

# 臺中榮民總醫院

## 靜脈注射血栓溶解劑處置說明暨同意書

科別：	_____	病床號：	_____
索引號：	_____	性別：	_____
姓名：	_____		
出生年月日：	_____		

這份說明書是有關您即將接受的侵入性檢查或處置項目，期望輔以書面說明可做為您與醫師討論時的補充資料，並讓您瞭解這項侵入性檢查或處置項目的適應症、實施步驟、檢查或處置前、中、後注意事項、可能併發症及替代方案；最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀，如果經醫師說明後您還有對這項侵入性檢查(或處置)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，讓我們一起為您的健康努力。

### 1. 檢查/處置之適應症：

急性缺血性腦中風，距發生時間小於 4.5 小時。

### 2. 檢查/處置之實施步驟：

#### 2.1 什麼是靜脈注射血栓溶解劑？

胞漿素原(plasminogen)是人體血液中的成分，而胞漿素原活化劑(rt-PA)可以增加體內胞漿素原濃度，提高血栓被溶解的機會。

#### 2.2 靜脈注射血栓溶解劑的做法

2.2.1 疑似中風病人需先接受醫師詳細的病史詢問和神經學檢查，同時進行相關血液檢驗及腦部影像學檢查。

2.2.2 經過以上檢查，確定為 4.5 小時內缺血性中風，並符合使用血栓溶解劑規範，醫師會和您詳細解釋並討論是否接受血栓溶解劑治療；不符合使用規範的中風病人則依循一般中風病人的治療處置。

2.2.3 整個治療過程中，請您暫時禁食，並安靜平躺於床上休息，醫護人員會密集地為您量測生命徵象，也會隨時觀察你的意識和神經學變化。

2.2.4 治療完畢後仍需禁食至少 24 小時，也請你平躺床上休息，切勿下床行走。

### 3. 檢查/處置之前、中、後注意事項：

#### 3.1 檢查前注意事項

3.1.1 如有服用抗凝血藥物、懷孕、藥物過敏、近期內接受手術、近期心肌梗塞、腦部創傷或出血病史等，請主動告訴醫師。

#### 3.2 檢查中注意事項

3.2.1 留意病人的生命徵象及意識變化，如有變化，請即刻與醫護團隊反應。

3.2.2 請禁食（除藥物外）及在病床上休息，並注意身上是否有出血的現象。

#### 3.3 檢查後注意事項

3.3.1 安排病人入住加護病房或同等級病房，留意病人的生命徵象及意識變化，如有變化，請即刻與醫護團隊反應。

3.3.2 請禁食（除藥物外）及絕對臥床休息，避免插入鼻胃管及尿管，注意身上是否有出血的現象。

### 4. 檢查/處置之效益：(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。)

4.1 數個大型臨床試驗已經證實，於 3-4.5 個小時內使用靜脈血栓溶解劑治療缺血性中風病人，能使病人增加中風康復的機會或降低殘障等級。根據統計，接受靜脈血栓溶解劑病人比不接受該項治療的病人有 1.5 倍的機會能減輕中風的症狀（特別是三個月後），也增加 21% 的機會可以完全恢復或僅存輕微的中風症狀。

4.2 雖然靜脈血栓溶解劑被證實能夠改善中風的症狀，但對每個病人而言，並無法保證一定有好處，因此，一定要經過醫師詳細地評估，才能將藥物的效用發揮至最大，並同時減低藥物的副作用。

**5. 檢查/處置之風險：**(任何手術或醫療處置都可能有的風險，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。)

5.1 血栓溶解劑的最大副作用即出血，包括腦內出血或是身體任何部位的出血。

5.2 符合條件下進行靜脈血栓溶解劑治療的病人中，三十六小時內約有 2.4%病人出現有症狀性的腦出血，高於對照組 (0.3%)。但是依據研究顯示，使用靜脈血栓溶解劑並不會增加三個月後的病人死亡率(7.7% 與 8.4%)。

5.3 這個藥物必須在 4.5 個小時內使用，超過 4.5 個小時，將明顯增加腦部出血的機率，為了減少出血的機會，請您一定要配合醫師接受詳細的病史詢問和相關檢查。

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

6.1 靜脈血栓溶解劑已在數個大型臨床研究中被證實能夠改善中風的症狀，但對每個病人而言，並無法保證一定有好處，因此，選擇不接受血栓溶解劑而僅接受一般中風病人相關治療，也是可以理解的決定。

6.2 不符合接受血栓溶解劑的中風病人也可以藉由一般中風的相關治療，即服用預防中風藥物及復健等治療，使病情穩定及穩定進步。

**7. 醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：**(若無意見，請填寫“無”)

因本項治療尚未納入健保給付，須由病人自費，費用約為 2~4 萬元，須依實際治療情形收費，請另簽署本院自費同意書。

**說明醫師：(簽章)**\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_時\_\_\_\_分

**病人之聲明：**

1. 病人：\_\_\_\_\_，出生於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，因患有\_\_\_\_\_，醫師建議進行本檢查處置。

2. 立同意書人已經與說明醫師討論過接受本檢查/處置(包括適應症、實施步驟、效益、風險及替代方案)等資訊內容，醫師提供的說明已清楚解答進行本檢查處置的各項疑問。

3. 立同意書人了解接受本檢查處置是必須且適當的選擇，但是醫療處置均存有一定之風險且無法保證藉此一定可以獲得確切的診斷。

**基於上述說明，我同意進行此檢查或處置。**

同意自費進行此處置

不同意自費進行此處置

立同意書人簽名：\_\_\_\_\_ 關係：病人之\_\_\_\_\_

立同意書人身分證號：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_時\_\_\_\_分

備註：1. 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。

2. 病人意識不清且無親屬或關係人在場：榮民請榮民服務處簽署，非榮民由社工通報警局及社會局協尋家屬或關係人，未簽署前，醫院僅能保守治療(緊急狀況不在此限、並由醫師於病歷載明)。