澄清醫院中港分院

使用全人工膝關節置換品項選擇評估表

一、目的：

全人工膝關節置換手術（TKA）迄今已 50 年。當膝關節退化之後，以保守治療（包括減重、運動、復健、口服藥物、關節內注射…）無效時，TKA 就是恢復功能，減少疼痛的一種治療選擇。

二、治療方式：

在全身麻醉下，手術時間約 2~3 小時，引流管約 2~3 天。術後即可足、踝活動。約 2~3 天開始復健。建議助行器行走，避免跌倒。約 1~2 個月可逐漸恢復正常行走功能。

三、建議：

- 必須使用高效率傷口清洗槍
- 感染風險高的患者可選擇使用抗疲勞高強度骨水泥
- 年輕、活動大的患者可選擇超耐磨襯墊
- 骨頭變形厲害、曾經骨折過、關節周邊受過傷有植入物的患者可選擇高科技電腦導航系統

使用全人工膝關節置換品項選擇評估表

請透過以下四個方式幫你做決定

步驟一、比較每一項的優點、風險、副作用(併發症)、費用、替代方案。

產品類別	比較項目	自費	健保給付
傷口清洗 **自費：3,800 元** **(必須使用)**		**高效率傷口清洗槍**	**傳統方式**
	時間、處理面積	快速、深部，大面積	費時、淺部，小面積
	手術感染率	降低	提高
	水流壓力	60 PSI、快速清洗、縮短時間	10 PSI
	植入物與骨頭結合度	手術部位完全清潔，提高結合度、清除壞死組織加速痊癒時間	較差、痊癒時間也較慢
	血管栓塞機率	降低血管併發症	提高
骨水泥 **自費：22,000 元** 		**抗疲勞高強度骨水泥**	**傳統骨水泥**
	抗疲勞強度	成分經重新調配及測試，具抗疲勞高強度特性	不具抗疲勞強度
	負載週期	經實驗證實可達 144 萬次(約傳統七倍)	約 20 萬次
	成分	骨水泥粉末內含定量之抗生素，持續釋放減少術後感染率	骨水泥不含抗生素
	黏性	結合低黏性與高黏性骨水泥特性，提供充足工作時間	只具單一黏性的骨水泥特性
超耐磨襯墊 **自費：48,000 元** 		**超耐磨襯墊 、髖骨**	**一般墊片、髖骨**
	耐磨程度	耐磨度高(可明顯減少 81%的磨損量)	一般
	活動耐磨模擬測試	超耐磨墊片仍然保持其完整無缺形狀	已產生變形損壞
超耐磨髖骨 **自費：48,000 元** 	分子結構強度	高(高度交叉連結，不容易導致氧化的自由基存在)	較低
	抵抗片狀剝落能力	高(經美國 FDA 驗證通過具有抵抗片狀剝落能力，膝關節活動模擬測試超過 8 百萬次，關節表面無片狀剝落情形)	較低(活動模擬測試 2.7 百萬次，即開始產生片狀剝落情形)
高科技電腦導航系統 **自費：65,000 元** 		**iAssist 高科技電腦導航系統**	**傳統手術**
	精準誤差	平均± 0.96° ± 0.66°	平均± 3.26°± 2.86
	術中驗證校正	術中可驗證角度及校正準確度	無
	侵入骨髓腔	無	有
	併發症	無	脂肪栓塞
	技術難度	智慧型科技導向	依醫生經驗判斷

使用全人工膝關節置換品項選擇評估表

病歷號碼: 性別: □男 □女 出生日期:西元_____年___月___日

姓 名: □門/急診□住院 床 號: _____

步驟二、您所選擇治療方式會在意的因素有什麼？以及在意的程度為何？請圈選，1 分代表對您不重要，5 分代表對您非常重要。

考慮因素	1	2	3	4	5
感染率	1	2	3	4	5
植入物與骨頭結合度	1	2	3	4	5
耐磨度	1	2	3	4	5
併發症	1	2	3	4	5
費用	1	2	3	4	5

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請勾選V

題目	對	不對	不確定
高效率傷口清洗槍可以提高結合度、清除壞死組織加速痊癒			
iAssist 高科技電腦導航系統較精準			
傳統骨水泥不含抗生素			

步驟四、您現在確認好想要的治療方式了嗎？

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

□高效率傷口清洗槍(自費) □傳統方式(健保)

□抗疲勞高強度骨水泥(自費) □傳統骨水泥(健保)

□超耐磨襯墊 、髖骨(自費) □一般墊片、髖骨(健保)

□iAssist 高科技電腦導航系統(自費) □傳統手術(健保)

我目前還無法決定

□我想要回去與家人討論之後再做決定

□我想要再與醫師及醫療團隊再討論治療方式

□對於治療方式我還有問題：_____

填答人基本資料

1. 身分: □病人本身 □病人家屬
2. 性別: □男性 □女性
3. 請問您的年齡:
   □18 歲以下 □19 到 29 歲 □30 到 39 歲 □40 到 49 歲
   □50 到 59 歲 □60 到 64 歲 □65 歲以上
4. 請問您的教育程度
   □不識字 □國小肄業 □小學畢 □國/初中畢業
   □高中職畢 □大專/大學畢 □碩士 □博士
5. 這次主要與您一同看輔助工具，參與醫療決策的人為
   □自己一人 □父母 □配偶 □子女或其配偶 □其他家人 □其他_____

說明人：_____ 病患簽章：_____

西元 年 月 日