

臺北榮民總醫院  
Taipei Veterans General Hospital  
**缺血性腦中風動脈內取栓術治療說明書暨同意書**

**缺血性腦中風動脈內取栓術治療說明書**

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。除了發病三小時以內優先靜脈注射血栓溶解劑之外，目前研究已證實選擇適合的病患進行動脈內取栓手術有機會降低中風的嚴重度，增加中風後能生活功能自理之機會(部份改善肢體癱瘓或是語言表達障礙)，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。請您和醫師討論後儘早決定，簽署同意書後方能進行動脈內取栓術治療。

### 二、治療的方式

經由腹股溝穿刺進入股動脈，再經導管經由股動脈進入人體動脈系統到達腦部血管。施打顯影劑後確認血栓之位置與大小。經治療醫師評估後，使用可回收支架將血栓拉出或使用吸取式導管將血栓吸出，使用何種方式取栓，由治療醫師依據病患年齡及病灶結構決定。

### 三、治療的風險和機率

1. 取栓術有可能引發動脈破裂出血(發生機率約百分之一到二)、新的動脈阻塞(百分之二到四)、嚴重腦水腫，甚至需要開顱手術以減低腦壓(百分之一到二%)，重者會導致嚴重失能、乃至危及生命。
2. 即使嘗試各種治療方法，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

1. 動脈內取栓手術需先施打顯影劑。顯影劑可能會引起較過敏的反應，如丘疹、蕁麻疹、寒顫、胸悶、呼吸困難等症狀(發生機率約百分之一)。甚至引起罕見之喉嚨水腫、氣喘、血壓異常降低、心臟衰竭、休克或猝死(死亡機率約肆萬至拾萬分之一)。治療方式包括抗過敏藥物、類固醇、氣管內管置入及呼吸器使用等各種緊急醫療措施(需視病患個別情況採取最適合之治療方式與藥物選擇。)
2. 顯影劑可能有腎毒性，尤其是腎功能不良者發生腎衰竭的機率更高(千分之六至百分之二)。
3. 動脈內取栓術可能產生腦出血等副作用，大面積的腦出血可能需要進行神經外科手術治療，甚至造成腦幹壓迫進而導致死亡。然而根據國外文獻研究，動脈內取栓術後發生腦出血的發生機會與採取保守治療的病患族群沒有顯著差異。

※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。

## 五、治療可能出現之暫時或永久症狀

即使進行動脈內取栓術，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

不實施治療可能會導致腦中風症狀持續或惡化，大範圍的腦中風可能進一步導致腦水腫。然而您的權益不會因為不願意接受上述治療而遭受損害，醫師會用藥物支持性治療來避免中風惡化。如出現嚴重腦水腫，還可考慮開顱手術以減低腦壓。

## 七、治療後注意事項

在治療後，病人將入住加護病房，每日嚴密監控神經學徵象及生命徵象，待主治醫師判斷病患狀況穩定後轉入一般病房接續治療。

## 八、健保給付說明(若屬自費項目可不必填寫)

動脈內取栓手術則需使用特殊的醫療器材含可回收支架或吸取式導管。目前吸取式健保還沒有給付，須要完全自費。請了解後簽屬同意書表示願意自費支付相關醫材費用。

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 2/3

請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

# 臺北榮民總醫院缺血性腦中風動脈內取栓術治療同意書

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：動脈內取栓手術
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

1. 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。
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。

# 臺北榮民總醫院缺血性腦中風動脈內取栓術治療同意書

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：動脈內取栓手術
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

1. 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。
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。