

病室床號： / 科別：
病歷號： ☐男
姓名： ☐女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部胸腔介入性超音波檢查說明書暨同意書

胸腔部胸腔介入性超音波檢查說明書

一、檢查的目的與效益

胸腔超音波可即時、直接地評估胸壁、肋膜及周邊肺野之異常，可應用的疾病或病況包括腫瘤、肋膜積液、氣胸、肋膜增厚等等。以超音波為導引，臨床醫師可執行各種侵入性檢查及處置，取得檢體作進一步生化、細胞學、病理學及微生物學診斷，以及幫助緩解病人的症狀。

二、檢查的方式

在超音波下定位出病灶的位置後，以一般細注射針、引流管或是活體切片槍穿過體表對肺部、肋膜、胸壁或淋巴結等病灶進行介入性檢查，用以取得檢體提供進一步診斷；或是引流肋膜腔內的積液或空氣以緩解病人症狀。以下為各檢查之說明：

- **胸腔穿刺：**以注射用細針穿過胸壁來抽吸肋膜積液或空氣，取得檢體以供進一步診斷。
- **肋膜積液引流：**以周邊靜脈留置針穿過胸壁來引流肋膜積液或氣胸，以緩解病人的症狀。
- **引流管放置：**以引流管來引流肋膜積液或氣胸，以緩解病人症狀。
- **肋膜切片檢查：**針對肋膜病灶以肋膜切片針或活體切片槍來進行肋膜病灶的穿刺切片。
- **經皮肺抽吸術/切片檢查：**以超音波輔助/導引的方式，用細針或活體切片槍穿過胸壁來進行周邊肺部病灶抽吸或組織切片。
- **細針抽吸術：**以細針抽吸表淺病灶(例如淋巴結、胸壁腫瘤等)來取得檢體，以提供進一步診斷。

三、檢查的風險和機率

沒有任何醫療檢查或處置是完全沒有風險的。以下所列出的風險是已被認定較常發生的併發症，但仍可能有一些醫師無法預期的風險未被列出。

1. 麻醉藥過敏：極少數病人可能對局部麻醉劑有特異體質過敏造成休克及死亡。
2. 氣胸：約 0.6 - 6%¹⁻³。視病灶大小及所在位置而不同。嚴重者可能併發呼吸衰竭及死亡。
3. 局部血腫、咳血、血胸或肺出血：約 1%²。嚴重者會引起呼吸衰竭或死亡。
4. 其他併發症：空氣栓塞：0.01-0.21%⁴。腫瘤細胞擴散：0.012-0.061%⁵。感染：0.2%⁶。
5. 檢查中可能發生迷走神經性暈厥(暈針)、心律不整、心肌梗塞或其他心血管之併發症。

※若有下述之情形，屬於氣血胸高檢查風險患者：

1. 因病使用抗血小板或抗凝血劑，無法停用或停用時間不夠(見下頁附表)：出血率約 4%⁷。
2. 因疾病以致血小板、凝血功能異常(例如血液疾病、肝、腎功能異常等)：出血率約 3.1%⁸。
3. 使用正壓呼吸器者：氣胸機率約 2.9%；相較未使用呼吸器者，氣胸的風險約提高 4 倍¹。
4. 無法配合檢查且可能需要反覆進針者。(例如無法維持姿勢、意識不清、躁動等)
5. 本身肺部結構異常易導致氣胸者。(例如肺泡性肺氣腫等等)

※注意：近期內發生心肌梗塞、腦血管中風、靜脈血栓患者不建議停藥。非上述情形之患者停用藥物可能使心肌梗塞、腦中風、血管栓塞復發，發生率約 0.4-0.8%⁹⁻¹¹。

Reference:

1. Gordon CE et al. *Arch Intern Med* 2010; 170:332-339.
2. Wilcox ME et al. *JAMA* 2014; 311:2422-2431
3. Ault MJ et al. *Thorax* 2015;70:127-132.
4. Khankan A et al. *Semin Intervent Radiol.* 2015 Jun;32(2):174-81.
5. Wu CC et al. *AJR.* 2011 Jun; 196(6):W678-82
6. Cervini P et al. *AJR.* 2010;195(4):846-850
7. Mahmood K et al. *Ann Am Thorac Soc* 2014; 11:73-79
8. Rosenfeld S et al. *Transfusion* 1991 ; 31 :164-71
9. Weimar C et al. *Cerebrovasc Dis* 2013;35:538-543
10. Douketis JD et al. *N Engl J Med*, 373 (9) (2015), pp. 823-833;
11. Essebag V et al. *Am Heart J* 2016;173:102-107

※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 1/2

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

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部胸腔介入性超音波檢查說明書暨同意書

胸腔部胸腔介入性超音波檢查說明書

(接說明書首頁)

四、檢查的併發症及可能處理方式

介入性超音波檢查依病人病況不同，有一定程度之風險；若符合以上情形之氣血胸高風險檢查患者，檢查的風險較大，可能致死。若發生氣胸、血胸或肺出血，症狀輕微者可在數日內自行吸收緩解；嚴重氣血胸患者，則需置入或再次置入引流管。若不幸發生呼吸衰竭，則需要氣管內管插管、呼吸器支持及重症照護。

