便秘患者 GOLYTELY 大腸鏡檢查 清腸準備說明

Constipation GoLytely Colonoscopy Prep Instructions · Traditional Chinese

unio SPECIALTY CARE

請今天就閱讀本說明。有些藥物必須在檢查前 **7 天**停用。 請按照**本說明**操作，**不要**按照清腸藥盒子裡的說明。

取消政策：需要取消或改期嗎？請至少提前 **5 個工作日**（週末不算）打電話給我們。如果您沒有來或太晚取消，需支付 **300 美元**費用。

您的大腸鏡檢查時間

日期: ____/____/_____ **到達時間:** _____ **AM/PM** **檢查時間:** _____ **AM/PM**

醫生: ☐ **DR. KEN D. NGUYEN** ☐ **DR. TIM CHEN** ☐ **DR. DANA PAN**

☐ VALLEY DIGESTIVE HEALTH CENTER 488 E SANTA CLARA ST #102, ARCADIA, CA 91006
☐ USC ARCADIA HOSPITAL 300 W HUNTINGTON DR, ARCADIA, CA 91007
☐ GOOD SAMARITAN HOSPITAL 1245 WILSHIRE BLVD #200, LOS ANGELES, CA 90017

*請按**到達時間**到達。本說明中的所有時間，都是從**檢查時間**往前計算。*

免費取消或改期的最後一天：

準備工作

- 到藥房領取 **GoLytely** 清腸藥（一大瓶）和 **1 瓶（10 盎司）檸檬酸鎂 (magnesium citrate)**。我們會把處方發送到您的藥房。請選擇**檸檬或青檸口味**（不要櫻桃或葡萄口味）。**有腎病嗎？**服用檸檬酸鎂前請先打電話給我們。
- **安排接送：**檢查後必須由一位成年家人或可信賴的朋友開車送您回家，您**不可以自己開車**。

藥物：什麼時候停用

- 請在表格中找到您的藥物，並在表格所列的日期**停止服用**（從檢查當天往前算）。如果您的藥物**不在**本頁上，請照常服用。
- **阿司匹林** (aspirin)：**請繼續服用**，除非醫生另有指示。
- **抗凝血藥（稀釋血液的藥物）：**停藥前，請先諮詢為您開這種藥的醫生。如果您裝有**金屬（機械）心臟瓣膜**，或在過去一年內曾經**中風**或放置**心臟支架**，請先聯繫我們，您需要特別的指示。

停藥時間	藥物	什麼時候重新開始服藥
檢查前 7 天	抗凝血 prasugrel (Effient)	**抗凝血藥和鐵劑：**檢查後，醫生或護士會告訴您。 **糖尿病藥和減肥藥：**恢復正常飲食後再開始服用。 ***Metformin（二甲雙胍）：**如果您有腎病，或檢查時用了 X 光造影劑（例如 ERCP），檢查後要再等 2 天（48 小時）。
	糖尿病 / 減肥 **每週打一次的針：** semaglutide (Ozempic, Wegovy), dulaglutide (Trulicity), tirzepatide (Mounjaro, Zepbound)	
	減肥 phentermine (Adipex-P, Lomaira)	
檢查前 5 天	抗凝血 warfarin (Coumadin, Jantoven) · clopidogrel (Plavix) · ticagrelor (Brilinta)	
	鐵劑 鐵劑：硫酸亞鐵、富馬酸亞鐵或葡萄糖酸亞鐵 (Feosol, Slow Fe, Ferro-Sequels, Fergon)	
檢查前 4 天	抗凝血 dabigatran (Pradaxa) — **如果您有腎病**	
	糖尿病 ertugliflozin (Steglatro)	
檢查前 3 天	糖尿病 canagliflozin (Invokana) · dapagliflozin (Farxiga) · empagliflozin (Jardiance)	
檢查前 2 天	抗凝血 rivaroxaban (Xarelto) · apixaban (Eliquis) · edoxaban (Savaysa) · dabigatran (Pradaxa) — 如果您的腎功能正常	
檢查當天早上（不要服用）	糖尿病 metformin* (Glucophage, Glumetza, Fortamet, Riomet) · glipizide (Glucotrol), glyburide (DiaBeta, Glynase), glimepiride (Amaryl) · semaglutide 口服片 (Rybelsus, Wegovy 口服片) · sitagliptin (Januvia), linagliptin (Tradjenta)	

