燒、解大量血便黑便情形，請告知醫護人員。

## 手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

## 適應症：

1. 急/慢性消化道出血，經胃鏡、大腸鏡檢查後仍無確切診斷，疑似小腸出血者。
2. 不明原因腹痛。
3. 小腸瘻肉/腫瘤病灶病理診斷及定位；良性腫瘤（如脂肪瘤）的切除。
4. 克隆氏症的診斷及小腸狹窄擴張治療。
5. 小腸異物移除。
6. 膠囊內視鏡後進一步檢查。
7. 術後腸道重建之內視鏡逆行性膽胰管攝影及膽胰相關治療。

## 作法：

一般人的小腸長度約為 4-6 公尺，不管是胃鏡或大腸鏡，皆無法對小腸做完整的深入檢查。經口側小腸鏡，由食道、胃、十二指腸進入小腸，藉由傳統推進式小腸鏡或器械輔助小腸鏡，仔細檢查小腸並給予適當的治療。

醫師會視病情及執行目的決定檢查方式，若為深部小腸鏡，需搭配使用單氣囊或雙氣囊內視鏡用外套管，利用內視鏡外套管控制，將小腸縮短使內視鏡能更加的深入。檢查過程中，若執行有困難或特殊需求，醫師會適當使用 X 光透視攝影以協助小腸鏡檢查過程，每次檢查時間約需 0.5-2 小時。

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

## (小腸鏡說明書(經口側)承上頁)

**接受此手術/醫療處置之效益：**

(經由小腸鏡，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/醫療處置效益與風險性間的取捨，仍由您決定。)

1. 小腸內視鏡診斷。
2. 小腸鏡生檢：即所謂病理切片檢查，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。
3. 小腸鏡止血治療：遇有出血時，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。
4. 瘻肉切除術：較大之息肉可利用內視鏡電燒切除，兼具檢查與治療之目的。
5. 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道病灶附近進行標記，以利後續病灶追蹤或外科手術定位。
6. 小腸鏡異物取出術。
7. 小腸腸道狹窄氣球擴張術：如克隆氏症或小腸潰瘍導致的小腸狹窄。
8. 經小腸鏡膽道取石術或治療。
9. 器械輔助性小腸鏡檢查成功率大於 99%，但疑似小腸出血實際診斷率約 60%。

**手術/醫療處置風險：**

(沒有任何手術/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。)

1. 術後少數病人會有腹脹或輕微腹痛，大約可在 24 小時內緩解。
2. 診斷性小腸鏡相關風險約 0.4-0.8%、治療性小腸鏡風險則約 3-4%，併發症包括出血 0.8%、小腸穿孔破裂(特別是在瘻肉切除後) 0.3-0.4%、急性胰臟炎 0.3%及感染 3-4%，因嚴重併發症而造成死亡<0.05%。

**替代方案：**

(小腸鏡/醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

1. 小腸疾病之診斷：小腸鋇劑 X 光攝影、膠囊內視鏡(只能診斷、無法切片或治療)、紅血球核醫掃描、電腦斷層掃描。
2. 小腸出血之治療：靜脈注射藥物止血、血管栓塞術止血、外科手術。

**不實施醫療處置可能的後果：**

依照執行檢查的目的有所不同，醫師可能無法準確診斷或進行後續治療處置。

**開單醫師評估：**

(若有下述情形未確認時，請再與開單醫師討論。)

1. 過去重要病史及評估：若有愛滋病或其他傳染病等，請主動告知門診醫師。

藥物過敏，藥名：

乳膠過敏

心臟病(含心律不整)

## 小腸鏡說明暨同意書(經口側)

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

(小腸鏡說明書(經肛門側)承上頁)

- 裝有心律調節器
- 裝有心臟支架
- 正在服用抗凝血或抗血小板藥物：  
(藥名：Aspirin 阿斯匹林 Plavix 保栓通 Efient 抑凝安 Brilinta 百無凝  
Lixiana 里先安 Pradaxa 普栓達 Eliquis 艾必克凝 Cofarin 可化凝  
Xarelto 拜瑞妥 其他 停藥(含檢查當日)，共 日。(停藥須經醫師評估)  
因病情因素，不停藥。  
停藥(含檢查當日)，共 日。(停藥須經醫師評估)
- 糖尿病(降血糖藥物或注射胰島素，檢查當日請停藥。)
- 高血壓(降血壓藥物，依醫師指示時間用藥。)
- 氣喘(請攜帶氣喘用藥)
- 肺結核
- 肝病(含肝炎及肝硬化)
- 懷孕中
- 罕見疾病或特殊疾病
- 其他疾病：  
青光眼\*  
攝護腺肥大\*

(\*檢查時使用之藥物，可能會造成眼壓過高、排尿困難，檢查前請告知醫護人員)

2. 清腸準備及停、用藥指示：(未依醫師指示進行停、用藥，可能無法執行檢查。)

(1)【低渣飲食準備】及【清腸藥服用說明】：請參照後頁「附件一：清腸藥服用說明」、「附件二：低渣飲食說明及食物選擇表」，進行清腸準備。

(2)【降血糖藥物或注射胰島素(糖尿病)】：檢查當日請停藥。

(3)【空腹時間】及【降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物】：

上午檢查：檢查前一日 晚上 12 點後禁食(清腸藥水除外)。降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物，檢查當日早上5點前服用，5點後禁喝水(包含嚼食口香糖)。

