



國軍臺中總醫院

此說明書由病患
(或家屬)留存

立體定位真空抽吸乳房組織切片術說明書

這份說明書是有關您即將接受醫療處置的效益、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個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。

▼ 立體定位真空抽吸乳房組織切片術簡介

「立體定位真空抽吸乳房切片術」是使用具有真空抽吸輔助的切片針，利用乳房立體定位攝影之電腦運算功能，針對可疑的乳房病灶施行切片檢查。此真空抽吸吸力較強，且操作快速，使用大尺寸切片針，經由約 0.5 公分之麻醉後切口進入乳房內病灶，抽吸部分乳房組織送檢。適合纖維腺瘤或大範圍鈣化之切除，手術時間大約 30 分鐘，傷口大小約 0.5 公分(切除範圍可至 3 公分)，術後血塊殘留較少。因使用加粗的切片針，且在切片過程中同時進行真空抽吸，與傳統切片檢查相比，本檢查可準確定位，切片標本取樣充足且取樣準確性高，有助於得到更為詳細明確之病理診斷。與外科切片手術相比，本檢查對乳房組織較不易產生疤痕組織，傷口小較不影響外觀，不需住院，於檢查後隨即可恢復日常生活。

當有下列情形者不適合做此真空抽吸組織切片術：

1. 病人有血液凝固異常的疾病。
2. 長期服用抗凝血藥物者，需先與原開立處方之醫師討論停止用藥的時間。
3. 病人會對局部麻醉藥過敏及有出血傾向，請提早告知施行檢查的醫師，以便做適當之處理。

▼ **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。)

針對臨床上發現有可疑的組織，需作病理切片檢查，以擬定正確治療方向或追蹤方式時進行。

1. 以微創方式在一次進針下取得大量高品質檢體，提高病理確診率。
2. 以微創方式移除乳房良性腫瘤疾患等。
3. 傷口小，復原快，患者可儘速回覆日常生活。

▼ **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。)

立體定位真空抽吸乳房組織切片術可能發生的風險包括：

1. 出血：局部傷口加壓約 30-40 分鐘即可止血，有可能伴隨小範圍的皮膚瘀青，短時間即會慢慢恢復。極少數受檢者的血管無法避免會被切到，但需要外科處理的機率極低。約有 1% 的病人，可能有乳房局部的短暫少量出血。若有出血狀況，持續加壓三十分鐘即可止血。如仍有出血不止情形，請至乳房外科或急診就診。
2. 血腫：大多數受檢者於術後一週內在檢查部位會有肉眼可見的血腫，在醫護人員指導下，大多數人於術後正確加壓止血，即可避免此狀況。若有血腫情形，大部分會自行吸收，少數情況嚴重者需會診乳房外科進行引流。
3. 疼痛：在術後第一天局部麻藥消退後，會略有疼痛合併傷口緊繃感覺，大多在 1-2 天內逐漸消退，大部分病人都可忍受，僅約 1% 的病人會感覺較痛，但在短暫時間即消失。若有持續之疼痛不適，可自行服用止痛藥緩解疼痛。
4. 感染：此種情形極為罕見，本檢查會進行乳房皮膚切片部位消毒程序，術後受檢者應依醫護人員之指導照護傷口，應可避免此情況發生。若有感染，大部分以抗生素治療即可，少數需會診外科進行手術引流。
5. 其它：可能有乳房瘻管、乳頭有血色分泌物等合併症，或與本檢查無關的其他病症，但率極低。另一極為罕見的風險是癌細胞植入抽吸路徑，但在後續手術或治療時將予以清除。

▼ **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)

1. 超音波定位。
2. 外科手術切片

* 註：若臨時取消此項檢查，請迅速電知放射科登記室 (04) 23934191 分機：525415，將機會讓給其他需要做檢查的病人。

國軍臺中總醫院

立體定位真空抽吸乳房組織切片術同意書

(請詳細閱讀檢查說明書，待醫師向您說明後，再簽署本同意書)

*基本資料

病人姓名_____

病人出生日期_____年_____月_____日

病人病歷號碼_____

主治醫師姓名_____

一、擬實施之檢查(處置、治療)(如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱：

乳房異常鈣化

2. 建議檢查(處置、治療)名稱：

立體定位真空抽吸乳房組織切片術

3. 建議檢查(處置、治療)原因：

同上

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查(處置、治療)之相關資訊，特別是下列事項：

需實施檢查(處置、治療)之原因、檢查(處置、治療)方式與範圍、檢查(處置、治療)之風險。

檢查(處置、治療)併發症及可能處理方式。

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，詢問下列有關本次檢查(處置、治療)的問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

主治醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 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檢查(處置、治療)的必要性、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查(處置、治療)可能預後情況和不進行檢查的風險。
3. 我瞭解在檢查(處置、治療)過程中，如果因檢查(處置、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. 我瞭解這個檢查(處置、治療)可能是目前最適當的選擇。

基於上述聲明，我同意進行此檢查(處置、治療)。

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

見證人：

簽名：

日期： 年 月 日

時間： 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。
- 三、未成年者(未滿 20 歲)請由法定代理人簽具同意書。
- 四、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。)

立體定位真空抽吸乳房組織切片術可能發生的風險包括：穿刺處淤血、局部感染、或血腫。絕大多數上述問題都屬輕微，只需適當醫療，即可獲得緩解。另外，如果病人無法配合，可能會導致無法準確定位，甚至使定位針移位，而失去準確性。若是病人會對局部麻醉藥過敏、有出血傾向或血液凝固異常的疾病、或正在使用抗凝血藥物，請提早告知施行檢查的醫師，以便做適當之處理。

- 五、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，請與醫師討論您的決定)

1. 超音波定位。
2. 外科手術切片。