

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

心臟內科心臟電生理檢查/心室心律不整
經導管電氣燒灼術說明書暨同意書

心臟電生理檢查/心室心律不整經導管電氣燒灼術說明書

一、檢查(治療/處置)的目的與效益

心室心律不整會導致病人心悸及暈厥，嚴重影響生活品質，心臟功能，並有可能導致心臟衰竭或心因性猝死。心導管電氣燒灼手術為治療心室心律不整之有效方法，其可能可以根治心室心律不整，或減少長期服藥的需求，減少藥物副作用並改善症狀。

二、檢查(治療/處置)的方式

心導管電氣燒灼手術必須在心臟電生理檢查室進行，病人將接受股部或頸部/胸部(需心外膜電燒患者)先用碘酒及酒精消毒，然後施行局部麻醉，這時可能有局部疼痛或脹痛感覺，接著醫師將鞘管經皮穿刺放進血管中，在 X 光透視下把電極導管放到心臟腔室，記錄心臟電波傳導路徑，傳導特性，誘發心律不整，測試抗心律不整藥物藥效及確立心律不整機轉，檢查時通常需要 3D 立體定位系統作為手術過程的輔助，在醫師判斷為較嚴重的心室性心律不整時，有時會需要全身麻醉的輔助，利用經皮心包膜外穿刺，進入心包膜外進行電燒。在做完檢查後需臥床 4-6 小時，臥床時手術側腿需伸直不能彎曲，同時避免抬頭的動作。假如需要咳嗽或打噴嚏，先按住手術位置以免出血。

三、檢查(治療/處置)的風險和機率

心律不整經導管電氣燒灼術可能會有合併症，這些合併症跟病人病情輕重有關，包括局部出血(1.7%)、周邊血管傷害(含假性動脈瘤、血管裂傷、腹膜後大出血)需外科手術治療修補(0.6%)、房室傳導阻礙、(1.5%)、冠狀竇破裂、血管栓塞、心包膜填塞、心臟破裂(0.1-0.6%)、腎臟功能損傷，冠狀動脈狹窄(非常罕見)，其他…等等，甚至死亡(非常罕見)。手術本身並不會直接導致腦中風。但因為任何的手術都有可能會增加心血管的負擔，因此在手術的前後，都有發生腦中風之可能性。

四、檢查(治療/處置)的併發症及可能處理方式

介入手術依病人狀況不同，有一定程度的風險。併發症雖然不常見，但無法完全避免。如在手術中發生併發症危及生命時會立刻進行急救。各種併發症處理的方式如下：透過加壓止血可以控制傷口局部出血，或是以輸血補充流失的血紅素；嚴重時需抗生素治療甚至需要手術清創。心律不整可以使用藥物或電擊整流回復竇性心律；血管栓塞可以注射抗凝血藥物或血栓摘除術等方式維持血管通暢；房室傳導阻礙可以裝置永久性心臟節律維持電流傳導；心包膜填塞，冠狀動脈狹窄及心臟破裂可以透過心包膜液抽吸，心導管手術或在有必要時進行外科緊急手術。

五、檢查(治療/處置)可能出現之暫時或永久症狀

心室心律不整需心臟電擊治療(1.5%)、永久性腦中風(0.1%)、周邊血管傷害需外科手術治療(0.6%)、嚴重顯影劑過敏(0.6%) 及急性腎衰竭，…等等。腎衰竭無法回復時，可能需長期接受洗腎治療。過敏性休克發生時，需給予抗過敏及強心升壓藥物。若中風不幸發生，除了支持性療法，及給予抗血栓藥物外，並無特別有效之治療方式。

六、不實施檢查(治療/處置)之後果及其他可能代替之方式

若不接受心律不整經導管電氣燒灼術，可以選擇服用心律不整藥物、心臟電擊、裝置體內心臟去顫器或外科手術…等方法治療。

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

心臟內科心臟電生理檢查/心室心律不整
經導管電氣燒灼術說明書暨同意書

心臟電生理檢查/心室心律不整經導管電氣燒灼術說明書

七、檢查(治療/處置)的前、中、後注意事項

病人接受心臟電生理檢查前應告知醫師身體狀況以及藥物的使用情形；於導管室內檢查時須配合醫師指示進行侵入性檢查；檢查後須配合靜躺避免傷口出血，並告知醫護人員任何身體不適。

八、健保給付說明

依據全民健保給付規定辦理。依據疾病複雜程度及輕重不等，病人可能會需要負擔和部分治療所需的特殊醫材費用，例如三度空間立體定位系統、冷卻電燒導管…等等之特殊耗材。醫師會根據疾病需要進行選擇並向病人及家屬說明。

緊急連絡/諮詢電話： 02-28757509 心導管室

※這份說明書是用來向您解說即將接受的檢查之目的與效益、方式以及可能的併發症，請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

心臟內科心臟電生理檢查/心室心律不整
經導管電氣燒灼術說明書暨同意書

心臟電生理檢查/心室心律不整經導管電氣燒灼術同意書

一、擬實施之檢查(治療/處置)

- 1. 疾病名稱： 心室心律不整 其它_____
- 2. 建議檢查(治療/處置)名稱： 心臟電生理檢查 經導管電氣燒灼術 其它_____
- 3. 建議檢查(治療/處置)原因： 診斷及治療

二、醫師之聲明

- 1. 我已經儘量以病人能瞭解之方式，解釋這項檢查(治療/處置)之相關資訊，特別是下列事項：
 - 需實施檢查(治療/處置)之原因、目的 不實施檢查(治療/處置)之可能後果
 - 檢查(治療/處置)方式 其他可能替代之檢查(治療/處置)方式
 - 檢查(治療/處置)之風險和機率 檢查(治療/處置)併發症及可能處理方式
 - 預期治療(治療/處置)後可能出現之暫時或永久症狀
 - 如另有檢查(治療/處置)相關說明資料，我並已交付病人
- 2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查(治療/處置)問題，並給予答覆：
 - (1) _____
 - (2) _____

說明醫師： _____ 日期： _____年 _____月 _____日 時 分
執行醫師： _____ 日期： _____年 _____月 _____日 時 分

三、病人之聲明

- 1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查(治療/處置)的原因、目的、方式、風險之相關資訊。
- 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查(治療/處置)可能預後情況和不進行檢查(處置/治療)的風險及其他可能替代之治療方式。
- 3. 我瞭解在檢查(治療/處置)過程中，如果因檢查(治療/處置)之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
- 4. 我瞭解這個檢查(治療/處置)可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
- 5. 針對我(病人)的情況、檢查(治療/處置)之進行、檢查(治療/處置)方式等，我能夠向醫師提出問題與疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我 同意 不同意 進行此檢查(治療/處置)。

立同意書人： _____ 關係：病人之 _____(本人、未成年人病人或無法親自
簽具病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人)

住址： _____ 電話： _____

日期： _____年 _____月 _____日 時 分

見證人： _____ 日期： _____年 _____月 _____日 時 分

附註：

- 一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 二、見證人部分，如無見證人得免填載。