



國軍臺中總醫院

血管攝影檢查說明書

此說明書由病患
(或家屬)留存

這份說明書是有關您即將接受的醫療處置之效益、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對這項醫療處置還有任何的疑問，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。

▶ 血管攝影檢查簡介

X光血管攝影是檢查身體各部血管的一種特殊影像檢查，檢查部位大約可分為頭頸部、肺部、腹部、四肢及脊椎之血管。血管攝影是檢查體內血管最重要、最詳細的一種方法。它可以顯示血管本身有無異常(如狹窄、阻塞、破裂等)，也可以顯示病灶與血管的相關位置，以及病灶內部血管的分布等情形，可提供醫師作為診斷及治療的重要依據。

▶ 檢查前注意事項

- ▶ 接受血管攝影檢查前一日盡量吃流質食物，前8小時勿吃任何東西(但必要藥物，如抗高血壓、抗氣喘、抗癲癇等藥物，仍必須依醫囑照常服用)。檢查當日或前一日，病房的護理人員會幫您將需放置導管處的毛髮刮除，以降低感染的可能性。血管攝影檢查一般扎針部位在右側腹股溝，但依受檢者情況要也可能在頸部、手肘、腋下或其他部位。
- ▶ 請詳細閱讀注意事項並填妥【血管攝影檢查(血管栓塞術)同意書】及【注射對比劑同意書】。檢查過程中請至少有一位家屬於檢查室外陪同等候。
- ▶ 有過敏體質患者(如曾經有氣喘、鼻過敏或食物藥物過敏)，請受檢前先告知檢查室工作人員。
- ▶ 最重要的是保持輕鬆的心情，與醫護人員合作。

▶ 檢查的過程

進行血管攝影檢查時，病人採仰臥姿勢平躺在檢查台上，放射科醫師會在鼠蹊部消毒。一般血管攝影多在鼠蹊部打局部麻醉針，再用針穿刺動脈，將檢查用的導管沿著動脈放到要檢查的部位，然後注射對比劑，以X光攝影取像。整個過程中，病人皆保持清醒，可與醫護人員溝通。在置放導管時，病人不會有什麼感覺，只在注射對比劑時會感到灼熱。若有特殊需要，有時會在手肘或腋下穿刺血管。一般來說，整個過程至少需要一個小時，有時因病人情況不同，須要幾個鐘頭。

▶ 這個檢查有沒有危險？

血管攝影可能導致的併發症約可分為：

- ▶ 與血管穿刺有關之併發症—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%)，可能的菌血症或全身性感染，血塊栓塞甚至是中風。除此之外，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。

- 與對比劑有關之併發症—包括程度不一的過敏反應(身體發熱，噁心、嘔吐與其後導致的異物嗆入和吸入性肺炎、皮膚紅疹、呼吸困難、心跳加速、氣喘、頭腫脹、支氣管攣縮甚至休克猝死)或腎功能損傷(可能導致腎衰竭，需要緊急性或終身洗腎)。
- 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。為了減低可能的風險，在術前您的過敏史、凝血功能及腎功能必須仔細評估並給予必要的處置；本科及本院醫療同仁亦會盡全力減低併發症的產生。

▶ 哪些病人不適合接受血管攝影檢查呢？

血管攝影必須穿刺大血管注射含碘的對比劑，且利用 X 光照像，因此某些情況是不適合這種檢查的，例如：懷孕、有對比劑過敏病史、氣喘病、慢性腎臟病、肝功能不良、多發性骨髓瘤、其他藥過敏病史、凝血機能障礙及甲狀腺機能異常等。

▶ 替代方案

隨著儀器日益精密，非侵入性的超音波、電腦斷層以及核磁共振掃描已經在病灶的診斷上佔有重要角色。何種檢查較適宜或較具診斷率則視疾病不同及個別情況而有差異。您可與您的醫師妥善討論並參考其他臨床或影像學檢查後再決定是否接受此項檢查。

▶ 檢查後注意事項

- 檢查完畢後，會在穿刺血管的部位壓迫止血。病人須平躺8個小時，儘量保持輕鬆，勿亂動，穿刺部位須以砂袋壓2個小時(每半個小時，請家屬將沙袋拿起，觀察穿刺部位有無滲血或異狀，再將沙袋壓回原處)。
- 受檢患肢請於6小時內不要抬高或彎曲用力，檢查部位若有濕熱感覺，家屬應立即察看，若有滲血現象或腳部冰冷麻木感覺，請立即通知護理人員以便即時通知醫師作處理。
- 非需長期禁食之患者，檢查以後若無不適現象，回到病房2小時後可開始喝水或進食少量流質食品(半小時後如無嘔吐現象發生，則可正常進食)，若有嘔吐現象，則應繼續觀察2小時以上，方可飲水或進食。
- 傷口處覆蓋紗布於24小時後，請把腹股溝之紗布及固定用膠布以水沾濕後輕輕撕去，否則皮膚可能產生紅疹、水泡，甚至破損。
- 檢查後72小時若穿刺部位(腹股溝)處有瘀血情形，可用毛巾熱敷患處，每日約3至4次，每次以15分鐘為限。
- 加做血管栓塞術之患者，在栓塞後2至3天內會有輕微腹痛及病變區之灼熱感，而在7至10天內會有輕度發燒的現象。
- 若有不適感覺，可隨時向病房醫護人員詢問或與本科醫護人員聯絡。

