



國軍臺中總醫院

上消化道攝影檢查說明書

此說明書由病患
(或家屬)留存

▶ 上消化道攝影檢查簡介

- ▶ 上消化道攝影是一種特殊的X光檢查，其檢查的範圍包括食道、胃與十二指腸，檢查時受檢者必須服用一種對比劑—鋇劑，這是一種白色乳狀濃稠液體，它會暫時性附著在腸胃道內壁，在X光透視下使檢查範圍顯像。
- ▶ 另外為了使胃能夠脹滿氣體，使檢查結果更清楚，必須要吞服一種蘇打粉。這個檢查可以觀察到消化道蠕動的情形，也可以藉由鋇劑的附著，將消化道的黏膜狀況表現出來，因此對於潰瘍、腫瘤或發炎反應等變化，是相當好的診斷方法。
- ▶ 進行此項檢查之可能原因為：吞嚥困難、胸部及上腹部的疼痛、胃酸逆流、噁心嘔吐、嚴重消化不良或者糞便中有潛血反應。

▶ 檢查前注意事項

- ▶ 如果胃中仍有食物或水將會嚴重影響檢查的品質，因此檢查前一天午夜開始必須禁食，也不要嚼食口香糖或抽煙，因為胃部會受到刺激而分泌許多胃酸，使得檢查的品質變差。
- ▶ 平常有服用長期藥物者：如心臟病、高血壓、甲狀腺機能異常等，請按時繼續服藥，但僅可飲用少量開水(糖尿病藥物須暫停服用，避免造成血糖嚴重降低)。
- ▶ 檢查前請取下項鍊或其他飾物，並換上檢查衣，請勿攜帶貴重物品。
- ▶ 如果您可能已經懷孕，必須告知您的醫師或做檢查的放射師。

▶ 檢查的過程

- ▶ 檢查前10-15分鐘有時會視情況注射一劑肌肉鬆弛劑，讓胃腸蠕動減緩以利受檢，此藥劑注射時會有輕微疼痛，注射後可能會有口乾舌燥、輕微頭暈或眼睛模糊視線不清之現象，這些都是暫時性，請勿慌張。
- ▶ 進入檢查室開始檢查時，放射師會先請您服用蘇打粉，它將變成氣體使胃脹滿以利觀察黏膜的情形，您會很想打嗝，但是請千萬不可將氣體排出，務必要忍住到檢查完為止。接下來會請您站上檢查台，醫護人員會遞上一杯如奶昔般的腸胃道對比劑(鋇劑)，請配合指示飲用，例如請您喝一口含在嘴巴，請您吞下時才可以吞下，檢查過程中請您遵從放射科醫師的指示，在檢查台

上來回翻轉，一方面使鋇劑均勻附著在消化道內壁，一方面可取得不同部位不同角度的影像，以利診斷。

- ▶ 放射科醫師在檢查室外可藉由透視螢幕觀察到您食道、胃、十二指腸的情況，並取適當的角度照像。檢查過程中會依需要而再請您吞服蘇打粉或鋇劑。
- ▶ 檢查完成後會請您到檢查室外稍候，這段時間放射科醫師將會瀏覽所照射的 X 光片，看是否清晰足夠作為診斷之用。
- ▶ 如果照像結果可接受，則會請您換回自己的衣服，並可離開，有時則會因需要請您再進檢查室，完成檢查。

▼ 檢查後有哪些注意事項

- ▶ 檢查後便可以正常進食或吃藥，在檢查後的 2~3 天，糞便可能會因為鋇劑的關係，變成白色或灰色。
- ▶ 偶而會有暫時性便秘，通常這只需要服用些緩瀉劑就可排除。

▼ 受檢須知：

1. 檢查前一晚 12 時以後禁食（含飲料及開水）。
2. 翌晨嚴禁早餐（含開水）直到檢查完畢為止。
3. 攜帶檢查單依約至放射科登記室報到，並依服務人員指示至攝影室候檢。
4. 檢查結束後請多喝水以利對比劑排出。

▼ 檢查/醫療處置風險

有以下情形的被檢查者不適宜注射胃腸蠕動抑制劑，包括：青光眼、心律不整、或是攝護腺肥大等情形，因施打胃腸蠕動抑制劑會使得上述病情加重。如有上列情況，請主動告知醫護人員，除此之外，上消化道攝影並不會有其他永久的後遺症。

▼ 其他替代檢查

如果您不想接受此項檢查，請與您的醫師討論是否改由胃鏡檢查或是暫時採用藥物治療，但是千萬不要因此而延誤病情診斷，錯失治療的黃金時間。

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

上消化道攝影檢查同意書

(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 (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：

上消化道攝影檢查 (UGI)

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，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

需實施檢查之原因、檢查方式與範圍、檢查之風險

檢查併發症及可能處理方式

如另有治療相關說明資料，我已交付病人

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

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查的必要性、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可能預後情況和不進行檢查的風險。
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。

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（未滿 20 歲）請由法定代理人簽具同意書。

四、檢查/醫療處置風險

有以下情形的被檢查者不適宜注射胃腸蠕動抑制劑，包括：青光眼、心律不整、或是攝護腺肥大等情形，因施打胃腸蠕動抑制劑會使得上述病情加重。如有上列情況，請主動告知醫護人員，除此之外，上消化道攝影並不會有其他永久的後遺症。

五、其他替代檢查

如果您不想接受此項檢查，請與您的醫師討論是否改由胃鏡檢查或是暫時採用藥物治療，但是千萬不要因此而延誤病情診斷，錯失治療的黃金時間。