

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

體外反搏治療(EECP)說明暨同意書

病歷號：

姓名：

床號：

有關您即將接受治療的方式、過程內容、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治療仍有疑問，請您再與您的醫師充份討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

壹、擬實施之治療說明

(一) 建議治療名稱：體外反搏治療 EECP(Enhanced External Counterpulsation)

1. 是經美國食品藥品監督管理局認證無侵入性、無須手術，無須住院，在門診即可以治療如：心絞痛、充血性心臟衰竭。
2. 利用擴大微小的血管發展新生血管，尤其在堵塞動脈附近，可協助生長新的側枝循環並讓血流正常地流入心臟的肌肉。
3. 利用體外反搏治療 EECP 治療心輸出量不足，對於藥物或手術難以治癒的心絞痛，與心臟衰竭病人而言，是另一替代或協助心臟復健的治療方法。

(二) 治療方式與過程內容：

1. 先由醫師評估、是否適合治療，若適合則再開自費治療單→→批價→→排治療時段。
2. 此治療為自費項目，每次一小時，需配合上班日每週一至週五做治療，連續做七周，建議治療 35 小時，效果最為顯著。
3. 體外反搏治療由三段壓脈帶組成，分別是繞在小腿、大腿和臀腹部，依據心電圖監視器，並配合病人心跳，當心臟舒張時壓脈帶會依序填入空氣加壓，收縮時會洩掉空氣，此作用目的可讓心臟更容易運作並增加全身的血液循環。

4. 適應症對象：

- (1). 心絞痛
- (2). 血管擴張術(PTCA)/ 繞道手術(CABG)後病人
- (3). 冠狀動脈心臟病
- (4). 充血性的心衰竭
- (5). 心肌炎
- (6). 勃起障礙
- (7). 周邊血管疾病
- (8). 循環不良患者
- (9). 慢性疲勞症候群
- (10). 糖尿病缺血性併發症
- (11). 中風
- (12). 腎臟疾病
- (13). 帕金森氏症
- (14). 高血壓
- (15). 增強運動

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

體外反搏治療(EECP)說明暨同意書

病歷號：

姓名：

床號：

5. 不適EECP治療之對象

- (1). 嚴重心律不整未獲控制
- (2). 主動脈瘤或主動脈夾層
- (3). 嚴重心瓣膜疾病或先天性心臟病並有心功能不全 如:主動脈閉鎖不全, 或嚴重主動狹窄
- (4). 下肢靜脈炎、下肢靜脈栓塞及下肢潰爛
- (5). 重度高血壓, 收縮壓大於 180 毫米汞柱, 舒張壓超過 110 毫米汞柱 , 或者心跳每分鐘超過 120 次
- (6). 急性視網膜動脈堵塞
- (7). 懷孕
- (8). 腫瘤
- (9). 血液凝固疾病

(三)治療效益

(經由治療處置,您可能獲得以下所列的效益,但醫師並不能保證您一定會獲得任何一項;且治療效益與風險性之間的取捨,應由您選擇及決定。)

大部分的病患在進行第 15 至 25 次療程時,就會感受到明顯的變化,EECP 治療效果包括減少心絞痛、降低硝化甘油使用次數、改善心衰竭症狀、增加體力和體能、及改善睡眠狀況等。

治療中會感覺頻尿,是因為增進了全身血液灌流量如:增加腎臟血流量而帶動血液循環,故治療前務必排空膀胱。

(四)合併症發生的機率與嚴重度

- (1). 皮下出血及瘀青,特別在使用抗凝血劑的病人身上。
- (2). 加壓處感覺異常,皮膚搔癢,局部大腿或腰部疼痛或起水泡。
- (3). 嚴重心律不整未獲控制前EECP有可能加重心臟衰竭症狀。
- (4). 局部大腿或腰部疼痛。

(五)替代方案

(這個治療的替代方案如下,請與醫師討論您的決定。)

1. 藥物治療。
2. 心導管。
3. 冠狀動脈繞動手術。
4. 換心手術。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

體外反搏治療(EECP)說明暨同意書

病歷號：

姓名：

床號：

(六)醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

主治醫師簽名：_____

西元：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

貳、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個治療的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個治療的必要性、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，並且我已經瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險。
4. 針對我的情況、治療之進行、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. 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。
6. 我瞭解這個治療可能是目前最適當的選擇，但是這個治療無法保證一定能改善病情。
7. 基於上述聲明
我同意進行 做此項治療。

本人(或家屬) _____ 已經與醫師討論過接受這個治療(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，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：_____ (簽章)

與病人之關係：_____

電話或手機 _____

西元：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

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