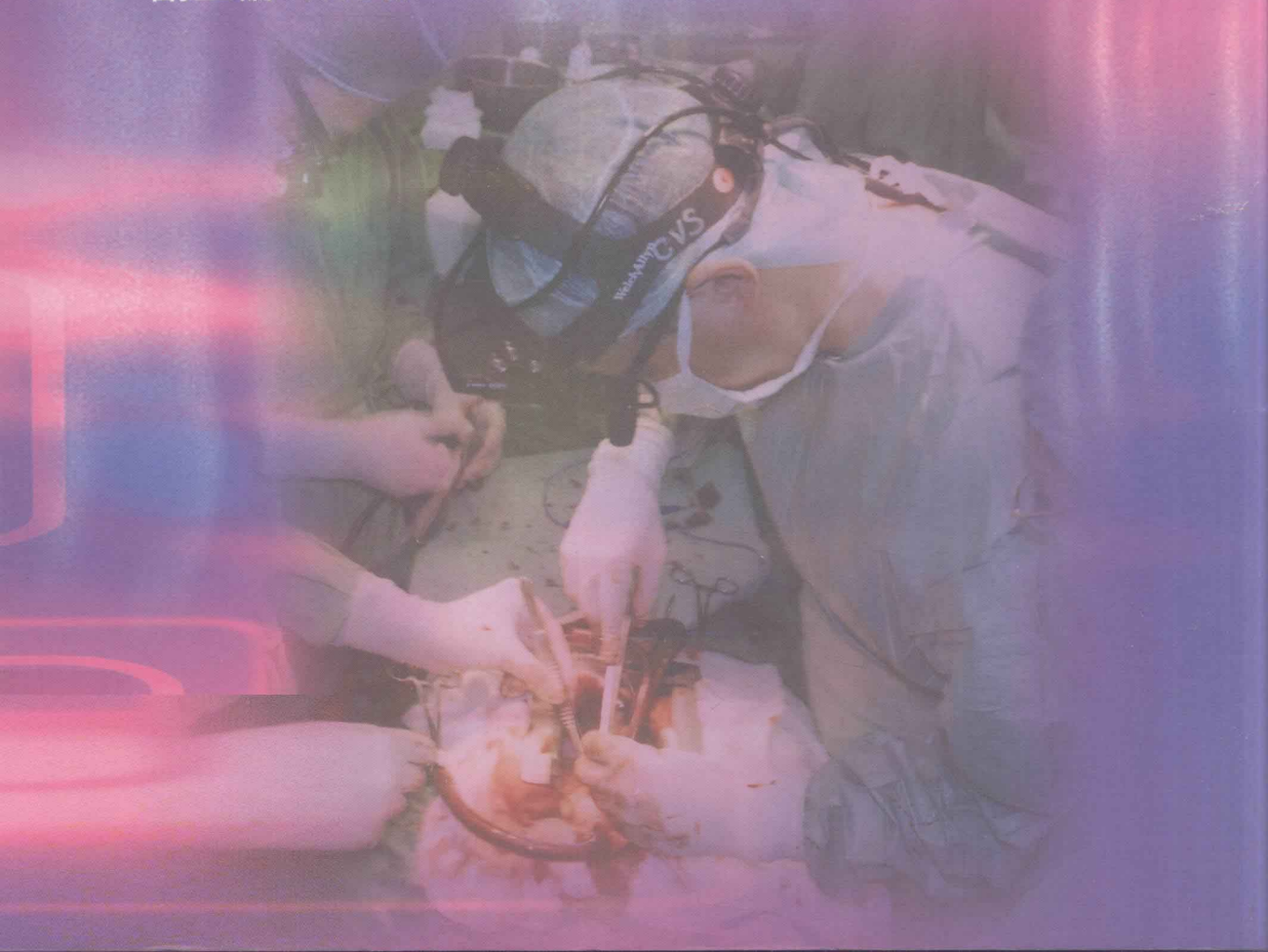


台大醫院 手術說明書彙編 (含侵入性檢查)

