



醫療程序須知

簡介

心跳韻律主要由心電傳導系統控制。傳導系統出問題就會引致心律失常。可致命的心律失常，例如室性心動過速和心室纖顫，能導致病人心悸、頭暈、暈厥之外，還可引致心臟猝死。植入式心臟復律除顫器(簡稱除顫器)是用作醫治室性心動過速和心室纖顫的植入性儀器。除顫器基本上是一部心臟起搏器，包括脈衝產生器和用來連接脈衝產生器和心臟的電極線。但其中放在右心室的電極線加入了除顫功能。當發現室性心動過速或心室纖動時，除顫器可立即啟動其功能，利用加快起搏速度或發出電擊，令心律回復正常。經眾多臨床研究證明，除顫器較最好的抗心律失常藥物更有效地防治高危病人心臟猝死和延長他們的壽命。如病人選擇拒絕接受手術，後果可以非常嚴重，亦可致命。

適應症

心電傳導系統出問題引致的心律失常，可致命心律失常例如室性心動過速和心室纖顫。

手術 / 程序過程

1. 此手術會在心導管中心內進行，通常只須局部麻醉。過程中病人是清醒的，但為舒緩緊張情緒，醫生可能處方少量鎮靜劑。
2. 護士會在病人胸口貼上電極以便監察心率及心跳，並戴上血氧量監察器。血壓量度器亦會定時從病人的手臂量度血壓。
3. 手術部位(通常在左胸壁)會被徹底消毒。醫生會在病人的左胸壁皮膚上(鎖骨對下)作一個大約長三至五厘米的切口。
4. 醫生可能會在病人的左手靜脈內注射顯影劑，然後在左胸壁作針刺以便進入鎖骨下靜脈。
5. 電極線在X光引導下經鎖骨下靜脈送往心臟。
6. 脈衝產生器被連接到電極線後會被置入皮下或肌肉下一個新造的口袋。
7. 醫生會對除顫器作全面性的測試以確保其起搏和除顫等功能的運作正常。
8. 手術後傷口會被縫合及蓋上敷料。
9. 手術大約需時二至三小時。

手術 / 程序前須知

1. 如病人有服食藥物來控制心律失常，在檢查前要依醫生指示停止服食這些藥物。
2. 在此段期間如有心律失常發作(如心跳、心悸、頭暈等)而情況嚴重，請立即到就近診所或急症室求醫。
3. 醫生會詳細解釋植入除顫器的好處、施行過程和潛在風險，而病人需要簽署手術同意書。
4. 手術前的化驗包括照X光、心電圖及抽血化驗等。
5. 若病人正服用薄血藥或二甲雙胍(一種糖尿藥，英文名稱Metformin)，可能需要於手術前數天停藥。如有敏感病歷，病人要服用類固醇。
6. 手術前要禁食四至六小時。有需要時會進行靜脈輸液。
7. 為方便導管進入及防止感染，護士有可能替病人剃除穿刺部位之毛髮。
8. 若病人是女性，請提供上次經期時間及避免檢查前懷孕，因這項檢查會涉及輻射，有機會影響胎兒。

Patient's Label

Patient Name: _____
Hospital No: _____
Episode No: _____



手術 / 程序後須知

1. 病人會被送往病房作緊密監察。
2. 護士會經常檢查病人的心跳及傷口。
3. 若發現傷口滲血，應立即通知醫護人員。
4. 除特別指示外，可以恢復進食及飲水。
5. 輕微傷口痛非常普遍，病人可要求止痛藥減低痛楚。
6. 可能要服食抗生素以減少傷口感染。
7. 出院前醫生可能會對除顫器再進行測試以確保其運作正常。
8. 通常可在手術後數日內出院。
9. 出院前，醫護人員會檢查傷口，並蓋上消毒紗布。請保持傷口清潔，沐浴時請避免弄濕紗布。如紗布被弄濕，請立即更換。
10. 一週內應避免把受影響手臂高舉過肩膊，手術後一個月內應避免手部進行劇烈運動。
11. 請定期覆診，醫生會為病人測試除顫器的運作和分析除顫器內的記錄。
12. 請常攜帶安裝除顫器證明書。
13. 依照醫護人員指示，或參考除顫器製造商資料手冊，以盡量減低周圍環境中的電場或磁場對除顫器的功能所作的干擾。強大的電磁場能影響除顫器。請將除顫器與手提電話相隔最少十五厘米（六吋）。一般家用電器不會影響除顫器。
14. 如遇暈厥或除顫器曾發放電擊，應盡快聯絡主診醫生或到急症室求診。
15. 除顫器的電池一般有數年壽命，當電池漸漸減弱或耗盡時，醫生會將載有電池的脈衝產生器取出及更換。

風險及併發症

1. 植入除顫器手術會有一定風險。
2. 嚴重併發症包括死亡(<1%)及心或肺壁破穿(<1%)。
3. 可能發生的併發症包括細菌感染(<1%)、傷口血腫(<1%)、血凝塊阻塞血管(<1%)、血管充氣、對顯影劑過敏、血管受損、氣胸及血胸。
4. 特別與除顫器有關的併發症包括電極線移位、電極線斷裂或脈衝產生器穿出皮外。

其他治療 / 檢查方法

其他醫治方法包括長期服食藥物及接受射頻能量消融術。

免責聲明

本單張只提供有關手術 / 程序的基本資料，並列出常見的風險或併發症；可能發生的風險或併發症不能盡錄，亦可因人而異。如需詳細資料或個別查詢，請聯絡你的醫生。

參考資料

醫管局「智友站」網頁：植入式心臟復律除顫器 (4/2019)

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Episode No: _____

病人簽署：_____ 簽署日期：_____