



行政院國軍退除役官兵輔導委員會
台中榮民總醫院
 Taichung Veterans General Hospital, VGHTC

管制文件訂修廢紀錄表

文件編號	01-AIR-01	文件名稱	關節滑囊膜切片檢查術說明暨同意書	
訂定單位	過敏免疫風濕科	機密等級	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 密件 <input type="checkbox"/> 極機密	
適用單位	<input type="checkbox"/> 全院 <input checked="" type="checkbox"/> 其他(共 <u>2</u> 個單位)，並請註明填寫：過敏免疫風濕科、62 病房			
版次	頁數	文件修訂摘要		實施日期
A	4	本文件訂定於西元 2011 年 04 月 14 日，經審閱後修訂內容。		
訂修廢		審核		核准



病歷號：

姓名：

出生年月日： 年 月 日

關節滑囊膜切片檢查術說明暨同意書

這份說明書是有關您即將接受的侵入性檢查或處置項目，期望輔以書面說明可做為您與醫師討論時的補充資料，並讓您瞭解這項侵入性檢查或處置項目的適應症、實施步驟、檢查或處置前、中、後注意事項、可能併發症及替代方案；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侵入性檢查(或處置)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，讓我們一起為您的健康努力。

1. 檢查/處置之適應症：

關節腫痛，疑似發炎或感染或腫瘤之診斷及鑑別診斷。

2. 檢查/處置之實施步驟：

2.1 檢查/處置範圍：由醫師評估切片位置

肩關節之前後測。 膝關節之膝蓋骨與股骨交接處。

其它： _____。

2.2 檢查/處置目的：(勾選處)

關節腫痛，疑似發炎或感染或腫瘤之診斷及鑑別診斷

其他：_____。

2.3 執行步驟：

檢查前由操作者確認患者姓名、出生年月日，正確無誤後予以充分說明與解釋執行步驟。**檢查中**，若患者出現嚴重不適情況，立即停止並適當處理。

* 步驟一：定位及消毒(可使用關節超音波輔助)

a. 可使用關節超音波輔助定位，並以麥克筆畫出穿刺之正確位置。

b. 操作者洗手(按洗手正確步驟)，戴手套。以消毒劑(碘酒及 70-75%酒精)消毒皮膚，採環狀方式由內往外消毒後，至少停留 2 分鐘以達消毒效果。

* 步驟二：局部麻醉藥物注射

a. 確認患者過去無使用局部麻醉發生過敏之狀況。

b. 於皮下以及關節滑囊膜內注射局部麻醉劑，以減少接下來之疼痛及不適。

* 步驟三：關節穿刺並切取滑囊膜

a. 使用切片針於定位處平行方式置入，抽取關節液，並依不同方位採取數片滑囊膜。

b. 將取出之關節滑囊膜檢體送至病理室檢驗。

* 步驟四：無菌紗布覆蓋

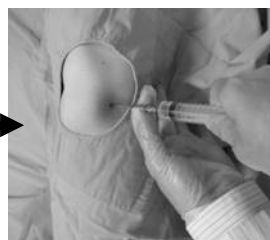
檢查後，以無菌紗布覆蓋，注意有無併發症並處理。三日內暫時減少過度的關節活動及負重。



步驟一：定位並消毒



步驟二：局部麻醉



步驟三：關節穿刺並做
滑膜切片



步驟四：無菌紗布覆蓋

3. 檢查/處置之前、中、後注意事項：

3.1 檢查前注意事項：檢查前由操作者確認患者姓名、出生年月日，正確無誤後予以充分說明與解釋執行步驟。

3.2 檢查中注意事項：執行過程，若患者出現嚴重不適情況，立即停止抽吸動作。

3.3 檢查後注意事項：

3.3.1 檢查完畢會於穿刺部位覆蓋紗布，若無出血，則 8 小時後才能將外部包紮紗布取下。

3.3.2 切片後應密切觀察患者穿刺處是否出現紅腫熱痛等發炎現象。

3.3.3 回家或病房後如有施行部快速腫脹、傷口滲血，請立即告知護理人員或撥打連絡電話。若患者出現穿刺部位輕微腫痛，可予以患處冰敷 5-6 次/天，每次約 10-20 分鐘並抬高患肢。

3.3.4 若無不適情況，可鼓勵漸進式下床活動，並請家屬陪伴在旁預防患者因肢體無力而跌倒受傷。

4. 檢查/處置之效益：(經由手術或醫療處置，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；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

4.1 早期關節炎之確定診斷或各種關節炎之鑑別診斷。

4.2 併用關節液抽取術，可改善關節腫脹及發炎性關節疼痛情況。

4.3. 追蹤藥物治療效果。

5. 檢查/處置之風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全没有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

5.1 檢查中可能發生關節腔內出血，但會自行吸收。

5.2 檢查後之關節腫痛：檢查後可能引起短暫的施行部位腫痛，約需 2-3 日恢復。若配合冰敷可加速症狀消除。

5.3 局部血腫：發生機率一百萬分之四。出現血腫時急性期予以患處冰敷 2-3 天後，改予以熱敷並抬高患肢促進患部血液循環。

5.4 檢查後可能引起發燒、微量軟骨受損或局部發炎，一般會自行消退。

5.5 關節處感染：發生機率一百萬分之四。當術後發生感染情形時，須先予以患處冰敷、抬高患肢，並使用抗生素治療。

6. 替代方案：(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定)

6.1 可以考慮其它非侵入性的檢查，如影像學檢查或血清學檢查。

優點：無侵入性之傷害問題，減少切片時導致的疼痛及風險。

缺點：較不具特異性或無法看出體內病變組織之狀況，無法確認病因時較無法明確對症下藥，且無法同時進行滑囊膜減積或關節內藥物注射等治療。

7.醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(若無意見，請填寫”無”)

關節滑囊膜切片術是一項安全性極高的檢查，以目前醫學技術而言，檢查過程中發生危險性及合併感染的機率相當低。且可切確獲得診斷及治療的依據。

說明醫師：(簽章)

日期：西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

關節滑囊膜切片檢查術說明說明暨同意書

病人之聲明：

- 1.病人：_____，出生於西元____年____月____日，因患有_____，醫師建議進行本檢查處置。
- 2.立同意書人已經與說明醫師討論過接受本檢查/處置(包括適應症、實施步驟、效益、風險及替代方案)等資訊內容，醫師提供的說明已清楚解答進行本檢查處置的各項疑問。
- 3.立同意書人了解接受本檢查處置是必須且適當的選擇，但是醫療處置均存有一定之風險且無法保證藉此一定可以獲得確切的診斷。

基於上述聲明，

同意進行此檢查。

立同意書人(簽名及身份證字號)：_____日期：西元____年__月__日__

與病人之關係(請圈選)：病人本人、配偶、父母、兒女、其他_____

住址：_____

電話：_____

備註：

- 1.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，需由警消人員、社工或志工簽署見證。
- 2.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書時，則無需見證，見證人資訊可免填寫)

見證人：(簽名及身份證字號)_____

日期：西元____年__月__日