國立台灣大學醫學院附設醫院 編著

主編 李源德

副主編 林芳郁



國家圖書館出版品預行編目資料

台大醫院手術說明書彙編（含侵入性檢查）
／國立台灣大學醫學院附設醫院編著／李源德主編，
一初版，一台北市：台大醫院，2004〔民93〕
面；公分．--

ISBN: 957-8804-62-8（平裝）

1. 外科技術

416.301

93012685

有著作權 不准翻印

台大醫院手術說明書彙編（含侵入性檢查）

國立台灣大學醫學院附設醫院 編著

主 編：李源德

副 主 編：林芳郁

執行編輯：林俊彬

編輯委員：張楊全、陳燕惠、蔡克嵩、楊泮池
李伯皇、侯勝茂、陳文鍾、黃璉華
孫維仁、賴金鑫、翁昭旻、范碧玉
石崇良

出 版 者：國立台灣大學醫學院附設醫院
台北市中正區 100 中山南路七號

<http://www.ntuh.gov.tw>

總 經 銷：金名圖書有限公司

台北縣中和市建一路 1 號 8 樓

郵政劃撥帳號：12189725

電話：(02)82277736 傳真：(02)82277735

E-mail: kdp@ms15.hinet.net

<http://www.kingdompubl.com>

定價：NT\$800

出版日期：2004 年 8 月初版

ISBN：957-8804-62-8

序

對大多數的病人而言，接受手術及侵入性檢查是充滿壓力與生命威脅的情境。臨床上經常可見病人在面對這些情境時，出現緊張焦慮、擔心害怕的反應。這種情況下病人通常會以他所能認知的角度想像手術及侵入性檢查過程中可能出現的可怕景象及嚴重結果。有些病人在「生死有數」的心態下默默承受；有些病人則會向醫護人員提出許多問題和疑慮。多數醫護人員面對處於這種情境的病人常常以個別的專業背景及有限的時間給予說明及安慰，但是這樣說明是否符合個別病人期待？是否能有效減少病人心中不實的想像與疑慮呢？有鑑於此，本院推動病人安全與品質提升的行動中，特別將此議題列為重點項目。為了提升醫療同仁在臨床解說的一致性以及提供病人及家屬相關說明之完整資料，「手術說明書」之編寫是我們行動的第一步。

整個「手術說明書」的編寫是本院跨科部團隊合作的具體表現，非常感謝所有參與同仁的努力，包括最初由病歷室與品管中心同仁收集多家國外知名醫學中心的資料與做法，草擬說明書的架構與格式，以及全院共14個醫療科部同仁的分工合作，針對每個專科常見的手術或侵入性檢查編寫共266項說明書，每項說明書內容均包括：手術理由與過程、手術效益、手術風險、替代方案、醫師補充說明等。為能確保說明書的品質，每項說明書的內容均經過2位本院病人安全委員會委員之審核，期望呈現最適切的内容，對病人及醫療人員有所助益。

「手術說明書」的編寫是我們落實重視病人權益的「具體行動」，期許所有醫療同仁在提供臨床照護時均能身體力行，每個手術及侵入性檢查之前，即使病人未提出疑問，亦能主動為病人及家屬充分說明溝通，展現醫療兼具專業與人性化的部分。讓病人經由事前的瞭解與參與，有效促進醫病關係，讓病人抱著較合理的期待、更安心地接受各種醫療處置，無形中降低發生醫療爭議的風險，對病人及醫療同仁而言均是莫大的助益。今日「手術說明書」的彙編出版，願與國內醫界分享這份成果，期望帶動醫界共同為病人安全與病人權益提升而努力之文化，這將是病人之福、全民之福。

台大醫院院長

李源德 謹序

2004年7月14日

序

與病人共同成長

最近偶然地閱讀了密西根商學院企管學教授普哈拉的一本書—「消費者王朝」，書中主要在闡述一個觀念，未來競爭的決戰點在於「與顧客共創價值」。傳統B2C (business to customer) 的顧客關係將轉變成C2B2C (customer to business, business to customer)，也就是說企業與顧客的關係不再只是單純的產品行銷，由製造者向購買者推銷產品，而是企業必須先瞭解消費者的需求，再依照消費者經驗提供客製化 (customerization) 的產品，而消費者則藉著與企業間的互動，進而共創產品價值。這樣的觀念，其實是與我們目前所強調的「以病人為中心」的觀念相近，以病人為中心的醫療模式中很重要的作法便是強調病人參與。然而如何增加病人或家屬的參與程度則可以思考從兩方面著手，一方面是教育病人，另一方面則是界定整個醫療過程中病人或家屬所應擔負的責任。

