



醫療程序須知- 電生理檢查

Visit No.: Dept.:
Name: Sex/Age:
Doc. No.: Adm. Date:
Attn. Dr.:
Patient No.: PN

Page No:

01	02	03	04	05	06	07	08	09
+10	+20	+30	+40	+50	+60	+70	+80	+90

Please fill in /
affix patient's label

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。電生理檢查是研究心律失常的原因。心律失常的患者會感到心臟急跳、心悸、頭暈、眼花等，嚴重則引致患者失去知覺，甚至突然猝死。

檢查的重要性

電生理檢查屬介入性檢查。它比一些普通檢查能提供更準確有關於心律失常的資料。我們會根據電生理檢查的報告決定有效的治療方法，例如藥物治療、外科手術或導管消融術等。如你選擇拒絕接受檢查，可能要長期服食藥物控制心律失常。當心律失常發作時，你會感到不適，如心臟急跳、心悸、頭暈、眼花等，亦可能引致心力衰竭，甚至突然猝死。

檢查過程

1. 是項檢查會在心導管中心內進行，通常只需局部麻醉。過程中你是清醒的，但為舒緩緊張情緒，醫生可能處方少量鎮靜劑。
2. 護士會在你胸口貼上電極以便監察心律及心跳，並為你戴上血氧量監察器。血壓量度器亦會不時從你的手臂量度血壓。
3. 醫生會在大腿內側（腹股溝）、鎖骨下或頸側作刺針，以便進入動脈或靜脈，然後在X光引導下將不同導管送入心臟。
4. 導管會在心臟不同位置記錄心電訊息，然後額外訊號會經由導管發出刺激心臟不同部位，測試能否引致異常心律。
5. 當你的心跳速度被加快，你可能感到不適（如心跳）。如測驗引致持久的異常心律，醫護人員可能會用直流復原法中止異常心律。
6. 由於要測驗不同部位的傳導問題，檢查可能需時 30 分鐘至超過 1 小時不等。
7. 檢查後你需要接受密切觀察 12-24 小時。

同時進行之導管消融術

如有需要醫生會於電生理檢查後即時進行導管消融術（簡稱消融術）。有關安排會在你接受檢查前向你提出。若你同意是項安排，你必須同時簽署消融術的手術同意書。

檢查風險或併發症

此檢查會有一定風險，包括：

- 嚴重併發症大約 0.1%。當中包括血管或心臟結構受損而需外科手術修補或死亡。
- 可能發生的輕微併發症大約 4%。包括傷口發炎及流血、血凝塊阻塞血管、心律失常等。

檢查前準備

1. 醫生會向病者解釋手術過程及可能發生的併發症及簽手術同意書
2. 如你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。
3. 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。
4. 檢查前的化驗包括心電圖及抽血化驗等。
5. 檢查前要禁食 4-6 小時。
6. 有需要時會進行靜脈輸液。
7. 為方便導管進入及防止感染，護士有可能替你剃除穿刺部位之毛髮。
8. 若你是女性，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。



醫療程序須知- 電生理檢查

Visit No.: Dept.:
Name: Sex/Age:
Doc. No.: Adm. Date:
Attn. Dr.:

Page No:

01	02	03	04	05	06	07	08	09
+10	+20	+30	+40	+50	+60	+70	+80	+90

Patient No.: PN

Please fill in /
affix patient's label

檢查後注意事項

1. 檢查完成後，靜脈或動脈內的導管會被取出；傷口會被加壓止血。
2. 護士會定時替你量度血壓及脈搏，並檢查傷口。
3. 你有需要臥床休息 4 小時或以上，期間切勿移動或屈曲有傷口的大腿以防流血。如需咳嗽或打噴嚏，應事先用手輕按傷口位置，以避免出血。
4. 若你發現傷口滲血，應立即通知醫護人員。

檢查後護理

1. 一般情況下，你可以於檢查翌日出院。
2. 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，如消毒紗布被弄濕，請立即更換。一般情況下檢查後第 3 天可淋浴。
3. 為防止傷口流血，在最初 3 天內應避免進行劇烈運動。傷口附近的瘀傷大多是輕微的，通常會在檢查後 2 至 3 星期消失。如發現傷口有滲液流出、腫脹或發炎等問題，請立即返回醫院求醫，或到附近急症室就診。
4. 出院前醫生會向你解釋檢查的結果。若有疑問，你與家人可於覆診時與醫生商討。

備註

本單張只提供有關檢查的基本資料，可能發生的風險或併發症不能盡錄。某類病人的風險程度亦為不同。若有併發症發生，可能需要立即進行另一項緊急手術以作治療。如有查詢，請聯絡你的醫生。

參考資料

醫院管理局「智友站」

_____ 醫生已向本人解釋清楚有關手術 / 程序，本人亦有機會對病情及治療方案提出疑問，並獲得充份解答。

病人 / 病人家屬姓名

簽署

家屬關係(如適用)

日期