

## 關節腔攝影(Arthrography)檢查及局部麻醉說明暨同意書

本人已經與醫師討論過接受這個檢查/治療的相關資訊(如：實施原因、步驟、風險及替代方案等)，對於醫師的說明都已充分了解，本人同意進行檢查/治療。

**目的：**

評估半月板的功能、診斷撕裂性的創傷、滑液囊的損傷、關節韌帶破損和關節長期痠痛。

**檢查流程/治療步驟：**

- 1、採取平躺姿勢。
- 2、消毒皮膚然後覆蓋消毒的布巾，經皮下注射局部麻醉劑(相關資訊另作說明)。
- 3、醫師藉由透視定位引導細針進入關節腔，注入1~10 cc 對比劑，再拔去穿刺針。
- 4、輕輕轉動關節數次，使對比劑能均勻分佈後，再依不同的關節進行X光攝影。

**局部麻醉之相關資訊如下：**

- 以棉棒沾取殺菌液(chlorhexidine)，於預定下針部位為中心，由內向外消毒各三次。
- 利用針筒將適量麻醉劑(2% xylocaine)注射於傷口周圍。
- 麻醉之風險：少數人藥物過敏引致之突發性反應。麻醉後可能出現之症狀：一般而言沒有症狀。  
極少數可能副作用，包括噁心、嘔吐、低血壓、心跳徐緩、感覺異常。若過量或誤注入血管，則會有嘴唇感覺異常、舌頭麻痺、口齒不清、肌肉抽筋顫抖等症狀。
- 麻醉之好處：可以使您減輕疼痛，使整個過程順利進行。

**效益：**

透過關節腔攝影檢查，可以得知關節腔內及其周圍組織是否有異常，以進一步擬定正確的治療方針。

**風險/副作用/合併症/併發症：**

依國外一大型臨床研究，126,000 次關節攝影中，沒有發生死亡(0%)，三例引起感染(四萬二千分之一)，61 例引起蕁麻疹(二千分之一)，關節攝影之安全性相當高。經由關節攝影注入對比劑而發生過敏反應的機率也極低。

**注意事項：**

- 1、門診病人請持此說明書至影像醫學科櫃台，先確立排檢日期及時間。  
請受檢者依報到時間攜帶健保 IC 卡至南棟 2F 影像醫學科櫃台報到登記。  
若檢查當日不克前來，請以電話聯絡改期。電話:02-89667000，分機 2218 或 1109。
- 2、請一位家屬陪同前來報到至檢查完畢。
- 3、可能出現局部關節及穿刺處疼痛、不適及腫脹，需適當休息一、二天後症狀會自行消失，出現  
紅腫現象或有發燒，請回醫院複診。

## 關節腔攝影(Arthrography)檢查及局部麻醉說明暨同意書

- 4、檢查側兩日內勿提重物，並且暫勿騎車或開車。
- 6、極少數的情況下，會發生肢體麻痺或無力，通常都只是暫時的，只要麻醉劑藥效退去就會恢復。

### 其他替代方案：

- 1、關節磁共振造影檢查。
- 2、關節內視鏡檢查。

### 後續治療計畫與預期結果：

檢查結果提供臨床醫師擬定後續檢查或治療方針。

### 醫師之聲明：

- 1、我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：
  - (1)需實施檢查/治療之原因、檢查/治療步驟與範圍、檢查/治療風險及輸血可能性。
  - (2)檢查/治療併發症及可能處理方式。
  - (3)不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式。
  - (4)預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀。
  - (5)其他與檢查/治療相關說明資料，已交付病人。
- 2、我已經給予病人充足時間，詢問上述有關本次檢查/治療的問題，並給予答覆。
- 3、如遇病人病情緊急，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，爰依醫療法第 63、64 條第 1 項但書之規定先為病人進行必要之處置，以維護病人生命安全。

### 病人之聲明：

- 1、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、步驟、風險之相關資訊。
- 2、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他檢查/治療方式之風險。
- 3、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
- 4、針對我的情況、檢查之進行、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、我瞭解在檢查/治療過程中，如果因治療之必要而切除部分器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告及醫學研究，並且在之後會謹慎依法處理。
- 6、我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證百分之百能改善病情。※基於上述聲明，我同意進行此檢查/治療。