



國軍臺中總醫院

關節腔攝影檢查說明書

此說明書由病患
(或家屬)留存

這份說明書是有關您即將接受的醫療處置之效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這項醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

關節腔攝影檢查簡介

所謂的關節腔攝影檢查，即是經由穿刺針將含碘對比劑與空氣注入病灶的關節腔內，在X光透視下，對於關節腔及其周圍組織的攝影檢查。人體的全身關節很多，最常作的關節腔攝影檢查為肩關節攝影，其他如肘關節、腕關節、髖關節以及膝關節攝影等等，現多已被磁振造影檢查(MRI)取代。

關節腔攝影檢查步驟

1. 病人平躺於檢查臺上，除去病灶關節處的衣物。
2. 關節皮膚消毒及無菌處理，穿刺處局部麻醉。
3. 醫師在X光透視下以穿刺針定位並穿刺，直到穿刺針進入關節腔。
4. 藉由穿刺針將含碘對比劑與空氣注入病灶的關節腔內。
5. 依照不同的病灶關節進行各種姿勢的攝影後，即完成整個攝影檢查。

手術效益：

(經由手術，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

透過關節腔攝影檢查，我們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。

禁忌症：

關節攝影術的禁忌症很少，只有對對比劑過敏的病人是比較重要的禁忌症。但因此檢查對比劑並非直接注射於血管內，故其過敏的發生率低很多。

關節腔攝影有沒有危險？

可能副作用或可能併發症：

1. 檢查後可能在關節活動時，會有腫脹或酸痛的感覺，可用熱敷來改善；一般約一、二天即可自然消退。若持續會酸痛、出現紅腫現象或有發燒，請回醫院複診。
2. 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，只要麻醉劑退去就應該會恢復。

替代方案：（這項醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這項醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定）

1. 關節之磁振造影檢查。
2. 關節之內視鏡檢查。

* 註：若臨時取消此項檢查，請迅速電知放射科登記室 04-23934191
分機：525415，將機會讓給其他需要做檢查的病人。

國軍臺中總醫院

關節腔攝影檢查同意書

(請詳細閱讀檢查說明書，待醫師向您說明後，再簽署本同意書)

*基本資料

病人姓名_____

病人出生日期_____年_____月_____日

病人病歷號碼_____

主治醫師姓名_____

一、擬實施之檢查(處置、治療)(如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查(處置、治療)名稱：

關節腔攝影檢查 (Arthrography) 其他

3. 建議檢查(處置、治療)原因：

二、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(處置、治療)之相關資訊，特別是下列事項：

需實施檢查(處置、治療)之原因、檢查(處置、治療)方式與範圍、檢查(處置、治療)之風險。

檢查(處置、治療)併發症及可能處理方式。

如另有治療相關說明資料，我並已交付病人。

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查(處置、治療)的問題，並給予答覆：

(1)

(2)

(3)

主治醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

三、病人之聲明

病歷管理委員會 112 年 5 月 4 日 審核通過

編號：MR18-RAD-12 版次 06

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查(處置、治療)的必要性、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查(處置、治療)可能預後情況和不進行治療的風險。
3. 醫師已向我解釋，如果檢查過程中如發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
4. 我瞭解這個檢查(處置、治療)可能是目前最適當的選擇。

基於上述聲明，我同意進行此檢查(處置、治療)。

基於上述聲明，我同意進行此檢查。

孕齡婦女聲明：醫師已明確告知我此項檢查對懷孕婦女及胎兒造成的風險。

簽名：_____

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

見證人：

簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註：

一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

二、見證人部分，如無見證人得免填載。

三、未成年者請由法定代理人簽具同意書

四、可能副作用或可能併發症：

1. 檢查後可能在關節活動時，會有腫脹或酸痛的感覺，可用熱敷來改善；一般約 1~2 天即可自然消退。若持續會酸痛、出現紅腫現象或有發燒，請回醫院複診。
2. 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，只要麻醉劑退去就應該會恢復。

五、替代方案：（這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這項醫療處置，請與醫師討論您的決定）

1. 關節之磁振造影檢查。
2. 關節之內視鏡檢查。

國軍臺中總醫院放射科注射對比劑同意書

經動靜脈注入對比劑之各項檢查，乃利用對比劑對檢查部位之作用，以提高和加強受檢器官或病灶之顯現程度，達到診斷效果。傳統離子性含碘對比劑，少數受檢者對這種對比劑有過敏現象(產生過敏現象比例為 10%)，其症狀為噁心、嘔吐、皮膚出疹、發癢、少數嚴重反應者會發生休克甚至猝死(死亡發生率，依照國外報告統計約為十萬分之一)。但是若有下列情形者，發生過敏的機率會明顯增加。

- 1. 心、肺、血管疾病(心臟功能受損、高血壓、動脈硬化、肺氣腫)。
- 2. 肝硬化、肝功能不良者。
- 3. 腎臟功能不良、尿毒症者。
- 4. 氣喘患者。
- 5. 糖尿病超過五年以上。
- 6. 有過敏病史(包括曾注射『含碘質對比劑』引起反應，對食物及其他藥物、花粉或其他過敏原過敏者)。
- 7. 年紀較高且身體情況不良者(72 歲以上)。
- 8. 年紀較小(2 歲以下之嬰幼兒)。
- 9. 病危患者。

受檢者如有上述情況請於內打√

受檢者或家屬請簽名：_____

未成年者請由法定代理人簽具同意書。

※請詳閱本說明書，再決定是否簽檢查同意書※

日期： 年 月 日 時間： 時 分

國軍臺中總醫院放射科

對比劑施打前風險評估表

姓名：_____

身分證號碼：_____

出生日期：____年____月____日

※ 請您先閱讀以下問題，並完成已知項目，其餘部份由檢查室的醫師為您完成。

過去是否曾發生過敏的病史？ Allergy

- 無 (nil)
- 過去在打對比劑時曾發生過敏現象 (previous contrast)，種類為：_____
- 對食物或藥物過敏 (food, drug, others)，種類為：_____
- 不清楚

禁忌症 Contraindication

- 無 (nil)
- 嚴重的甲狀腺亢進 (Severe hyperthyroidism)
- 嚴重的心臟衰竭 (De-compensated heart failure)
- 嚴重的肝腎症候群 (Severe hepato-renal dysfunction)
- 少尿或無尿 (Oligouria / anuria)

高風險評估 High risk Condition

- 無 (nil)
- 氣喘 (Asthma) 易過敏體質 (allergy constitution)
- 腎臟功能異常 (Renal dysfunction)
- 心血管疾病 (Cardiovascular disease)
- 肺動脈高壓 (Pulmonary hypertension)
- 腦部疾病 (Cerebral disease)
- 甲狀腺疾病 (Thyroid disease)
- 嗜鉻細胞瘤 (Pheochromocytoma)
- 正在服用美氟明類糖尿病藥物 (DM on Metformin)

最近三個月內的 Cre 值：_____ (mg/dL)

評估醫師：_____

日期： 年 月 日 時 分