下午檢查：檢查當日早上5點後禁食(清腸藥水除外)。降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物，檢查當日早上9點前服用，9點後禁喝水(包含嚼食口香糖)。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

1. 此術式需於中重度麻醉下進行，麻醉風險評估及相關費用，由麻醉醫護人員說明。

2. 執行深部小腸鏡，若不符合健保給付之適應症則需自費，其相關費用(詳自費同意書)由檢查醫師說明，實際收費以電腦結算核計之金額為主。

說明醫師：

(簽章)

日期：西元

年

月

日

時間：

時

分

## 小腸鏡說明暨同意書(經口側)

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

## 小腸鏡同意書(經口側)

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，因患\_\_\_\_\_

，需接受

傳統推進式小腸鏡器械輔助小腸鏡

，立同意書人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，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。

\*是否同意由檢查醫師，進行必要之處置及治療(如切片檢查、息肉切除、止血等)。

 同意 不同意

身分證字號/居留證或護照號碼：

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：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

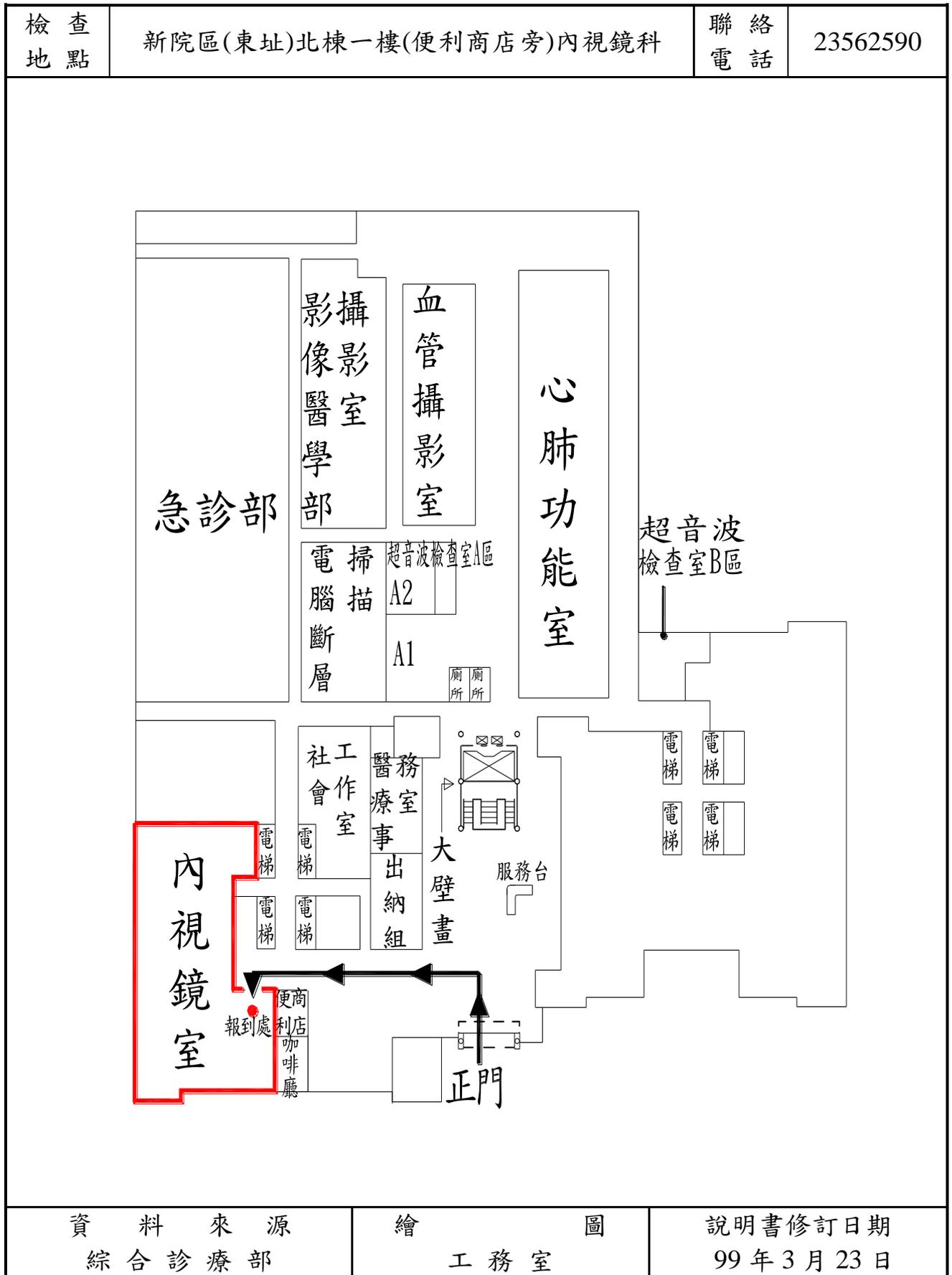
(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由2名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

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：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

小腸鏡檢查地點簡要圖示



資料來源  
綜合診療部

繪圖  
工務室

說明書修訂日期  
99年3月23日