

醫療程序資訊 - 神經傳導測試

Hosp No. : HKID No.:

Case No. :

Name :

DOB : M/F

Adm Date : Contact No.:

1. 簡介

- 1.1. 神經傳導檢查 (NCT) 和肌電圖 (EMG) 是一個診斷過程,以評估肌肉、神經細胞(運動神經元)、神經線和神經與肌肉交界處的健康。當神經細胞傳輸電子信號引起肌肉收縮,神經傳導檢查和肌電圖把這些信號轉換成圖象,聲音和數值,以作分析。其測試結果可以揭示有關神經線信號傳輸的問題或肌肉功能障礙。
- 1.2. 神經傳導測試可量度神經訊號傳送的速度。如果您有神經堵塞、受損或病變,這些訊號將會被拖慢。
- 1.3. 神經傳導測試之目的:
 - 1.3.1. 評估創傷後對神經的損害。
 - 1.3.2. 來檢查是否有某些長期病患引致神經損壞,例如糖尿病。
 - 1.3.3. 測試某些情況影響神經系統。
 - 1.3.4. 檢查「被困」的神經,例如腕管綜合症。
 - 1.3.5. 協助診斷造成四肢疼痛、抽搐、麻痺或軟弱的成因。

2. 檢查前之準備

- **2.1.** 請保持您的雙手和雙腳溫暖,尤其是在冷天氣,手腳冰冷會另神經傳送訊息更緩慢,這可能會影響 結果的測試。
- 2.2. 避免在測試前的2至3小時內吸煙、飲咖啡、茶、及汽水等。
- 2.3. 穿著舒適寬鬆衣服,好使四肢能露出,方便進行測試。
- 2.4. 不要穿戴首飾。
- 2.5. 如情況許可,請在測試前淋浴,請勿使用任何乳霜,這樣做可能會干擾訊號之接收。
- 2.6. 如果您有心臟起搏器或震擅器,請先告知醫生,醫生有機會作出特別安排。

3. 程序

- 3.1. 醫護人員將會清潔您的皮膚。
- 3.2. 神經傳導測試:
 - **3.2.1.** 醫護人員會將電極貼片放置到皮膚表面,測量兩點或多點之間沿神經通路行駛的速度和有關的信號,通常在您的上肢或下肢的肌肉及神經線之位置,或取決於您的徵狀。
 - 3.2.2. 神經傳導測試機會在所需檢查的神經線上發送一個微小的電流,當訊號經過肌肉時,會有像 被尖銳物刺到的感覺。該過程有機會在不同的神經區域上進行數次。
 - **3.2.3.** 電流經過後肌肉會收縮,其回應電子訊號所需的時間會被記錄。這個回應的速度就是所謂的 傳導速度。
 - 3.2.4. 此項測試可能要用上 15 分鐘到 1 小時或更多時間去完成,是乎有多少個神經或肌肉區域需要進行測試。

3.3. 肌電圖:

- 3.3.1. 在某些情況下,醫生或會為您進行肌電圖 (EMG)測試。小電極針會直接放入肌肉內以記錄該 肌肉的活動。醫生會提示在適當的時候先讓肌肉放鬆以評估肌肉休息時是否有任何不正常的 自發性活動。當醫生要評估不同程度肌肉運動時的活動,會給您續漸加強收縮肌肉的指示。 當小電極針放在肌肉內可能會引致不適或疼痛,不過檢查過後這感覺就會消除。在過程中, 可與醫生商量暫作休息。
- **3.3.2.** 神經傳導測試及肌電圖測試後,數據會交由腦內科醫生出報告,並由主診醫生詳細為您解釋測試結果。



GNEU-F02C-R2-02/25 Page 1 of 2

Hosp No. : HKID No.:

Case No. :

Name :

DOB : M/F

Adm Date :

Contact No.:



醫療程序資訊 - 神經傳導測試

4. 可能出現風險及併發症

- **4.1.** 神經傳導測試使用的電流量是非常小。此測試可能令您感到不自在,有些人在測試後幾分鐘或會稍 微增加不舒服感覺,但隨後會減退。測試本身不會造成任何傷害。
- **4.2.** 肌電圖是一個低風險的過程,當小電極針插入肌肉時可能有輕微出血。感染和神經損傷的風險是十分低。

5. 備註

5.1. 本資訊所提供的資料並不詳盡。如果您有其他關於神經傳導測試及肌電圖的查詢,請與您的醫生聯絡。

6. 参考資料

- 6.1. Patient Information Factsheet: Nerve Conduction Studies. University Hospital Southampton, National Health Service (NHS) Foundation Trust.
- 6.2. Health Information: Nerve Conduction Studies. Trusted Medical Information and Support.
- 6.3. Nerve Conduction Study. Mount Sinai Hospital.
- 6.4. Health Information: Electromyogram and Nerve Conduction Studies. Queen Mary Hospital, Hong Kong.

本人明白以上關於手術或程序之資訊;本人亦有機會對病情及治療方案提出疑問,並獲得充分的解答。

病人/家屬簽署:	
病人/家屬姓名:	
日期:	