醫療相較於其他商業行為而言，明顯具有較高的進入門檻與專業性，若是不先從教育消費者著手，消費者很難表達出他們需要什麼，就好像我們去聽一場大師級的演講，若事先不先閱讀相關的著作，瞭解當天的講題，再加上現場的聆聽消化，很難在演講後提出適切發問。醫療也是如此，如果在手術前，無法讓病人充分瞭解他所要面對的是一個怎樣的過程？中間會出現那些狀況？有多少風險？接受與不接受的結果有多少差異？是否還有其他的選擇？只詢問「有沒有問題，沒有問題請在同意書上簽字」，這樣的經驗對病人或家屬而言絕對不是一個好的經驗。因此，教育病人是很重要的，不要因為忙碌而忽略，何況當我們充分給予病人一些相關資訊後，我們就可以要求病人或家屬必須扮演好他們的角色，一個疾病的治療不只是依賴手術者技術的精湛，很重要的是病人的自覺與努力。舉例來說一個接受心臟瓣膜置換術的病人必須配合規則服藥，最好去除一些不好的生活習慣再加上術後心臟復健運動，整個心臟功能才能得到明顯改善的效果，否則只是單純地換了瓣膜並不見得可以讓生活改變多少。醫療過程的成功必須靠病人、家屬與醫療人員共同努力與參與。

手術說明書的制訂，是與顧客共創價值的開始，藉著手術說明書的推動，讓我們開始學習如何預期顧客、如何與顧客互動，以病人為中心不再只是一個口號，將逐步落

實在我們的日常工作中。最後，我要感謝許多醫師在很繁忙的臨床工作與教學研究壓力下，仍然撥空撰寫出如此豐富的手術說明書，藉著本書的推出，希望不僅將我們與病友的互動向前推進一大步，更期待未來在醫療的各領域，確實與病友共創價值，達到雙贏的境界。

台大醫院副院長

林芳郁 謹序

2004年7月14日

台大醫院手術說明書
彙編（含侵入性檢查）

總目錄

內科部	1
外科部	57
小兒部	193
婦產部	219
耳鼻喉部	267
眼科部	325
皮膚部	365
泌尿部	375
骨科部	441
復健部	459
牙科部	473
麻醉部	513
影像醫學部	523
基因醫學部	585

台大醫院內科部手術 (侵入性檢查) 說明書項目表

1. 心導管檢查及心血管介入性治療 (Cardiac cath) 邱昱偉 / 張博淵	3
2. 中央靜脈導管置入術 (CVP) 邱昱偉 / 張博淵	5
3. 肺動脈順流導管置入術 (Swan-Ganz) 邱昱偉 / 張博淵	7
4. 心律調節器置放手術 (Temporary pacemaker) 邱昱偉 / 張博淵	9
5. 心包膜腔積液穿刺引流術 (Pericardiocentesis) 邱昱偉 / 張博淵	11
6. 經食道心臟超音波檢查 (TEE) 邱昱偉 / 張博淵	13
7. 肺部支氣管鏡術 (Bronchoscopy) 邱昱偉 / 張博淵	15
8. 胸管放置術 (Chest tube) 簡榮彥 / 高芷華	17
9. 氣管內插管 (Intubation) 簡榮彥 / 張博淵	19
10. 肺部超音波指引胸水引流術 (Chest tapping) 簡榮彥 / 高芷華	21
11. 肺部超音波指引細針穿吸及生檢 (Lung aspiration / biopsy) 簡榮彥 / 高芷華	23
12. 肺部超音波指引胸水引流管放置術 (Chest-pigtail) 簡榮彥 / 高芷華	25
13. 肝臟細針生檢抽吸術 (Liver biopsy / aspiration) 張吉仰 / 劉俊人	27
14. 肝膿瘍經皮抽吸－導管引流術 (Liver abscess-pigtail) 張吉仰 / 劉俊人	29
15. 肝腫瘤經皮酒精注射治療術 (Alcohol injection) 張吉仰 / 劉俊人	31
16. 腹水抽取術 (Ascites tapping) 張吉仰 / 劉俊人	33
17. 上消化道內視鏡診治 (Panendoscopy) 張吉仰 / 劉俊人	35
18. 下消化道內視鏡診治 (Colonoscopy) 張吉仰 / 劉俊人	37
19. 食道支架置放術 (Esophageal stent) 張吉仰 / 劉俊人	39
20. 雙腔靜脈導管置入術 (Double lumen) 楊雅斐 / 高芷華	41
21. 超音波導引經皮腎臟切片術 (Renal biopsy) 楊雅斐 / 高芷華	43
22. 甲狀腺 / 副甲狀腺 / 淋巴腺細針抽吸細胞學檢查 (Thyroid aspiration) 邱偉益 / 張博淵	45
23. 骨髓檢查 (Bone marrow) 林世強 / 高芷華	47
24. 腰椎穿刺術 (Lumbar puncture) 林世強 / 高芷華	49
25. 血液透析 (Hemodialysis) 高芷華	51
26. 內視鏡逆行性膽胰管造影術及治療術 (ERCP) 劉俊人	53
27. 內視鏡超音波及細針抽吸術 (EUS) 劉俊人	55

