

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
診斷性心導管檢查說明書暨同意書

診斷性心導管檢查說明書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女
病人出生日期_____年____月____日

一、檢查的目的與效益

病人如患有冠狀動脈疾病時，可能因為血管狹窄造成心肌缺氧，使病人有昏倒、胸悶、胸痛等症狀，並有猝死之風險，也增加接受手術的危險性。診斷性心導管檢查(以下簡稱**診斷導管**)是了解是否有冠狀動脈狹窄最徹底的方法。檢查結果可以幫助病人確認是否有冠狀動脈狹窄，並由醫師建議最適當的治療方式。另外，診斷導管也可量測心臟內部的壓力及評估心臟的功能，可幫助了解肺動脈高壓及瓣膜疾病的病人病情嚴重度，以便醫師安排後續的治療。

二、檢查的方式

檢查醫師會在病人的手腕或大腿根部先用碘酒及酒精消毒，然後用局部麻醉藥做局部麻醉，接著醫師把導管用細針穿皮方法放進血管，隨即在X光透視下，將導管放到心臟測量壓力或施行血管攝影。如需作右心室診斷導管(將心導管經由靜脈做檢查)會額外在頸部或大腿根部的靜脈置放導管。如做右心室心導管只需臥床一小時；若做左心室及動脈血管的診斷導管(將心導管經動脈檢查)，如由大腿檢查則需臥床六小時。臥床時手術側的腿需伸直不能彎曲，同時應避免抬頭的動作，假如需要咳嗽或打噴嚏，請先按住手術位置以免出血。若是從手部進行診斷導管，則手術後會將穿刺部位包紮約四小時，而手術部位的手臂則禁止使力或彎曲，以免出血腫脹。

三、檢查的風險和機率

根據文獻紀錄，接受診斷導管可能出現的合併症有下列情況：局部出血或血腫(1.7%)、心律不整(0.38%)、中風(0.03%)、末梢血液循環不良(0.43%)、心肌梗塞(<0.1%)、緊急冠狀動脈繞道手術(<0.1%)、心包膜填塞(0.1%)、心律不整需心臟電擊治療(0.38%)、腦中風(0.03%)、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%)、主動脈剝離或心臟破裂(0.03%)、嚴重顯影劑過敏(0.6%)、顯影劑造起的急性腎衰竭(2~9%，因人而異)、傷口感染(<0.1%)、腔室症候群(<0.1%)、手部或腳部的神經損傷(<0.1%)、手部或腳部的動脈栓塞(<0.1%)等。不幸引起死亡的比率僅有千分之一左右。這些合併症跟病人病情輕重和醫院施行診斷/介入導管經驗次數有關(本院一年診斷導管施行約三千例)。

四、檢查的併發症及可能處理方式

診斷導管雖是低風險的檢查，但依病人病情輕重不同，**仍有可能發生併發症**。透過加壓止血可以控制局部出血；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；腎衰竭無法回復時，可能需暫時或長期接受洗腎治療。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。若不幸發生中風，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，需密切觀察及接受復健。(接說明書次頁)

※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。

頁數 1/3

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
診斷性心導管檢查說明書暨同意書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女
病人出生日期_____年____月____日

(接說明書首頁)

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

檢查後，在導管進入部位會留下 0.3 公分左右之疤痕及局部淤青，傷痕將會逐漸消退。其他包括永久性腦中風(0.1%)、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%)、嚴重顯影劑過敏(0.6%)、顯影劑造起的急性腎衰竭(2~9%，因人而異)、傷口感染(<0.1%)、腔室症候群(<0.1%)、手部或腳部的神經損傷(<0.1%)、手部或腳部的動脈栓塞(<0.1%)等。