胰島素 — 不要自己停用胰島素

胰島素種類	檢查前一天（只喝清流質的那天）	檢查當天早上
長效: glargine (Lantus, Toujeo, Basaglar), detemir (Levemir), degludec (Tresiba)	注射平時劑量的**一半 (½)**	注射平時劑量的**一半 (½)**
預混型和 NPH: Humulin 70/30, Novolin 70/30, Novolog 70/30, Humalog 75/25, Humalog 50/50, NPH (Humulin N, Novolin N)	注射平時劑量的**一半 (½)**	注射平時劑量的**一半 (½)**
餐時（速效）：lispro (Humalog), aspart (Novolog), glulisine (Apidra), regular (Humulin R, Novolin R)	**不要注射**（因為不吃正餐）	**不要注射**

- 檢查前一天請**至少測量 3 次**血糖，出門前再測量一次。
- 請隨身攜帶果汁或葡萄糖片，以防血糖過低。
- 血糖過高時，只有在醫生事先指導過的情況下，才可以額外注射少量胰島素（矯正劑量）。

大腸鏡檢查前 5 天

- 開始**低纖維飲食**。掃描二維碼查看可以吃什麼。
- **可以吃：**白麵包、白米飯、普通麵條或意大利麵、雞蛋、雞肉、魚、豆腐、牛奶、奶酪和原味酸奶。
- **不要吃：**水果、蔬菜、堅果、種子、豆類、玉米、爆米花或全穀物。
- **停止服用鐵劑。**

掃碼查看低纖維飲食

第 1 步 — 大腸鏡檢查前一天

- **全天：**不可進食任何固體食物，**只可飲用清流質**（即看得透的液體，見下方清單）。請多喝，以免脫水。
- **中午 12 點：**喝完**整瓶（10 盎司）檸檬酸鎂**，然後至少再喝 **1 杯（8 盎司）水**。冷藏後比較容易入口。
- **下午 6 點：**往 GoLytely 瓶裡加水到刻度線（4 升，約 1 加侖）。蓋好蓋子，搖到藥粉完全溶解。
- **每 10 分鐘喝 1 杯（8 盎司）**，直到喝完**一半**（2 升，約 8 杯）。
- 把剩下的一半放進冰箱，留到明天喝。
- 喝清腸藥的時候，不要同時喝其他飲料。
- 每次開始喝清腸藥前 1 小時起，直到喝完為止，**不要服用任何口服藥**。
- 請留在洗手間附近。您會多次排出水樣大便，這是正常現象。

清流質 — 可以喝

- 白開水
- Gatorade、Pedialyte 或 Powerade
- 清湯（不含任何料）
- 黑咖啡或茶（不加奶、不加奶精）
- 汽水（有氣或無氣）
- Kool-Aid 或其他果味飲料
- 無果肉的透明果汁（蘋果汁、白葡萄汁）
- 果凍 (Jell-O)、冰棒、硬糖

不可以

- 任何**紅色或紫色**的東西
- 酒
- 牛奶或奶精（包括非乳製奶精）
- 有麵條或蔬菜的湯
- 有果肉的果汁（例如橙汁）
- 任何**看不透**的飲料
- 固體食物

第 2 步 — 大腸鏡檢查當天

- **檢查時間前 6 小時：** 喝**剩下的一半** GoLytely（2 升）：**每 10 分鐘喝 1 杯（8 盎司）**，直到喝完。
- 即使大便已經變得清澈，也要把清腸藥**全部**喝完。
- 所有東西必須在檢查時間**前至少 2 小時**喝完。

您早上要吃的其他藥：出門前，請用**一小口水**服用**所有不在**停藥清單（第 1 頁）上的早上藥物——**包括降血壓藥**。 請在喝完清腸藥**之後**再吃。
糖尿病：當天早上**不要**服用糖尿病藥片。胰島素請按照**胰島素**表格注射。

- **檢查時間前 2 小時：** 停止喝任何東西——不喝水、不喝清流質、不吃糖、不嚼口香糖。（只可用一小口水吞藥。）
- 帶上**接送您的人**和您**所有藥物的清單**。

大腸鏡檢查之後

- **檢查結果：**如果我們做了活檢（取一小塊組織化驗），結果需要 7–10 個工作日。醫生會打電話或寄信通知您。
- **抗凝血藥：**醫生或護士會告訴您什麼時候重新開始。
- **糖尿病藥：**恢復正常飲食後再開始服用。
- 您接受了鎮靜麻醉，當天餘下的時間**不可以開車**。
- 檢查時注入的空氣可能引起輕微腹痛、腹脹或排氣。這是正常現象，很快會自行消失。
- 如果您有**嚴重腹痛、發燒或大便帶血，請立即打電話**給我們：626-898-4560。緊急情況請撥打 911。

我已收到並明白本說明和取消/失約（No Show）政策（300 美元費用）。我明白如需取消，必須在預約時間至少 5 個工作日前通知。

病人姓名（請用正楷）： _____

X _____ **日期:** _____

病人簽名