1. 心導管檢查及心血管介入性治療說明書

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）：心導管檢查及心血管介入性治療

- (1) 進入心導管室後，護理人員會給您必要的術前準備，例如尿套放置，並讓您先在導管準備室稍候，至前一位施行導管手術病友手術完成。
- (2) 輪到您進心導管檢查室時，護理人員會協助您移到檢查台上，接上心電圖導線，以便檢查中隨時瞭解您心電圖的變化。
- (3) 護理人員為您鼠蹊（手肘、手腕或頸部）做皮膚消毒。醫師會覆蓋無菌大巾，施打局部麻醉劑，此時您會有刺痛、麻木的感覺，等麻藥發生作用後放入引入管及導管，隨著血管到達心臟正確位置後，注射顯影劑，可能您會有心跳加快、灼熱感或是嘔心嘔吐，這是正常的反應，醫師會請您配合深呼吸動作放鬆心情，使檢查順利進行。依血管病變程度醫師會決定是否執行氣球擴張術或裝置血管支架。檢查治療過程中，若您有任何不適，請立即告知醫護人員。
- (4) 整個檢查治療約需1至3個小時，只作心導管檢查者，結束時即將全部管子拔除，傷口處直接加壓，直到確定沒有出血現象後，覆蓋無菌紗布，並以加壓帶繼續加壓止血。若行血管擴張術或支架放置術，因需用藥，血管套管可能留置到隔天才拔除。

手術效益：（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) 確定診斷。
- (2) 評估心臟功能。
- (3) 以心導管技術進行治療，如冠狀動脈氣球擴張術（PTCA: Percutaneous transluminal coronary angioplasty）及血管支架術（stenting）或二尖瓣氣球擴張術（PTMV: Percutaneous transluminal mitral valvuloplasty）等。
- (4) 追蹤治療效果。

手術風險：（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。）

心導管檢查及心血管介入性治療術之風險及併發症：

	心導管術	冠狀動脈氣球擴張術
死亡	≤ 0.11%	0.8~2.1%
心肌梗塞	≤ 0.05%	≤ 0.6%
腦中風	≤ 0.07%	
心率不整	0.38~0.5%	

心導管檢查及心血管介入性治療說明書（承上頁）

	心導管術	冠狀動脈汽球擴張術
血管傷害	0.43~0.6%	
需急手術	0.5~0.6%	
心臟破裂或填塞	≤ 0.03%	
造影劑不良反應（含過敏性休克，腎毒性）	0.37~0.6%	
心臟衰竭	0.03~0.1%	
其他（感染等）	1.98~2.2%	

合併症發生的機率與嚴重度，視各病人本身心臟功能好壞、疾病嚴重度及所接受侵入性檢查治療的種類，而有不同。但因醫師純熟的技術及醫療儀器科技化，已將合併症之發生減至最低。

