

**臺北榮民總醫院**  
**Taipei Veterans General Hospital**  
**缺血性腦中風靜脈注射溶栓治療說明書暨同意書**

**缺血性腦中風靜脈注射溶栓治療說明書**

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、治療的目的與效益

急性缺血性腦中風是一種快速變化的疾病，當腦部的血流受阻，會導致腦細胞缺氧缺糖，若能在越短時間內接受治療，缺血細胞的壞死量就越少，所以必須在黃金數小時內決定治療。目前研究已證實在急性缺血性腦中風三小時之內，由靜脈施打血栓溶解劑(rt-PA)有機會降低中風的嚴重度(部份改善肢體癱瘓或是言語知能障礙)。但不是所有急性腦中風的病人都適合接受這項治療，醫療團隊會根據病患身體狀況及醫療病史審慎評估。

## 二、治療的方式

經醫師評估如果符合適應症，病患及家屬同意並簽署同意書後，將會經由靜脈注射血栓溶解劑。施打血栓溶解劑後，醫療團隊會觀察病情變化及評估腦血管阻塞情況，並評核病患是否需要再接受動脈內取栓術以得到更好的治療成效。(詳見缺血性腦中風動脈內取栓術說明書)

## 三、治療的風險和機率

1. 靜脈注射溶栓術有腦出血的風險(約百分之六)。但研究顯示並不會增加整體死亡率。我們會密切監控一切變化，以降低出血的機會。
2. 即使施打血栓溶解劑，仍有可能無法打通動脈，病情仍可能惡化或死亡。

## 四、治療的併發症及可能處理方式

靜脈注射溶栓術有腦出血的風險(約百分之六)，腦出血可能有需要神經外科手術治療、插管、或是死亡的風險。但研究顯示靜脈注射溶栓術並不會增加整體死亡率。我們會密切監控一切變化，以降低出血的機會。

## 五、治療可能出現之暫時或永久症狀

即使施打血栓溶解劑，仍有可能無法打通動脈，產生永久之神經學症狀，如：肢體偏癱、吞嚥困難、失語症、行動不便、生活無法自理、以及意識改變等等情形。病情仍可能惡化或死亡。

## 六、不實施治療之後果及其他可能代替之方式

若不施打血栓溶解劑，病患之神經學症狀會改善的機會較低。但是醫師仍會按照腦中風治療常規，給予病患標準之缺血性腦中風治療。

## 七、治療後注意事項

施打血栓溶解劑後，病患需入住加護病房，由專門之腦中風團隊定期監測血壓、神經學症狀、及各項影像學檢查，避免腦出血及缺血性腦中風惡化之情況發生。病人在加護病房治療期間，應配合加護病房醫療團隊之囑咐，不建議下床隨意走動。

## 八、健保給付說明

符合健保血栓溶解劑適應症者有健保給付。若不符合適應症，經醫師評估病患施打血栓溶解劑仍可能對病患有助者須完全自費。

臺北榮總腦血管治療團隊電話: (02) 28757578

※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 1/2

請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

# 臺北榮民總醫院缺血性腦中風靜脈注射溶栓治療同意書

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：**急性缺血性腦中風**

2. 建議治療名稱：**靜脈注射溶栓治療**

3. 建議治療原因：**緊急治療，以降低腦中風嚴重度。**

（詳細內容請參考說明書）

## 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       | <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"/> 治療可能出現之暫時或永久症狀 | <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

- 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個治療的原因、方式、風險以及機率之相關資訊。
- 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。
- 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。
- 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。

# 臺北榮民總醫院缺血性腦中風靜脈注射溶栓治療同意書

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：**急性缺血性腦中風**

2. 建議治療名稱：**靜脈注射溶栓治療**

3. 建議治療原因：**緊急治療，以降低腦中風嚴重度。**

（詳細內容請參考說明書）

## 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       | <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"/> 治療可能出現之暫時或永久症狀 | <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

- 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個治療的原因、方式、風險以及機率之相關資訊。
- 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。
- 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。
- 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。