

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

肝動脈灌注化學治療說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 床號：_____

有關您即將接受手術(或醫療處置)的效益、檢查的方式、內容、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個檢查仍有疑問，請您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。

一、擬實施之檢查/治療：肝動脈灌注化學治療

(一)檢查適應症：

(二)執行步驟與過程：

1. 檢查說明：

肝動脈灌注化療是局部化學治療，通常由影像醫學科醫師來進行導管的置入。由右股動脈將導管經由主動脈置入肝動脈後，藉由注射顯影劑和血管攝影來確認導管位置。接著由臨床醫師將化療藥物經由導管注入肝動脈，肝癌腫瘤可持續暴露在高濃度的化療藥物中，而減少全身性抗癌藥物的暴露量並降低全身性的副作用。每次療程約需五天的時間。若臨床狀況許可，每三至四週可執行一次肝動脈灌注化學治療。

2. 檢查前準備：

(1)檢查前注意事項：

- ①除了必要之影像及血液檢查外。在檢查之前，需要空腹四至六小時。
- ②做檢查前之準備，並請家屬務必在檢查當日陪同前往檢查。
- ③檢查當日，在病房等候通知，有專人引導至施行檢查的血管攝影室。

3. 檢查的過程：

- (1) 登上檢查台後，請保持平躺仰臥姿勢。首先會在右鼠蹊處仔細消毒，然後鋪上消毒布單，同時放射師也會與您溝通進行血管攝影時所需配合之事項，再由醫師為您進行接下來的檢查。檢查過程中若有任何不適，請隨時以口頭告知醫護人員，切勿任意移動身體或擺動四肢以免發生危險。
- (2) 檢查時，醫師會先在預定穿刺部位施打皮下局部麻醉劑，然後在局部進行穿刺，將引線以及導管置入右股動脈。到達預定之血管後，須針對某些腸胃道血管（如胃十二指腸動脈）進行栓塞，以避免化療藥物進入並傷害腸胃道。攝影之過程中，因有顯影劑注入體內，通常會有一陣灼熱感或是口中有異味，請勿驚慌。但如果覺得呼吸困難、胸口悶、皮膚癢，可能是顯影劑過敏，請立刻告訴工作人員。

4. 檢查後的注意事項：

- (1) 導管置放完成後須完全臥床二十四小時。
- (2) 在病房開始經由導管進行肝動脈內化學灌注治療，連續灌注五天的時間。治療期間原則上可下床走動，但須注意右腿不可刻意過度抬高彎曲。若穿刺處有持續滲血的情形則應臥床勿下床走動。
- (3) 埋於皮下之注射打藥基座部份約兩週後可拆線。

(三)手術/醫療處置效益：(經由手術或醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

肝動脈灌注化學治療說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 床號：_____

保證您一定會獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性之間的取捨，應由您選擇及決定。)

1. 檢視肝臟腫瘤之血管供應及分佈。

2. 治療肝臟腫瘤（此治療約有 20-50%機會可使腫瘤活性降低或縮小）。

(四)手術風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列是已被認定的風險，除此之外仍然可能有一些未被認定且為醫師無法預期的風險可能會發生。)

1. 與導管有關之併發症：

(1) 導管置於血管內時，少數病患可能產生血栓，導致器官組織梗塞。

(2) 動脈剝離，痙攣或阻塞等。

2. 與化學灌注治療有關之併發症：

(1) 在少數病患（特別是消化道潰瘍，曾接受消化道手術，或曾接受放射線治療的患者）可能造成消化道潰瘍或消化道潰瘍惡化，其中極少數病患可能進展成消化道壞死或消化道穿孔。

(2) 在少數肝功能不良或有活動性肝炎的患者可能造成肝功能惡化，其中極少數可能導致肝衰竭。

(3) 化療藥物可能導致的副作用：白血球下降、噁心、嘔吐、掉髮、腹瀉等。

3. 與血管穿刺有關之併發症：

(1) 穿刺處疼痛、出血、血管損傷。

(2) 引起菌血症或全身感染。

(3) 止痛劑過敏。

(五)合併症發生的機率與嚴重度

因各種併發症而導致死亡的機會約 0.03%。

(六)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，包括外科開刀、肝癌細針酒精注射、肝動脈栓塞或高週波腫瘤燒灼術。

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。

(七)醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如醫師無補充說明，以下不需填寫)

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/治療之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查/治療之原因、步驟與範圍、檢查/治療之風險及成功率、輸血之可能性
- 檢查/治療併發症及可能處理方式
- 不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有檢查/治療相關說明資訊，我並已交付病人

主治醫師：_____ (簽章) 西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

肝動脈灌注化學治療說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 床號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個檢查的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
4. 針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 我瞭解在檢查過程中，如果因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。
6. 醫師已向我解釋，如果檢查/治療過程中發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
7. 我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證一定能改善病情。
8. 基於上述聲明，我同意進行 **肝動脈灌注化學治療**

立同意書人均瞭解貴院為教學醫院，為了提供更優質的醫療服務，在不影響病人隱私與顧及病人安全的情況下，同意由醫療照護團隊，進行各項診療服務及相關之教學活動。

本人(或家屬)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，本人對醫師的說明都已充分了解且已完成閱讀此同意書內容。

與病人之關係： ☐ 本人 ☐ 病人之_____

病人(或家屬)： _____ (簽章) 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ 時 _____ 分

***若您拿到的是沒有醫師聲明簽章之空白同意書，請勿先在上面簽名同意**

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。

見證人部分，如無見證人得免填載。