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) 心導管術：目前尚無替代方案。
- (2) 冠狀動脈汽球擴張術及血管支架術：冠狀動脈繞道手術（外科手術）或內科藥物治療。
- (3) 二尖瓣汽球擴張術：瓣膜修補或置換術（外科手術）或內科藥物治療。

醫師補充說明：

術後注意事項：

- (1) 由鼠蹊進行檢查者需臥床至少 12 小時。進食、排泄、活動等。皆要在床上進行，由手肘或手腕檢查者，則二小時後即可下床。
- (2) 檢查部位傷口需用加壓帶加壓 4 至 6 小時，需臥床者這段期間您可以翻身或行水平式移動；但要保持傷口所在的肢體平直，不可彎曲以防止傷口出血。
- (3) 若您感覺任何不適或有察覺肢體末端麻木或傷口濕熱感時，請立即通知醫護人員。
- (4) 第一次下床時，務必有人在旁陪伴。
- (5) 檢查次日，護理人員會幫您的傷口換藥，傷口大小如針孔般，請保持清潔乾燥。傷口旁偶有瘀青，請告知醫師檢查無礙始可放心，約二至三週皮膚瘀青會逐漸消退，偶有之傷口輕微不適亦會於這段時間內消除。

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

2. 中央靜脈導管置入術說明書

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）：

中央靜脈導管置入術（內頸靜脈，鎖骨下靜脈，股靜脈）：

- (1) 我們會讓病人平躺在床上，在術前評估後決定置入導管的位置，如果從脖子的內頸靜脈置入，我們會請病人將頭側向注射的對側方。
- (2) 選定的注射處會施打局部的麻醉藥，此時應是整個過程中最高痛的時候。
- (3) 我們接著會用較一般打點滴粗的硬針去找血管，此時病人仍會有一些感覺，但應不致於很痛才對。
- (4) 找到血管後，我們將會把一根導線由找到血管的硬針頭送入血管內，這個步驟應是無痛的。
- (5) 在導線就位後，硬針就會被抽離，接著會用一支較粗的硬塑膠針，沿著導線穿過皮膚進入血管，做路徑擴張的工作，此時可能會有一些脹痛感，但應在可忍受之範圍。
- (6) 中央靜脈導管（軟管）會替代剛剛的硬塑膠針，沿著導線進入血管內，最後把導線抽離，並用縫線固定中央靜脈導管，即完成整個中央靜脈導管置入術。

手術效益：（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) 可以監測中心靜脈壓，獲得體液容積的資訊。
- (2) 可以較長時間的留置及做靜脈輸液使用，避免短時間內重複的找周邊血管扎針。
- (3) 可以作為較高濃度營養液及其他刺激性靜脈藥品的輸注管道，避免周邊血管疼痛和發炎。

手術風險：（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) 極少數人會對局部麻醉劑有特意體質性的過敏反應。
- (2) 氣胸：機率小於2%，在足夠的準備下應可降低至1%以下。
- (3) 靜脈血栓：有症狀者約3~5%。
- (4) 其他併發症：栓塞、感染、血管受損、皮下血腫導致上呼吸道壓迫、死亡等：小於1%。

中央靜脈導管置入術說明書（承上頁）

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）

中央靜脈導管置入術並無其他可行的替代方案。

醫師補充說明：

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

病歷號

姓名

床號

第二頁

肺動脈順流導管置入術說明書（承上頁）

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）

肺動脈順流導管置入術並無其他可行的替代方案。

醫師補充說明：

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

心律調節器置放手術說明書（承上頁）

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) 暫時性經靜脈心律調節器置放之替代方案：暫時性經皮刺激心律調節電極貼片之使用。
- (2) 永久性心律調節器置放之替代方案：無。

醫師補充說明：

- (1) 暫時性經靜脈心律調節器置放者：術後患者應避免頭頸部大幅度之轉動，以避免心律調節導極脫落或移位；如有任何不適應主動告知醫護人員俾利後續適當處置。
- (2) 永久性心律調節器置放者：術後患者應以三角巾包紮固定手術側上肢至少三天，且四到六週內應避免大幅度之上肢活動以免心律調節導極脫落或移位。術後如有任何不適應主動告知醫護人員俾利後續適當處置。

