

## 內視鏡逆行性膽胰管造影術及治療術 說明暨同意書

病歷號：  
姓名：  
生日：西元

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

編號：(86)

### 內視鏡逆行性膽胰管造影術及治療術說明書

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/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

1. 內視鏡逆行性膽胰管造影術(ERCP)：  
透過十二指腸鏡將導管插入膽管或胰管後，注射顯影劑以觀察膽胰管之構造。
2. 內視鏡逆行性膽胰管治療術：  
透過十二指腸鏡放入治療用的器械，以診斷及治療膽管或胰管內的病變。
3. 導管式膽胰管內視鏡術(Catheter-based cholangiopancreatography)：  
將細徑之內視鏡，透過十二指腸鏡插入膽管或胰管，直接觀察膽管或胰管內之構造，並可以進一步處理膽管或胰管內的病變。

**手術/醫療處置效益：**(經由手術，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. 內視鏡逆行性膽胰管造影術(ERCP)：  
可得知膽管及胰管之構造及有無病變，評估是否執行下列相關治療術。
2. 內視鏡逆行性膽胰管治療術：  
包括十二指腸乳頭切開術、十二指腸乳頭擴張術、放置引流管，碎石與取石術，膽胰管狹窄擴張術、切片、細胞刷檢等。大部分的治療措施需先經過內視鏡以電刀切開或以氣球擴張十二指腸乳頭後，才可實施。這類治療措施，目前被認為是有效且安全的非外科開刀之治療方式。
3. 導管式膽胰管內視鏡術(Catheter-based cholangiopancreatography)：  
如需要時，將先執行十二指腸乳頭切開術或十二指腸乳頭擴張術，再透過導管式膽胰管內視鏡，對膽管或胰管內之構造做直接觀察，針對可疑之病灶更能提供精準的定位及切片來提高診斷率。除此之外，對於巨大困難之膽道結石，也可藉由導管式膽胰管內視鏡直接對結石施行雷射或水電氣截石術。
4. 手術/醫療處置成功率：  
依進行的內視鏡術式不同而不同。除細胞刷檢/切片至多 60% 成功率外，其他術式成功率多在 90% 以上。少數人因故無法完成造影術或治療術時，宜安排另外的檢查或採取手術治療。

**手術/醫療處置風險：**(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。)

1. 內視鏡逆行性膽胰管造影術(ERCP)：  
此項檢查可能發生之併發症包括對藥物或顯影劑之不良反應(0.04%)，出血(1%)、穿孔(0.6%)、胰臟炎(2~5%)、膽管炎(0.6%)、膽囊炎(0.2%)、吸入性呼吸道及心肺系統併發症(0.2%)等。此類因為嚴重併發症而造成死亡的的風險約為千分之一(0.1%)。
2. 內視鏡逆行性膽胰管治療術：  
此項治療可能發生之併發症與上述造影術相同，但治療措施發生併發症的機率略高。另外有些屬於治療術才可能發生的併發症有：引流管移位或阻塞，結石或取石器卡在膽管中等，但多半可以再利用內視鏡來矯治成功。
3. 導管式膽胰管內視鏡術(Catheter-based cholangiopancreatography)：  
此項治療可能發生之併發症與上述內視鏡逆行性膽胰管治療術相同，但發生膽管炎的機率略高(約 6~7%)。

內視鏡逆行性膽胰管造影術及治療術  
說明暨同意書

病歷號：  
姓名：  
生日：西元

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(內視鏡逆行性膽胰管造影術及治療術說明書承上頁)

**特殊注意事項：**

1. 上午檢查者：檢查前一日晚上 12 點以後禁食一切食物及水，糖尿病患者請勿服用降血糖藥物或注射胰島素。其他必要之藥物請提前至早上 5 點前服用。
2. 下午檢查者：檢查當日早上 5 點以後禁食一切食物及水，糖尿病患者請勿服用降血糖藥物或注射胰島素。其他必要之藥物請提前至早上 9 點前服用。
3. 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。
4. 塗口紅、指甲油者，請擦拭乾淨。

**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。)

1. 診斷方面可進行其他影像學檢查如經皮穿肝膽管攝影術、電腦斷層、核磁共振、內視鏡超音波等。
2. 治療方面：經皮穿肝膽管引流術、內視鏡超音波導引下引流術、外科手術治療。
3. 不實施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。

**醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：**(如無，請填寫無)

說明醫師： (簽章)

日期：西元

**內視鏡逆行性膽胰管造影術及治療術同意書**

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_，因患\_\_\_\_\_，需接受  內視鏡逆行性膽胰管造影術  內視鏡逆行性膽胰管治療術  導管式膽胰管內視鏡術。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。

立同意書人： (簽章) 身分證字號：

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

(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，醫療緊急情況得由二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