六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

若不施行診斷性心導管，可以採用運動心電圖檢查、六十四切電腦斷層或核子醫學檢查輔助檢查冠狀動脈的狀況；利用心臟超音波可了解心臟功能及肺部壓力高低。但不實施診斷導管檢查的替代項目都無法徹底了解冠狀動脈阻塞嚴重程度或完全取代診斷導管，將有可能造成病人的疾病無法得到確切診斷，增加未來不良的心血管事件發生率（心肌梗塞、死亡等）。

七、檢查的前、中、後注意事項

您接受診斷導管，術前應告知您的主治醫師目前的身體狀況及用藥情形；檢查及手術中您的意識都是清醒的，如有任何不適需即時告知醫護人員，如從手部檢查，手術側的手不能彎曲；如從大腿部檢查，手術側的大腿不能彎曲；檢查及治療時須配合醫師指示。一般如從大腿根部做檢查，術後需臥床約六小時。臥床時手術側的腿需伸直不能彎曲，同時應避免抬頭的動作，假如需要咳嗽或打噴嚏，請先按住傷口位置以免出血。若是從手部進行心導管檢查，則手術後會將穿刺部位包紮約四小時，而手術部位的手臂則禁止使力或彎曲，以免出血腫脹。檢查後即可進食，建議您可進食較軟質的食物以利吞嚥。休息一天後，護理人員會為您去除敷料，傷口消毒後再以紗布或防水膠布覆蓋。若無不適，大部分病患在醫院觀察一晚後，隔天即可出院返家休養。出院回家後，您需注意下列事項：

1. 返家一周內避免做劇烈運動或搬運重物。
2. 可淋浴，但需立即擦乾傷口，並以優碘擦拭後，再以 OK 繃黏貼即可；且建議返家後每日換藥一次，至少換藥兩日。
3. 穿刺部位周圍可能會瘀青，若無擴大，觀察幾天即會消失；如又再次滲血且無法直接加壓止血，或是穿刺部位有異常腫脹、疼痛等，皆請您儘速回門診追蹤。

緊急連絡/諮詢電話: 02-28757509 心導管室

頁數 2/3

※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。

臺北榮民總醫院診斷性心導管檢查同意書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女
病人出生日期____年____月____日

一、擬實施之檢查（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 建議檢查名稱：**診斷性心導管檢查**
3. 建議檢查原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施檢查之原因、目的 | <input type="checkbox"/> 不實施檢查之可能後果 |
| <input type="checkbox"/> 檢查方式 | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之檢查方式 |
| <input type="checkbox"/> 檢查之風險及機率 | <input type="checkbox"/> 檢查併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 如另有檢查相關說明資料，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問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____

說明醫師：_____ 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的原因、目的、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查可能預後情況和不進行治療的風險。
3. 我瞭解在檢查過程中，如果因檢查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. 我瞭解這個檢查可能是目前現階段較適當的選擇，但隨著不同的病情變化，可能需要其他檢查作為診斷及治療的輔助。

基於上述聲明，我 ☐同意 ☐不同意 進行此檢查。

立同意書人：_____ 關係：病人之_____

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。

臺北榮民總醫院診斷性心導管檢查同意書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女
病人出生日期____年____月____日

一、擬實施之檢查（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 建議檢查名稱：**診斷性心導管檢查**
3. 建議檢查原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施檢查之原因、目的 | <input type="checkbox"/> 不實施檢查之可能後果 |
| <input type="checkbox"/> 檢查方式 | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之檢查方式 |
| <input type="checkbox"/> 檢查之風險及機率 | <input type="checkbox"/> 檢查併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 如另有檢查相關說明資料，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問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____

說明醫師：_____ 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的原因、目的、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查可能預後情況和不進行治療的風險。
3. 我瞭解在檢查過程中，如果因檢查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. 我瞭解這個檢查可能是目前現階段較適當的選擇，但隨著不同的病情變化，可能需要其他檢查作為診斷及治療的輔助。

基於上述聲明，我 ☐同意 ☐不同意 進行此檢查。

立同意書人：_____ 關係：病人之_____

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。

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
介入性心導管治療說明書暨同意書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女
病人出生日期_____年____月____日

