

醫療程序資訊 - 超聲波內視鏡檢查

1. 簡介

- 1.1. 超聲波內視鏡是一種集內視鏡及體內高頻超聲波檢查於一身之儀器，不但具備普通內視鏡可檢查消化道表面的能力，其高頻超聲波儀器更可準確診斷消化道黏膜下及消化道旁器官病變。
- 1.2. 在超聲波實時指導下，醫生可進行體內微針穿刺以抽取細胞組織化驗來確定病因，同時能進行多項內視鏡治療。
- 1.3. 經多年研究，超聲波內視鏡檢查已廣泛應用在診斷食道、胃、胰臟、膽管、肝臟、大腸及肺部之疾病。此儀器用於診斷早期癌症分期，成效尤其顯著。

2. 檢查前之準備

- 2.1. 醫生會解釋檢查過程及可能發生的併發症及簽同意書。
- 2.2. 除特殊情況外，病人應禁飲食最少六小時，此有助檢查安全進行，並使醫生可以清楚觀察消化道黏膜病變。
- 2.3. 進行下消化道超聲波內視鏡時，檢查前三天不要進食高纖食物，例如水果、蔬菜及果仁等。
- 2.4. 檢查前一天須按醫生指示服用瀉劑，否則檢查無法進行。
- 2.5. 如服用瀉劑後有以下強烈反應，例如持續冒汗、心悸，嚴重嘔吐，頭暈，劇烈腹瀉及腹痛等，請立刻停用瀉劑及馬上通知你的主診醫生及護士。如以上情況惡化請盡快到附近醫院或急症室求診。
- 2.6. 請勿攜帶貴重物品及佩帶任何金屬物品；檢查前，除去假牙、眼鏡及隱形眼鏡。
- 2.7. 不要化妝或塗指甲油，以免影響觀察生命表徵。
- 2.8. 病人如有糖尿病、高血壓或懷孕等健康情況，須告知醫護人員。
- 2.9. 病人應提供現時服用藥物，尤其是抗凝血藥物，例如阿士匹靈，及任何過敏反應資料。
- 2.10. 病人須安排成年親友接出院。
- 2.11. 病人應避免在檢查前酗酒、吸煙或服用不當份量的鎮靜藥物。

3. 程序

- 3.1. 檢查前，醫生會因應病人個別情況，注射適量的鎮靜劑，以減低病人的焦慮及檢查時引起的不適。
- 3.2. 進行上消化道檢查時，醫護人員會在病人喉部施行局部麻醉噴霧，喉部會暫時失去感覺，隨後再戴上保護牙膠，以輔助內視鏡進入體內。
- 3.3. 病人保持向左側臥。
- 3.4. 醫生會將超聲波內視鏡經病人口部或由肛門進入到體內進行檢查。
- 3.5. 醫護人員會密切監察病人之生命表徵，並為病人注射鎮靜及止痛藥物。
- 3.6. 一般而言，過程約三十分鐘。病人如情況複雜而需要特別治療，或使用微針穿刺術，則需要更長時間。

4. 可能出現風險及併發症

- 4.1. 超聲波內視鏡檢查一般是安全的。
- 4.2. 喉部之麻醉藥會引致吞嚥困難，情況可能持續一個多小時。
- 4.3. 在穿刺檢查的位置上或許會出血，通常並不嚴重。
- 4.4. 鎮靜劑副作用，例如：血壓低、呼吸困難、休克或過敏等。
- 4.5. 其他較嚴重但罕見之併發症包括胃腸部穿孔、吸入性肺炎（因需於胃內注水作超聲波檢查）、藥物過敏、心肺併發症，感染等，病人如出現併發症，或需要接受外科手術治療。

Hosp No. : HKID No.:
Case No. :
Name :
DOB : M / F
Adm Date :
Contact No.:

醫療程序資訊 - 超聲波內視鏡檢查

4.6. 由於每位病人的身體情況、檢驗及治療方法不同，併發症風險亦因人而異，病人應主動詢問醫生以了解情況。

5. 檢查後注意事項

- 5.1. 檢查完畢，待鎮靜劑藥物效用減退及詢問醫護人員後，方可進食，以防哽咽。
- 5.2. 病人如曾注射鎮靜劑，其意識及思考能力可能受影響，故病人當日不宜操作重型機器或駕駛，以防發生意外。病人亦不應簽署任何法律文件。
- 5.3. 病人如出現輕微不適，或對檢查結果有疑問，可於辦公時間內致電內視鏡中心查詢。
- 5.4. 若出現以下情況，如腸胃大量出血、感到腹部劇痛、發燒等，須到附近急症室求診。

6. 參考資料

- 6.1. 醫管局「智友站」網頁 (2017)。超聲內鏡檢查簡介。搜尋網址：
https://www.ekg.org.hk/pilic/public/IM_PILIC/IM_EndoscopicUltrasonography_0046_chi.pdf
- 6.2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (2017) Patient information: Understanding EUS (Endoscopic Ultrasonography). Retrieved from:
<http://www.asge.org/patients/patients.aspx?id=380>
- 6.3. Gastrointestinal Association, P. C. (2016) Endoscopic Ultrasound (EUS) Retrieved from:
<http://www.gihealthcare.com/endoscopic-ultrasound-eus/>

本人，_____ 明白以上關於手術或程序之資訊，並經由 _____ 醫生向本人解釋；本人亦有機會對病情及治療方案提出疑問，並獲得充分的解答。

Name:
Patient No.: Case No.:
Sex / Age: Unit Bed No.:
Case Reg. Date & Time:

病人簽署： _____

病人姓名： _____

日期： _____