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

5. 心包膜腔積液穿刺引流術說明書

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）：

心包膜腔積液穿刺引流術：

- (1) 我們會請病人躺在床上，盡可能平躺，之後會以心臟超音波定位，找到最方便及最安全的地方下針。
- (2) 在定位完後，我們會將入針處做完整的消毒，並將病人蓋上無菌的鋪單。
- (3) 定位處會施以局部麻醉，此時應是整個過程中最痛的時後。
- (4) 局部麻醉後，會使用一較粗的硬針帶著針筒，從剛剛定位處刺入皮膚，並非常謹慎的將硬針慢慢推進。
- (5) 當抽到心包膜腔積液後，針筒會被拿開，一條導線會沿著道位的硬針進入心包膜腔。
- (6) 在導線就位後，硬針就會被抽離，接著會用一支較粗的軟塑膠管套著塑膠硬針，沿著導線穿過皮膚進入心包膜腔，並做路徑擴張的工作，此時可能會有一些脹痛感，但應在可忍受之範圍。
- (7) 硬塑膠針和導線會一起被抽離，只留下粗的塑膠軟管在心包膜腔內，即完成整個心包膜腔積液穿刺引流術最重要和最不舒服的步驟。
- (8) 最後一根豬尾巴導管（軟管）會沿著剛剛固定好的軟塑膠管進入心包膜腔內，到定位後，會進行測試，並接上真空引流瓶做引流，把粗的塑膠軟管抽離，並用縫線固定豬尾巴導管，即完成了整個心包膜腔積液穿刺引流術。這後半的過程病人不會有任何不舒服。

手術效益：（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) 可以立即緩解因心包膜腔積液所引起的症狀，包括氣促、端坐呼吸、血壓降低或休克。
- (2) 可以進一步分析心包膜腔積液的成份，來找到引起心包膜腔積液的可能病因。

手術風險：（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。）

因心包膜腔積液穿刺所造成之死亡約 1~3%。

病歷號

姓名

床號

第二頁

心包膜腔積液穿刺引流術說明書（承上頁）

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）

心包膜腔積液穿刺引流術絕大部份為緊急狀況下之必要措施，沒有其它替代方案。

醫師補充說明：

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

6. 經食道心臟超音波檢查說明書

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）：

經食道心臟超音波檢查：

- (1) 術前我們會評估病人是否適合接受經食道心臟超音波檢查，如果可以，將會請病人至少禁食八小時。
- (2) 術前十分鐘，會在病人咽喉內噴局部麻醉劑 2~3 次。
- (3) 開始檢查前會讓病人側躺面向施行檢查的醫師，嘴裡含著咬合器。
- (4) 食道心臟超音波的探頭會由咬合器的洞進入口腔，之後會請病人做吞嚥的動作，配合著吞嚥動作，醫師會將食道心臟超音波探頭送到定位，這個步驟是病人最不舒服的時後，但只要配合醫師的指示，讓探頭迅速到位，不舒服就會減輕和縮短。
- (5) 探頭到位後，超音波檢查會很迅速的在幾分鐘內完成，過程中病人若有唾液，請輕輕的吐出，不要吞下，以免影響檢查。
- (6) 檢查完後，請病人 1~2 小時內不要吃東西，一些喉嚨不舒服的症狀應會逐漸消失。

手術效益：（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。）

經食道心臟超音波可以比傳統胸前心臟超音波得到更精細的心臟影像，舉凡感染性心內膜炎的診斷及其他心臟結構的問題都可以看得更清楚。

手術風險：（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。）

經食道心臟超音波檢查的併發症：

- (1) 病人無法配合吞服超音波探頭者：0.5~1%。
- (2) 肺部的併發症：(a)支氣管痙攣 0.03~0.1%；(b)血氧降低 0.01~0.05%。
- (3) 心臟之併發症：(a)心室頻脈 0.01~0.05%；(b)陣發性心房顫動 0.01~0.05%；(c)房室傳導阻滯：0.005~0.01%；(d)心絞痛：0.005~0.01%。
- (4) 出血：(a)咽喉部出血：0.005~0.01%；(b)嚴重吐血及死亡：0.005~0.01%。
- (5) 其他：嘔吐或食道破裂：0.05~0.1%。