介入性心導管治療說明書

一、治療的目的與效益

冠狀動脈疾病會導致胸悶、胸痛及暈厥，嚴重影響病人的生活品質，如合併發生心肌梗塞時，不接受治療的死亡率極高。介入性心導管治療是治療冠狀動脈疾病的方法之一，它具有不需開刀的優點；一般的相對風險較低，較開刀住院時間也較短。

二、治療的方式

此項手術是在本院的心導管檢查室裡面進行，醫師會在病人的手腕或大腿根部先用碘酒及酒精消毒，然後在皮膚注射局部麻醉藥做局部麻醉，接著醫師把導管用細針穿皮方法放進血管，隨即在 X 光透視下，將導管放到心臟內施行血管攝影。在經過冠狀動脈血管攝影確認心臟血管的狀況後，為了將狹窄或阻塞的血管打通，您的主治醫師會建議您接受介入性心導管治療(**經皮氣球擴張血管成形術或置放血管支架**)，在您血管有問題的地方以導線穿過，並使用適當之氣球導管將狹窄或阻塞血管病灶打通，以改善心臟缺氧狀態。主治醫師將依照您病情需要，建議您是否需要置放血管支架。血管支架目前有金屬支架，塗藥支架及生物可吸收支架三種可選擇。您的主治醫師會在置放血管支架前和您及您的家人討論給予建議，便於讓您決定要置放哪一種血管支架。置放完血管支架後，如本次的介入性心導管治療較為複雜，將把您轉入冠狀動脈加護病房以便嚴密監控血壓、心跳等生命徵象以及接受拔管加壓止血，傷口照護等醫療程序。

三、治療的風險和機率

介入性心導管治療可能導致併發症產生，而這些併發症根據文獻紀錄，重大的併發症約有 4.1%，較輕微的併發症約有 6.9%。其中因此治療而發生死亡的機率平均約 0.1%。可能的併發症包括心肌梗塞(0.3%)、緊急冠狀動脈繞道手術(1.5%)、支架內血栓(0.1%)、心包膜填塞(0.1%)、心律不整需心臟電擊治療(1.5%)、腦中風(0.03%)、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%)、主動脈剝離或心臟破裂(0.03%)、嚴重顯影劑過敏(0.6%)、顯影劑造起的急性腎衰竭(2~9%，因人而異)、傷口感染(<0.1%)、腔室症候群(<0.1%)、手部或腳部的神經損傷(<0.1%)、手部或腳部的動脈栓塞(<0.1%)等。

四、治療的併發症及可能處理方式

介入性心導管治療依病人狀況不同，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；萬一不幸有心肌梗塞或是支架內血栓產生，可能需要再一次的接受心導管檢查後再次緊急接受經皮氣球擴張血管成形術或是冠狀動脈繞道手術等。腎衰竭無法回復時，可能需暫時或長期接受洗腎治療。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。若不幸發生中風，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，需密切觀察及接受復健。(接說明書次頁)

※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，

頁數 1/3

請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
介入性心導管治療說明書暨同意書

病室床號_____ / _____科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女
病人出生日期_____年____月____日

(接說明書首頁)

五、治療可能出現之暫時或永久症狀

經檢查治療後，在導管進入部位會留下 0.3 公分左右之疤痕及局部淤青，傷痕將會逐漸消退。其他包括永久性腦中風(0.1%)、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%)、嚴重顯影劑過敏(0.6%)、顯影劑造起的急性腎衰竭(2~9%，因人而異)、傷口感染(<0.1%)、腔室症候群(<0.1%)、手部或腳部的神經損傷(<0.1%)、手部或腳部的動脈栓塞(<0.1%)等。

