



医疗程序须知

简介

心跳韵律主要由心电传导系统控制。传导系统出问题就会引致心律失常。可致命的心律失常，例如室性心动过速和心室纤颤，能导致病人心悸、头晕、晕厥之外，还可引致心脏猝死。植入式心脏復律除颤器(简称除颤器)是用作医治室性心动过速和心室纤颤的植入性仪器。除颤器基本上是一部心脏起搏器，包括脉冲产生器和用来连接脉冲产生器和心脏的电极线。但其中放在右心室的电极线加入了除颤功能。当发现室性心动过速或心室纤颤时，除颤器可立即启动其功能，利用加快起搏速度或发出电击，令心律回復正常。经众多臨床研究证明，除颤器较最好的抗心律失常药物更有效地防治高危病人心脏猝死和延长他们的寿命。如病人选择拒绝接受手术，后果可以非常严重，亦可致命。

适应症

心电传导系统出问题引致的心律失常，可致命心律失常例如室性心动过速和心室纤颤。

手术 / 程序过程

1. 此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，然后在左胸壁作针刺以便进入锁骨下静脉。
5. 电极线在X光引导下经锁骨下静脉送往心脏。
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. 医生会对除颤器作全面性的测试以确保其起搏和除颤等功能的运作正常。
8. 手术后伤口会被缝合及盖上敷料。
9. 手术大约需时二至三小时。

手术 / 程序前须知

1. 如病人有服食药物来控制心律失常，在检查前要依医生指示停止服食这些药物。
2. 在此段期间如有心律失常发作(如心跳、心悸、头晕等)而情况严重，请立即到就近诊所或急症室求医。
3. 医生会详细解释植入除颤器的好处、施行过程和潜在风险，而病人需要签署手术同意书。
4. 手术前的化验包括照X光、心电图及抽血化验等。
5. 若病人正服用薄血药或二甲双胍(一种糖尿病药，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。
6. 手术前要禁食四至六小时。有需要时会进行静脉输液。
7. 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。
8. 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. 可能要服食抗生素以减少伤口感染。
7. 出院前医生可能会对除颤器再进行测试以确保其运作正常。
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. 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。
11. 请定期复诊，医生会为病人测试除颤器的运作和分析除颤器内的记录。
12. 请常携带安装除颤器证明书。
13. 依照医护人员指示，或参考除颤器制造商资料手册，以尽量减低周围环境中的电场或磁场对除颤器的功能所作的干扰。强大的电磁场能影响除颤器。请将除颤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除颤器。
14. 如遇暈厥或除颤器曾发放电击，应尽快聯絡主诊医生或到急症室求诊。
15. 除颤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. 植入除颤器手术会有一定风险。
2. 严重并发症包括死亡(<1%)及心或肺壁破穿(<1%)。
3. 可能发生的并发症包括细菌感染(<1%)、伤口血肿(<1%)、血凝块阻塞血管(<1%)、血管充气、对显影剂过敏、血管受损、气胸及血胸。
4. 特别与除颤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。

其他治疗 / 检查方法

其他医治方法包括长期服食药物及接受射频能量消融术。

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：植入式心脏复律除颤器（4/2019）

Patient's Label
Patient Name: _____
Hospital No: _____
Episode No: _____

病人签署：_____ 签署日期：_____