



医疗程序须知

简介

由于心脏泵血功能减弱，心力衰竭病人会有气促和腿足浮肿症状。治療心力衰竭包括医治潜在病因，健康生活习惯及适当药物。接受治療后若果症状仍未改善，病人可考虑接受心脏再同步治療法(简称治療法)。所用仪器基本上是一部心脏起搏器，包括脉冲产生器和用來連接脉冲产生器和心脏的电极线。但在右心放置电极线之外，再于左心放置电极线。此双心室起搏器可发出脉冲同步刺激左右心室，令左右心室收缩协调，这有助提高心脏泵血功能。

研究显示，治療法可减少病人心力衰竭症状，并提高生活质素、运动功能和心脏功能。心力衰竭的死亡率亦可能减少。如病人选择拒绝接受手术，症状可能持续恶化，后果可以非常严重。

适应症

治療心力衰竭，有助提高心脏泵血功能。

手术 / 程序过程

1. 是项手术会在心导管中心内进行，通常只须局部麻醉。过程中病人是清醒的，但为舒缓紧张情绪，医生可能处方少量镇静剂。
2. 护士会在病人胸口贴上电极以便监察心率及心跳，并戴上血氧量监察器。血压量度器亦会定时从病人的手臂量度血压。
3. 手术部位(通常在左胸壁)会被彻底消毒。医生会在病人的左胸壁皮肤上(锁骨对下)作一个大约长三至五厘米的切口。
4. 医生可能会在病人的左手静脉内注射显影剂，然后在病人的左胸壁作针刺以便进入锁骨下静脉。
5. 三条电极线在X光引导下经锁骨下静脉送往心脏。两条放入右心房及右心室，第三条特别电极线植入位于左心室表面的静脉内。医生会注射显影剂來显示静脉的位置。
6. 脉冲产生器被连接到电极线后会被置入皮下或肌肉下一个新造的口袋。
7. 手术后伤口会被缝合及盖上敷料。
8. 手术大约需时三至四小时。

手术 / 程序前须知

1. 手术前的化验包括照X光、心电图及抽血化验等。医生会亦会替病人做心脏超声波，以确定心脏功能。
2. 医生会详细解释是项手术的好处、施行过程及风险，而病人需要签署手术同意书。
3. 若病人正服用薄血药或二甲双胍(一种糖尿药，英文名称Metformin)，可能需要于手术前数天停药。如有敏感病歷，病人要服用類固醇。
4. 手术前要禁食四至六小时。有需要时会进行静脉输液。
5. 为方便导管进入及防止感染，护士有可能替病人剃除穿刺部位之毛发。
6. 若病人是女性，请提供上次经期时间及避免检查前怀孕，因这项检查会涉及辐射，有机会影响胎儿。

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Episode No: _____



手术 / 程序后须知

1. 病人会被送往病房作紧密监察。
2. 护士会经常检查病人的心跳及伤口。
3. 若发现伤口渗血，应立即通知医护人员。
4. 除特别指示外，可以恢復进食及饮水。
5. 轻微伤口痛非常普遍，病人可要求止痛药减低痛楚。
6. 要服食或注射抗生素以减少伤口感染。
7. 出院前医生可能会对双心室起搏器进行程式预校。
8. 通常可在手术后數日内出院。
9. 出院前，医护人员会检查伤口，并盖上消毒纱布。请保持伤口清洁，沐浴时请避免弄湿纱布。如纱布被弄湿，请立即更换。
10. 病人需要在手术后一星期或遵医嘱返回诊所作伤口检查。
11. 一周内应避免把受影响手臂高举过肩膊，手术后一个月内应避免手部进行剧烈运动。
12. 请定期复诊，医生会为病人测试起搏器的运作和分析起搏器内的记录。亦会利用心脏超声波检查调校起搏器，提高治療法的療效。
13. 请常携带安装双心室起搏器证明书。
14. 依照医护人员指示，或参考双心室起搏器制造商资料手册，以尽量减低周围环境中的电场或磁场对起搏器的功能所作的干扰，强大的电磁场能影响起搏器。请将起搏器与手提电话相隔最少十五厘米（六吋）。一般家用电器不会影响起搏器。
15. 双心室起搏器的电池一般有數年寿命，当电池渐渐减弱或耗尽时，医生会将载有电池的脉冲产生器取出及更换。

风险及并发症

1. 此手术会有一些风险。
2. 严重并发症包括死亡(0.4%)及心壁破穿(<1%)。
3. 可能发生的并发症包括细菌感染(<1%)、伤口血肿(<1%)、血凝块阻塞静脉(<1%)、血管充气、对显影剂过敏、血管受损、气胸及血胸。
4. 特别与起搏器有关的并发症包括电极线移位、电极线断裂或脉冲产生器穿出皮外。
5. 特别与植入左心室表面静脉内的电极线有关的并发症包括心脏静脉受损害(6%)及电极线较容易移位(9%)。

其他治疗 / 检查方法

其他治療方法包括继续药物治疗或进行较大型之外科手术，例如心脏移植。

免责声明

本单张只提供有关手术 / 程序的基本资料，并列出现常见的风险或并发症；可能发生的风险或并发症不能尽录，亦可因人而异。如需详细资料或个别查询，请联络你的医生。

参考资料

医管局「智友站」网页：心脏再同步治疗法（4/2019）

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Episode No: _____

病人签署：_____ 签署日期：_____