六、不實施治療之後果及其他可能代替之方式

若不接受介入性心導管治療，可以選擇藥物治療(包括抗血小板藥物、抗心絞痛藥物等)或冠狀動脈繞道手術等治療，但有可能無法緩解症狀或未來增加急性心肌梗塞的發生機會。急性心肌梗塞時若不接受介入性心導管治療時，未來有很高的機率發生致命性的心律不整，心臟衰竭，嚴重時甚至會死亡。

七、治療的前、中、後注意事項

您接受介入性心導管治療時，術前應告知您的主治醫師目前的身體狀況及用藥情形；檢查及手術中您的意識都是清醒的，如有任何不適需即時告知醫護人員，如從手部檢查，手術側的手不能彎曲；如從大腿部檢查，手術側的大腿不能彎曲；檢查及治療時須配合醫師指示。一般如從大腿根部做治療，術後需臥床約六小時。臥床時手術側的腿需伸直不能彎曲，同時應避免抬頭的動作，假如需要咳嗽或打噴嚏，請先按住傷口位置以免出血。若是從手部進行治療，則手術後會將穿刺部位包紮約四小時，而手術部位的手臂則禁止使力或彎曲，以免出血腫脹。檢查後即可進食，建議您可進食較軟質的食物以利吞嚥。休息一天後，護理人員會為您去除敷料，傷口消毒後再以紗布或防水膠布覆蓋。若無不適，大部分病人在醫院觀察一晚後，隔天即可出院返家休養。出院回家後，您需注意下列事項：

1. 返家一周內避免做劇烈運動或搬運重物。
2. 可淋浴，但需立即擦乾傷口，並以優碘擦拭後，再以 OK 繃黏貼即可；且建議返家後每日換藥一次，至少換藥兩日。
3. 穿刺部位周圍可能會瘀青，若無擴大，觀察幾天即會消失；如又再次滲血且無法直接加壓止血，或是穿刺部位有異常腫脹、疼痛等，皆請您儘速回門診追蹤。

八、健保給付說明

治療若符合全民健保範圍，將依據全民健保給付規定辦理。但若醫療項目無法符合全民健保給付範圍，包括血管支架、顯影劑等，則將依照本院自費醫療給付辦法收費。

緊急連絡/諮詢電話： 02-28757509 心導管室

頁數 2/3

※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。

臺北榮民總醫院介入性心導管治療同意書

病室床號_____/____科別_____
病歷號_____-____
病人姓名____性別 ☐男 ☐女
病人出生日期____年____月____日

一、擬實施之治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：

2. 建議治療名稱： 介入性心導管治療

3. 建議治療原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施治療之原因、目的 | <input type="checkbox"/> 不實施治療之可能後果 |
| <input type="checkbox"/> 治療方式 | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之治療方式 |
| <input type="checkbox"/> 治療之風險及機率 | <input type="checkbox"/> 治療併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 如另有治療相關說明資料，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問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____

說明醫師：_____

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可能預後情況和不進行治療的風險。
3. 我瞭解在治療過程中，如果因治療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. 我瞭解這個治療可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我 ☐同意 ☐不同意 進行此治療。

立同意書人：_____

關係：病人之_____

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。

臺北榮民總醫院介入性心導管治療同意書

病室床號_____/____科別_____
病歷號_____-____
病人姓名____性別 ☐男 ☐女
病人出生日期____年____月____日

一、擬實施之治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：

2. 建議治療名稱： 介入性心導管治療

3. 建議治療原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施治療之原因、目的 | <input type="checkbox"/> 不實施治療之可能後果 |
| <input type="checkbox"/> 治療方式 | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之治療方式 |
| <input type="checkbox"/> 治療之風險及機率 | <input type="checkbox"/> 治療併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 如另有治療相關說明資料，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問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____

說明醫師：_____

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可能預後情況和不進行治療的風險。
3. 我瞭解在治療過程中，如果因治療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. 我瞭解這個治療可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我 ☐同意 ☐不同意 進行此治療。

立同意書人：_____

關係：病人之_____

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。