※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

血管攝影檢查（血管栓塞術）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：

2. 建議檢查(處置、治療)名稱：

Angiography TAE 其他

3. 建議檢查(處置、治療)原因：

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。

已確實告知注射對比劑可能發生之過敏反應。

有下列情形者，發生過敏的機率會明顯增加。

心、肺、血管疾病(心臟功能受損、高血壓、動脈硬化、肺氣腫)。肝硬化、肝功能不良者。腎臟功能不良、尿毒症者。氣喘患者。糖尿病超過五年以上。有過敏病史(包括曾注射『含碘質對比劑』引起反應，對食物及其他藥物、花粉或其他過敏原過敏者)。年紀較高且身體情況不良者(72歲以上)。年紀較小(2歲以下之嬰幼兒)。

如另有治療相關說明資料，我已交付病人

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治療的風險。
3. 醫師已向我解釋，如果檢查(處置、治療)過程中如發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
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)。

孕齡婦女聲明：醫師已明確告知我此項檢查對懷孕婦女及胎兒造成的風險。

簽名：_____

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、血管攝影可能導致的併發症約可分為：

1. 與血管穿刺有關之併發症—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%)，可能的菌血症或全身性感染，血塊栓塞甚至是中風。除此之外，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。
2. 與對比劑有關之併發症—包括程度不一的過敏反應(身體發熱，噁心、嘔吐與其後導致的異物嗆入和吸入性肺炎、皮膚紅疹、呼吸困難、心跳加速、氣喘、頭腫脹、支氣管攣縮甚至休克猝死)或腎功能損傷(可能導致腎衰竭，需要緊急性或終身洗腎)。
3. 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。為了減低可能的風險，在術前您的過敏史、凝血功能及腎功能必須仔細評估並給予必要的處置；本科及本院醫療同仁亦會盡全力減低併發症的產生。

五、替代方案

非侵入性的超音波、電腦斷層以及核磁共振掃描。何種檢查較適宜或較具診斷率則視疾病不同及個別情況而有差異。您可與您的醫師妥善討論並參考其他臨床或影像學檢查後再決定是否接受此項檢查。

國軍臺中總醫院放射科注射對比劑同意書

經動靜脈注入對比劑之各項檢查，乃利用對比劑對檢查部位之作用，以提高和加強受檢器官或病灶之顯現程度，達到診斷效果。傳統離子性含碘對比劑，少數受檢者對這種對比劑有過敏現象(產生過敏現象比例為 10%)，其症狀為噁心、嘔吐、皮膚出疹、發癢、少數嚴重反應者會發生休克甚至猝死(死亡發生率，依照國外報告統計約為十萬分之一)。但是若有下列情形者，發生過敏的機率會明顯增加。

- 1. 心、肺、血管疾病(心臟功能受損、高血壓、動脈硬化、肺氣腫)。
- 2. 肝硬化、肝功能不良者。
- 3. 腎臟功能不良、尿毒症者。
- 4. 氣喘患者。
- 5. 糖尿病超過五年以上。
- 6. 有過敏病史(包括曾注射『含碘質對比劑』引起反應，對食物及其他藥物、花粉或其他過敏原過敏者)。
- 7. 年紀較高且身體情況不良者(72 歲以上)。
- 8. 年紀較小(2 歲以下之嬰幼兒)。
- 9. 病危患者。

受檢者如有上述情況請於內打✓

受檢者或家屬請簽名：_____

未成年者(未滿 20 歲)請由法定代理人簽具同意書

※請詳閱本說明書，再決定是否簽檢查同意書※

國軍臺中總醫院放射科

對比劑施打前風險評估表

姓名：_____

身分證號碼：_____

出生日期：____年____月____日

※ 請您先閱讀以下問題，並完成已知項目，其餘部份由檢查室的醫師為您完成。

過去是否曾發生過敏的病史？ Allergy

- 無 (nil)
- 過去在打對比劑時曾發生過敏現象 (previous contrast)，種類為：_____
- 對食物或藥物過敏 (food, drug, others)，種類為：_____
- 不清楚

禁忌症 Contraindication

- 無 (nil)
- 嚴重的甲狀腺亢進 (Severe hyperthyroidism)
- 嚴重的心臟衰竭 (De-compensated heart failure)
- 嚴重的肝腎症候群 (Severe hepato-renal dysfunction)
- 少尿或無尿 (Oligouria / anuria)

高風險評估 High risk Condition

- 無 (nil)
- 氣喘 (Asthma) 易過敏體質 (allergy constitution)
- 腎臟功能異常 (Renal dysfunction)
- 心血管疾病 (Cardiovascular disease)
- 肺動脈高壓 (Pulmonary hypertension)
- 腦部疾病 (Cerebral disease)
- 甲狀腺疾病 (Thyroid disease)
- 嗜鉻細胞瘤 (Pheochromocytoma)
- 正在服用美氟明類糖尿病藥物 (DM on Metformin)

最近三個月內的 Cre 值：_____ (mg/dL)

評估醫師：_____

日期： 年 月 日