

INFORMACJA O ENDOSKOPOWEJ

SKLEROTYZACJI I OPASKOWANIU ŻYŁAKÓW PRZĘŁYKU

Leczenie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy w tej ulotce oraz ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Dlaczego proponujemy Państwu to leczenie?

Wykonane dotychczas badania oraz wywiad lekarski potwierdził u Pani/a istnienie żylaków przełyku. Są one potencjalnym źródłem krwotoku z przewodu pokarmowego, który stanowi zagrożenie dla życia. Aby zminimalizować możliwość jego wystąpienia należy spowodować eliminację żylaków przełyku. Istnieją dwa sposoby wykonania tego zabiegu: (1) przez endoskopową sklerotyzację lub opaskowanie bądź (2) operację chirurgiczną. Zastosowanie techniki endoskopowej najczęściej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub są one niewielkie, zabieg trwa krótko, niemniej wymaga powtarzania aż do uzyskania zwłóknienia żylaków (średnio od 4 do 8 sesji). W większości przypadków nie wymaga stosowania znieczulenia ogólnego.

Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się na czczo. W przypadku opaskowania żylaków zalecane jest znieczulenie dożylnie chorego. Sam zabieg przeprowadzany jest przy zastosowaniu endoskopu giętkiego.

W trakcie sklerotyzację żylaków poprzez endoskop przeprowadza się igłą endoskopową (jedna igła na jednego chorego), przez który podaje się do i około żylakowo środek obli terujący (zazwyczaj etoksisklerol).

Opaskowanie polega na założeniu gumowych opasek na żylaki; opaski te są wprowadzane na końcu endoskopu za pomocą specjalnej nakładki, a następnie zsuwane na żylak. W zależności od zastosowanej techniki wprowadzanie instrumentu może być powtarzane wiele razy. Z tego powodu czasami zakłada się do przełyku tubę, przez którą wprowadza się endoskop.

Instrument służący do badania jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem. Z tego powodu zainfekowanie chorego jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Wycinki te są pobierane również sterylnymi szczypczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

Możliwe powikłania

Powodzenia zabiegu, jak również jego pełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz. Powikłania te w większości przypadków wynikają z samej choroby oraz zastosowanego sposobu leczenia i zazwyczaj nie są one ciężkie. Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem jest

przebieg do jamy opłucnej, zbliznowacenie i zwężenie przełyku. Najczęstszymi powikłaniami, występującymi jednak rzadko, mogą być: przedziurawienie ściany przełyku i krwawienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia przełyku, jak również zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezyjologicznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania (właściwą odpowiedź zakreślić kółkiem):

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania siniaków po niewielkich urazach mechanicznych?

Tak – Nie

2. Czy takie objawy występowały wśród członków Państwa rodziny?

Tak – Nie

3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Acard, Polocard, Aspiryna, Dicumarol, itp.)?

Tak – Nie

Postępowanie po zabiegu

Po zabiegu należy powstrzymać się od jedzenia i picia aż do decyzji lekarza prowadzącego. Okres ten może być różny i wynika głównie ze stanu chorego. W przypadku znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeśli Państwo nas nie zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym zabiegu, wymienionych wyżej powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem.

Oświadczenie pacjenta:

- * **Wyrażam** zgodę na wykonanie proponowanego zabiegu, jak również na ewentualne konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi, w tym pobieranie wycinków.
- * Niniejszym **nie wyrażam** zgody na wykonanie proponowanego zabiegu.
- * (niepotrzebne skreślić)

Data i podpis:

.....

Nazwisko i imię

