

軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術 說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

編號：(250)

軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術說明書

這份說明書是有關您即將接受的手術或醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術或醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

本術式之適應症包括四肢、胸腹部及骨盆腔出血之診斷與治療(包括創傷、腫瘤、血管異常、產後大出血，以及其他原因所造成之出血)。

當軀幹、四肢出血時，可能會有伴隨之症狀，如局部腫痛、腹脹、胸腹痛、呼吸困難、生命徵象不穩定……等。此時需要即時給予適當治療以緩解症狀、拯救生命。開刀止血或血管攝影術是為可行的檢查或治療工具之一。在血管攝影時，若發現有正在出血之血管，亦可嘗試經血管栓塞術以幫助止血。若血管攝影當時並無立即且明顯之出血，將可能無法進行血管栓塞止血。

術前準備：除必要之血液檢查和相關處置外，在檢查之前，需剃除兩側腹股溝處之體毛及更換檢查服裝，並請家屬務必在檢查當時陪同前往檢查。

步驟：檢查當天，會有專人引導您至血管攝影室。登上檢查台後，請保持仰臥姿勢，護理人員會先以無菌紗布為您保護外陰部，並固定四肢以保護您的安全。在詳細消毒並鋪上綠色消毒布單後，請您保持雙手在布單之下以維持無菌操作空間；同時影像醫學部之放射師也會與您溝通檢查時的配合事項。接著由影像醫學部醫師為您進行檢查及治療。檢查過程中若有任何不適，請口頭告知醫師，切勿任意移動身體或擺動四肢以免發生危險。術中，醫師會先在腹股溝施打皮下局部麻醉劑，進行血管穿刺，並置入血管鞘。其後將使用引線以及導管，由股動脈到達預定之動脈，並進行數次血管攝影以釐清病灶部位。攝影過程中，將注射顯影劑，此時若有身上灼熱感或是口中異味，乃正常現象，切勿驚慌，並仔細聽從放射師指示進行吸閉氣。若醫師發現正在出血之病灶，將會設法進行栓塞術以幫助止血。檢查及治療完成後，醫師會視當下治療效果決定是否立即拔除血管鞘。血管鞘留存時，請保持仰臥並不要彎曲同側大腿，以避免血管鞘滑脫出血。拔除血管鞘並適當止血後，請依照醫師指示平躺四到八小時，並保持仰臥以及傷口側的沙袋壓迫，切勿彎曲同側大腿，也不可翻身及坐起，以免再度出血。之後護理師將會為您衛教有關仰臥期間伸展活動，如廁，以及進食的方式。我們並建議術後十二小時內由家屬陪同照料。由於檢查過程中已施打顯影劑，術後請多攝食水分以利顯影劑由尿路排出。術後平躺完畢若無出血情形，即可於醫師指示後下床活動。

注意事項：

1. 施打顯影劑可能造成不同程度之藥物不良反應，例如皮膚疹、咽喉血管性水腫、呼吸困難、支氣管攣縮、休克等。建議施打前禁食四小時以上以防嘔吐造成吸入性肺炎。
2. 腎功能不良之病人(血清肌酸酐 Creatinine 大於等於 2.0mg/dL)施打顯影劑將增加暫時或終身洗腎之風險。
3. 使用二甲雙胍類降血糖藥物(例如 Metformin)同時施打顯影劑將增加乳酸中毒的機率，建議注射前停用至少 48 小時。
4. 患有甲狀腺疾病、重症肌無力或嗜鉻細胞瘤等疾病，請告知臨床醫師。
5. 本檢查之游離輻射可能影響胎兒，可能懷孕之婦女請告知臨床醫師。哺乳期婦女施打含碘顯影劑後，仍可繼續哺乳。

軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術
說明暨同意書

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

(軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術說明書承上頁)

手術/醫療處置效益：(經由手術，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

本項檢查及治療，是利用血管攝影的方式來偵測出血的部位，並在發現出血點時可以嘗試進行止血，或其他一切可以協助治療之作為。

手術/醫療處置成功率：據文獻統計，約有五到九成機率達成症狀緩解，惟實際成功率則因個體病況不同而有所差異，且據統計有一定比例之病人仍有再次出血的機率。

手術/醫療處置風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

血管攝影可能導致的併發症可分為：

一、與血管損傷及穿刺有關之併發症—包含穿刺處的疼痛或不適感，程度不一的出血(局部輕微血腫 >5%、嚴重血腫 <0.5%)，對於血管的損傷(動靜脈瘻管 0.05%、動脈瘤 0.01%、血管阻塞 0.1%、血管破裂而出血)，導致器官組織梗塞(0.47%)，如脾、肺、胰、膽、胃腸道、脊髓及引發之症狀；可能的感染症及伴隨之發燒、菌血症或全身性感染及可能伴隨體內任何部位之膿瘍，如肝膿瘍(0.21%)、脊椎膿瘍……等，血塊栓塞甚至是中風癱瘓。如處理子宮出血者，栓塞後可能會有懷孕困難或不孕等其他併發症。除了這個術式本身外，對於止痛局部麻醉藥物不可預期的過敏亦有可能造成死亡。

二、與導管有關之併發症—導管在血管內操作時，有可能產生小的血栓(尤其是有動脈硬化者)，血栓卡在非標的血管遠端就會導致器官組織梗塞(包括中風)；其他還有動脈剝離、血管痙攣或阻塞等。

因上述併發症及其後續引發之醫療問題，可能隨時需要進行適當之處置，包括輸血及其他必要之藥物治療、心肺復甦術急救、氣管內管插入、手術治療……等等。本科及本院醫療同仁會盡全力避免併發症的發生，倘若仍不幸發生意外，亦會適時做出適當的建議，以期病友可以得到最佳的治療效果。

此醫療處置屬侵入性治療，如已簽署「不實施心肺復甦術或維生醫療(DNR)意願書/同意書」者，請慎重考慮。

替代方案：(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定)

根據疾病的不同，可能有其他的處置可以進行，例如手術、內視鏡或是內科治療，然而並不一定可行。如果您對於本處置有所疑慮，請與您的醫師妥善討論其他方式的可行性及相關風險。

不實施醫療處置可能的後果：因出血造成之生命徵象不穩定及相關之併發症。

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院
National Taiwan University Hospital
**軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術
說明暨同意書**

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

(軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術說明書承上頁)

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日

軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，需接受**軀幹及四肢之血管攝影及止血栓塞術**。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

立同意書人： (簽章) 身分證字號：

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址： 電話：

日期：西元 年 月 日

(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由2名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身分證字號： 見證人 2 身分證字號：

日期：西元 年 月 日