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

執行介入性超音波檢查後，短時間內可能有傷口疼痛、咳血、喘、胸悶、胸痛等症狀；若不幸發生嚴重氣胸、血胸、甚至呼吸衰竭等，可能對肺功能會有程度不一之影響。

六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

若您不願接受介入性超音波檢查，後果可能導致疾病的延遲診斷，進而影響治療成效。針對不同的病灶和病況，也可以考慮接受支氣管鏡導引（由本部執行）、電腦斷層導引之侵入性檢查（由放射線部執行）、或請胸腔外科醫師做進一步評估。

七、檢查的前、中、後注意事項

檢查中：請配合檢查醫師指示；檢查後：傷口一日內(若接受切片檢查，則為三日)保持乾燥，紗布可於一日後(切片檢查則為三日)移除。檢查後如出現高燒、咳血、胸痛、胸悶、喘等情形，請告知醫護人員或至本院（如路途遙遠請就近至醫療院所）求診。

八、健保給付說明

檢查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，則將依照本院自費醫療給付辦法收費。

※ 附表：北榮目前抗凝血劑/抗血小板製劑品項 (按學名字母排列)

學名	商品名	中文商品名	建議停藥時間
Apixaban	Eliquis®	艾必克凝®	1-2 天
Aspirin	Bokey®, Espin®, Ropal®	伯基®, 安心平®, 熱痛寧®	7-10 天
Clopidogrel	Plavix®	保栓通®	5 天
Cilostazol	Pletaal®	普達®	2 天
Warfarin	Cofarin®, Ofarin®	可化凝®, 歐服寧®	矯正凝血功能指數(INR) <1.5
Dabigatran	Pradaxa®	普栓達®	肌酸酐清除率(CCr) [※] 大於 50 ml/min: 1-2 天 小於 50 ml/min: 3-5 天
Edoxaban	Lixiana®	里先安®	2 天
Enoxaparin	Clexane®	克立生®	1 天
Heparin	Agglutex®	亞魯特®	靜脈注射：2-6 小時；皮下注射：12-24 小時
Rivaroxaban	Xarelto®	拜瑞妥®	CCr 大於 90 ml/min: 1 天; 介於 60-89 ml/min: 2 天 介於 30-59 ml/min: 3 天; 小於 30ml/min: 4 天
Ticagrelor	Brilinta®	百無凝®	5 天
Ticlopidine	Licodin®	利血達®	10-14 天
Tirofiban	Aggrastat®	雅瑞®	4-8 小時

[※]肌酸酐清除率(CCr)：臨床上以血清肌酸酐單位時間內的清除比率，來推估腎臟過濾排除廢物的功能。

1. Todd H. Baron et al, *N Engl J Med* 2013; 368:2113-2124.

2. 臺北榮總藥劑部 藥物諮詢小組

3. Please refer to Lexicomp Online website (<http://online.lexi.com/lco/action/home>)

4. Douketis et al." perioperative management of patients receiving anticoagulants" retrieved Feb.23, 2018 from UpToDate

諮詢電話：胸腔部胸腔超音波室(02) 28712121 轉 3925

※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 2/3

病室床號： / 科別：
病歷號： ☐男
姓名： ☐女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
胸腔部胸腔介入性超音波檢查說明書暨同意書

胸腔部胸腔介入性超音波檢查同意書

一、擬實施之檢查

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查名稱：超 音 波 導 引 之

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 胸腔穿刺 | <input type="checkbox"/> 肋膜切片檢查 |
| <input type="checkbox"/> 肋膜積液引流 | <input type="checkbox"/> 經皮肺抽吸術/切片檢查 |
| <input type="checkbox"/> 引流管放置 | <input type="checkbox"/> 細針抽吸術，位置：_____ |

3. 建議檢查原因：

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"/> 檢查之風險和機率 | <input type="checkbox"/> 檢查併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 預期檢查後可能出現之暫時或永久症狀 | |
| <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
執行醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

三、病人之聲明

我已確認有無下列各項會增加檢查風險性的問題 (請打√)：

- 有 ☐ 無 ☐ 曾因手術使用麻醉藥而引起不良反應。
- 有 ☐ 無 ☐ 曾發生心肌梗塞、急性腦中風、肺動脈栓塞或靜脈栓塞。
- 有 ☐ 無 ☐ 目前正服用上頁附表所示之抗血小板製劑或是抗凝血製劑。
- 有 ☐ 無 ☐ 有血液方面疾病，或曾經有拔牙、受傷、或手術後血流不止的情形。
- 有 ☐ 無 ☐ 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。
- 有 ☐ 無 ☐ 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檢查的風險及其他可能替代之檢查方式。
- 有 ☐ 無 ☐ 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。
- 有 ☐ 無 ☐ 我瞭解這個檢查可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
- 有 ☐ 無 ☐ 針對我(病人)的情況、檢查之進行、檢查方式等，我能夠向醫師提出問題與疑慮，並已獲得說明。

☐ 我已知悉本次檢查具高氣血胸風險，且明白停用藥物可能使血管栓塞等疾病復發。

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 _____ (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。