



# 國軍臺中總醫院

## 電腦斷層攝影檢查說明書

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檢查介紹及注意事項說明，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檢查的任何疑問，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。

### 電腦斷層檢查簡介

電腦斷層攝影是一種結合 X 光與電腦科技的診斷工具，利用電腦將資料組合成身體橫切面的影像，這些橫切面的影像可再進一步重組成 3D 立體影像。

電腦斷層攝影對於頭部、胸部、腹部與脊椎的問題是很好的診斷工具，許多部位的腫瘤，例如：肺、肝、胰臟腫瘤都能夠藉由這項檢查來確定位置及測量大小，對周圍組織的侵犯程度亦能提供重要的訊息。利用在創傷的病人身上，電腦斷層可以快速診斷出大腦、肝臟、脾臟、腎臟或其他體內器官的傷害情形。

### 檢查前注意事項

檢查時請穿著舒服輕便的服裝，或者依醫護人員指示換上檢查衣，衣服上不要有金屬的飾物，因為金屬物質會干擾到電腦斷層的影像。視照射部位的不同，您可能會被要求取下髮飾、首飾、眼鏡、助聽器或者是活動式的假牙。如果您有可能已經懷孕，請在照射前告知放射師。另外依照照射部位的不同，在檢查前數小時有可能會請您禁食及禁喝飲料。

如有配戴體外電子醫材，應詢問醫師可否將其安全地暫時關閉或移出掃描區域。  
(依據衛生署 97.7.24 建議)

### 檢查的過程

- 電腦斷層掃描儀是一個大而方形的機器，中央有一個洞及一個可移動的檢查台。放射師會要求您躺到檢查台上，在調整好適當的位置後，放射師將離開檢查台到隔壁的控制室，您可以由通話器與放射師連絡。在某些情況下，或是孩童需做檢查時，可允許一位家屬穿戴輻射防護裝備在檢查室內陪伴。在檢查的過程中，檢查台會慢慢的移動到電腦斷層機器中，並藉由 X 光照射以取得影像，整個過程約需數十分鐘到一小時不等。
- 依檢查的不同，檢查過程中有時會請您先服用對比劑，或者幫你注射對比劑。在注射對比劑前，醫護人員通常會詢問您有無藥物過敏的病史，或者有無氣喘、心臟病、腎臟病或甲狀腺方面的疾病，因為這些狀況都有可能引起對比劑對您的不適。
- 對比劑注射後，某些人會感到身體一陣灼熱感，或者覺得口中有金屬味，這些常見的副作用會在一兩分鐘內消失；某些人會感到皮膚搔癢，並有一些紅疹出

現，甚至引發蕁麻疹，這些狀況如果持續，可以用藥物控制下來。有很少的案例會有呼吸急促，喉嚨腫脹，身體浮腫的情形發生，這些都是嚴重過敏反應的表現，必須立即接受適當的治療。如果有上述的情形發生必須立即告訴放射科醫師或放射師、護理師。

- 檢查完成後您即可離開，並正常的進食。

## ■ 檢查/醫療處置風險

**對比劑可能造成之不良作用：**(大多數病人須經由靜脈注射對比劑，以利病灶顯見)

1. 少數人在注射含碘對比劑時會發生溫熱感覺、噁心、嘔吐、頭暈、打噴嚏，這些情形通常在短時間內會消退。少數病人會有靜脈腫痛，請勿熱敷，若有不適情形，請回原檢查室或掛急診處理。
2. 具過敏性體質者，可能引起較嚴重之反應，如全身性蕁麻疹、寒顫、呼吸困難等症狀。
3. 具特異體質者可能發生喉頭水腫、氣喘、血壓降低、心肺衰竭休克及猝死等(發生率約十萬分之一)。
4. 施打對比劑前醫護人員會先建立靜脈留置針，並施行生理食鹽水注射，以檢查注射血管之通暢性。但仍有少數人會出現嚴重發炎、潰瘍及局部神經壓迫反應而須接受住院觀察、外科處置或植皮。
5. 腎功能不全之病患，建議在執行對比劑的檢查或治療前應停止使用 metformin 達 48 小時，並且注射完對比劑後 48 小時確認腎功能的狀況是良好的才能再次開立，以避免對比劑所引起腎病變，對於是否需要停藥，請與您的臨床醫師確認。

※本院所有施行電腦斷層檢查之病患，均使用較不易引起不良作用之「非離子性對比劑」。

## ■ 替代方案

依病灶特性之不同，可以磁振造影、超音波、正子攝影……等其他檢查替代，請與您的臨床醫師討論。

## ■ 受檢須知

- 不注射對比劑不須禁食，需注射對比劑時則須禁食 4-6 小時以上。
- 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(糖尿病藥物須暫停服用，避免造成血糖嚴重降低)。
- 攜帶檢查申請單及簽妥檢查同意書準時到達放射科登記，並請耐心候檢。
- 懷孕婦女，請檢查前告知醫師或護理人員。
- 檢查當日請著無金屬類衣物為宜(如運動服)。
- 請家屬陪同以便照顧。

\*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

## 電腦斷層攝影 (CT) 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. 建議檢查名稱：

電腦斷層攝影檢查 (CT)

3. 建議檢查原因：

### 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、檢查之風險及成功率。

檢查併發症及可能處理方式。

已確實告知注射對比劑可能發生之過敏反應。

有下列情形者，發生過敏的機率會明顯增加。

心、肺、血管疾病(心臟功能受損、高血壓、動脈硬化、肺氣腫)。肝硬化、肝功能不良者。腎臟功能不良、尿毒症者。氣喘患者。糖尿病超過五年以上。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)。年紀較高且身體情況不良者(72歲以上)。年紀較小(2歲以下之嬰幼兒)。

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

1. 醫師已向我解釋，並且給予檢查說明書，我已經瞭解施行這個檢查的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
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。

### 四、特殊注意事項：

檢查前請禁食 4~6 小時(可服必要的藥物，但糖尿病藥物除外)，糖尿病患者可服用糖果或巧克力等。

#### 註：緊急對比劑注射說明

禁食不足 4 小時者，會增加因嘔吐造成肺部吸入而窒息的危險，但因緊急病情需要，病患有需要在禁食不足 4 小時之狀況下接受對比劑注射之檢查，醫療人員已對病患/家屬做過此狀況的解釋，病患與家屬同意在禁食不足 4 小時之狀況下接受對比劑注射之檢查。

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。

## 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(未滿 20 歲)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※**

# 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