

病室床號： / 科別：  
病歷號： 男  
姓名： 女  
生日： 年 月 日

## 心臟內科心律調節器植入術說明書暨同意書

### 心律調節器植入術說明書

#### 一、治療/處置的目的與效益

當出現心跳過慢，心跳暫停或心臟傳導異常時，為了維持正常心跳，避免危險事件如昏厥，致命性心律不整的發生，必須施行心律調節器植入手術。

心律調節器包含二個主要部分 - 電極導線和心律調節器機器本身，透過置放於心臟內的電極導線，位於皮下的心律調節器機器可以判斷病人心跳是否異常，以決定是否需刺激心臟跳動。因此心律調節器的主要功能在於處理心跳過慢或暫停的問題，若病人合併有其它心律不整(如心房顫動，心房/心室早發性收縮，心室頻脈/心室顫動…)，心律調節器並無治療效果。

#### 二、治療/處置的方式

此項手術是在心導管室進行，一般而言，會採用局部麻醉的方式，亦即病人在手術當中是清醒的，若過程中有任何不適，可以隨時告訴手術醫師。手術的傷口位於左側或右側鎖骨下方，於表皮局部麻醉後，醫師會在 X 光設備的輔助下，將導線電極，利用靜脈切開或靜脈穿刺的方式，經鎖骨下靜脈、上腔靜脈置入右心房、右心室固定，並將心律調節器植入皮下或肌肉中，傷口縫合。手術前後都需施予抗生素以預防感染。

#### 三、治療/處置的風險和機率

手術可能導致一些併發症的產生，這些併發症包含右心室或右心房破裂(0.1%)、氣胸或血胸(1%)、心律不整(<1%)、傷口血腫(1%)、傷口感染(1%)、腋窩靜脈血栓(0.5%)、鎖骨下動靜脈瘻管(<1%)、臂神經叢傷害(<1%)、迷走神經迴返枝傷害(<1%)、空氣栓塞(<1%)、電極導線脫落或絞纏(<1%)、死亡(非常罕見)。若需注射顯影劑以確定血管走向及位置，則有急性腎衰竭(<1%)，過敏，過敏性休克甚至死亡(<1%)之可能。另外，心律調節器植入手術是在靜脈系統和右心中進行，因此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增加心血管的負擔，因此在手術的前中後，都有發生腦中風之可能性(<1%)，特別是在合併心房顫動，心室血栓，或手術前後需暫停抗凝血藥物的病人，風險更高。

#### 四、治療/處置的併發症及可能處理方式

若心律不整發生，必要時需施予體外心臟電擊。傷口感染嚴重時需手術清創，甚至需移除植入之導線及機器。若導線脫落，需重新再接受手術。若氣胸/血胸嚴重，必要時需置入胸腔引流，甚至需要開胸手術。若發生心臟破裂/心包膜填塞，則需進行心包膜引流，嚴重時需接受開心手術，甚至有立即死亡之風險。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。

#### 五、治療/處置可能出現之暫時或永久症狀

術後可能會有傷口疼痛或腫漲的情形，一般而言，數天後會逐漸緩解。少數病人傷口處會長期感到異物感或覺得手術側上臂的活動受到限制。

病室床號： / 科別：  
病歷號： 男  
姓名： 女  
生日： 年 月 日

心臟內科心律調節器植入術說明書暨同意書

心律調節器植入術說明書

六、不實施治療/處置之後果及其他可能代替之方式

除了接受心律調節器植入手術外，心跳過慢，心跳暫停或心臟傳導異常並無特別有效的藥物或非藥物治療。

七、治療/處置的前、中、後注意事項

病人接受手術前應告知醫師身體狀況及藥物的使用情形；於手術時須配合醫師指示；手術後須保持傷口乾燥及清潔，並避免手術側之上肢過度活動及提重物，若有任何身體不適，請立即告知醫護人員。

八、健保給付說明

依全民健保規定辦理。若有需自費的項目，會由醫師說明後，另行簽署自費同意書。

緊急連絡/諮詢電話： 02-28757509 心導管室

病室床號： / 科別：  
病歷號： 男  
姓名： 女  
生日： 年 月 日

心臟內科心律調節器植入術說明書暨同意書

心律調節器植入術同意書

一、擬實施之治療/處置

- 1. 疾病名稱： 心搏過緩 心律調節器電池耗盡 心律調節器毀損 其他\_\_\_\_\_
- 2. 建議治療/處置名稱： 心律調節器植入術 換電池 換導線 其他\_\_\_\_\_
- 3. 建議治療/處置原因： 維持心律、治療

二、醫師之聲明

- 1. 我已經儘量以病人能瞭解之方式，解釋這項治療/處置之相關資訊，特別是下列事項：
  - 需實施治療/處置之原因、目的 不實施治療/處置之可能後果
  - 治療/處置方式 其他可能替代之治療/處置方式
  - 治療/處置之風險和機率 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，並且我已經瞭解治療/處置可能預後情況和不進行檢查治療/處置的風險及其他可能替代之治療方式。
- 3. 我瞭解在治療/處置過程中，如果因治療/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、治療/處置之進行、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。