



國軍臺中總醫院

脊髓攝影檢查說明書

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醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，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醫療處置的任何疑問，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，讓我們一起為了您的健康努力。

▼ 脊髓攝影檢查(MYELOGRAPHY)簡介

脊髓攝影檢查是經由腰椎穿刺術，將含碘水溶性對比劑注入脊椎管內的蜘蛛網膜下腔，並於X光透視下檢查脊髓和脊神經的一種特殊檢查。本檢查可評估如椎間盤突出症、脊椎管內腫瘤、脊椎管狹窄等病變，以提供醫師診斷及治療的重要資訊。

▼ 檢查前注意事項

- 為了檢查事前的準備及病患您的安全，本檢查必須於住院進行，不適合做為一般的門診檢查。
- 接受檢查前4小時請勿吃任何東西（下午做檢查的病患，可用早餐，但中午請禁食），但藥物可按醫囑照常服用。
- 檢查前請一位家屬陪同並填好同意書。
- 進入檢查室前，請把身上的金屬物（如耳環、項鍊、髮夾、胸罩，鈕扣等）預先取下，以免干擾影像。檢查時請盡量放鬆心情，並與醫護人員及放射師合作。如有懷孕的可能性，請預先告知醫護人員以取消檢查或改期。

▼ 檢查的過程

- 進行脊髓攝影檢查時，病患採俯臥姿勢於檢查台上，同時腹部墊一軟枕頭，這個姿勢是為了將脊椎間隙拉大，以利於對比劑注射。
- 接下來會在背部皮膚消毒，鋪上無菌洞巾，並於皮膚上注射局部麻醉劑，這時您可能感到輕微的不適與脹痛，請深呼吸可緩解疼痛。局部麻醉後，醫師會於X光透視下，以細針置入脊椎的蜘蛛網膜下腔內，並注入對比劑，隨後將針拔除。
- 注射對比劑時，部分病患會感到下背部或腿部有些緊繃，或耳朵內部壓力增加。當對比劑注射完畢後，醫師會以不同角度拍攝多張X光，這時請您配合將身體轉向不同方位，檢查台也將小角度傾斜，以便讓對比劑順著重力向下及向上流。

- 對比劑會由身體自行吸收並由腎臟排除。整個檢查時間須時約30-90分鐘，依病患情況而有所不同。
- 一般做完脊髓攝影後，隨後尚須接受脊椎電腦斷層影像檢查，以取得更詳盡的資訊。整個過程中病患皆保持清醒，可與醫師直接溝通。

▼ 這個檢查有沒有危險？

本檢查最常見的併發症是頭痛，少數病患較為劇烈或持久。為了降低頭痛的發生，必須於檢查後限制任何劇烈活動數日以上。平躺時間愈久，發生頭痛的可能性愈低。其他可能發生的不適包括噁心、嘔吐、頭暈等等。

▼ 哪些病人不適合接受脊髓攝影檢查呢？

- 曾對含碘對比劑過敏者：過敏反應輕則有皮膚搔癢、起紅疹，少數案例會有喉嚨腫脹、呼吸困難、身體浮腫、肺水腫等嚴重過敏現象，必須即刻接受適當的治療。有極少數特異體質的病患（約十萬分之一的機會）可能發生致死性的過敏反應（如心律不整、休克等）。
- 有氣喘病、慢性腎臟病、肝功能不良、凝血功能不良、甲狀腺功能異常、及其他藥物過敏病史等等。
- 懷孕婦女。

▼ 檢查後注意事項

檢查完畢後，會在穿刺部位貼上一小塊紗布，傷口請勿碰水，紗布隔日可自行拿掉。如無噁心等不適，回病房後即可進食，請多攝取水分並充分休息。請務必平躺八小時以上，可將床頭搖高30度，但不可坐起來。如廁時請由家人協助於床上使用便盆。八小時後可下床做輕微活動（但不要彎腰），如有頭痛請立刻再平躺休息。您身體若有任何的不適，都可以告知病房醫護人員做適當的處理。

▼ 替代方案（這項醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這項醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定）

磁振造影檢查，但已經動過脊椎手術者，因金屬會造成嚴重的假影干擾影像，會影響磁振造影檢查之正確診斷率。

※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 脊髓攝影檢查同意書

*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(處置、治療)(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:

myelography 其他

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(處置、治療)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，並且我已經瞭解施行這個檢查(處置)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(處置)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(處置)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(處置、治療)。

立同意書人簽名：

住址：

日期： 年 月 日

關係：病患之

電話：

時間： 時 分

見證人：

日期： 年 月 日

簽名：

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、未成年者請由法定代理人簽具同意書。

四、處置風險：

本檢查最常見的併發症是頭痛，少數病患較為劇烈或持久。為了降低頭痛的發生，必須於檢查後限制任何劇烈活動數日以上。平躺時間愈久，發生頭痛的可能性愈低。其他可能發生的不適，包括噁心、嘔吐、頭暈等等。

五、哪些病人不適合接受脊髓攝影檢查呢？

1. 曾對含碘對比劑過敏者：過敏反應輕則有皮膚搔癢、起紅疹，少數案例會有喉嚨腫脹、呼吸困難、身體浮腫、肺水腫等嚴重過敏現象，必須即刻接受適當的治療。有極少數特異體質的病患（約十萬分之一的機會）可能發生致死性的過敏反應（如心律不整、休克等）。
2. 有氣喘病、慢性腎臟病、肝功能不良、凝血功能不良、甲狀腺功能異常、及其他藥物過敏病史等等。
3. 懷孕婦女。

六、替代方案

磁共振造影檢查，但已經動過脊椎手術者，因金屬會造成嚴重的假影干擾影像，會影響磁共振造影檢查之正確診斷率。

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※

日期： 年 月 日 時間： 時 分

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 時 分