國軍臺中總醫院



科 別 病床號：

姓 名 性 別：

病歷號：

出生年月日:

掃描檢查說明暨同意書

動態腎/泌尿功能測定

(Dynamic renal/urinary function study)

介入性動態腎/泌尿功能測定

(Dynamic renal/urinary function study after intervention with captioril)

**一、什麼是核醫captopril介入性動態腎及泌尿功能測定？**

1.腎血管性高血壓（renovascular hypertension）占高血壓人口的百分之三不到，腎血管性高血壓定義為

因腎臟血流量降低而導致的血壓異常上升，多半起因於腎動脈狹窄而引發腎素-血管緊縮素系統活化

（renin-angiotensin system activation）。

2.因給予介入性血管緊縮素轉換抑制劑時(captopril)後，腎小球後小動脈擴張，壓力梯度降低，腎小球濾

過速率隨之下降，由給予血管緊縮素轉換抑制劑時(captopril)和沒有給予血管緊縮素轉換抑制劑

(captopril)的腎圖變化來判斷是否為腎血管性高血壓。

**二、為什麼要接受這項檢查？**

腎性高血壓(renovascular hypertension)：突發或嚴重高血壓，藥物治療無效高血壓。

**三、檢查流程與配合事項：**

**◎檢查前注意事項：**

1.檢查單請開立2項健保代碼：26050B，26071B

2.您有懷孕的可能或已懷孕時，不宜進行此項檢查。

3.填寫掃描檢查說明暨同意。

4.檢查前3天內曾經接受腎臟血管攝影或放射科顯影劑注射，可能暫時不宜進行核醫腎臟掃描，請先告

知我們。

5.掃描檢查共計2次，兩天內完成，做為兩次掃描功能曲線圖的比較。

6.第一次掃描檢查和第二次掃描檢查檢查前30分鐘喝約200 ml開水，洗腎患者不用喝水，膀胱功能差

者，可考慮置放導尿管或穿紙尿褲。

7.第二次掃描檢查：患者禁止食用固態食物4小時以上，以免影響降壓藥captopril的吸收。

8.第二次掃描檢查：檢查前一天停止服用血管張力素轉化抑制劑(ACEI 血流血壓藥物）藥物及停用其

他降壓劑和利尿劑並諮詢病受檢者主治醫師做判斷是否影響病情。

9.第二次掃描檢查：備降血壓藥物(captopril=cabudan ) 25 mg ， 2顆並搗碎(由本科處理)，並打上

留置針。

10.門診病患captopril 25 mg ， 2顆藥物由門診主治醫師開立。

**◎檢查中注意事項：**

第一天檢查：不用口服降壓劑captopril(健保代碼26050B)，其過程如下**：**

1.檢查前請先解小便。注射放射性同位素藥物後進行檢查，檢查時間約40分鐘。

2.檢查過程中臀部、腰部不可移動，以提高準確性和品質。

第二天檢查：口服降壓劑captopril(健保代碼26071B)，其過程如下：

1.口服降壓劑captopril tab 25 mg / 2顆後充份喝水以利藥物吸收，待1小時後掃描。

2.檢查前請先解小便，放射師量測檢查前血壓，並做記錄。

3.注射放射性同位素藥物後隨即進行檢查，檢查時間約40分鐘。

4.檢查過程中臀部、腰部不可移動，以提高準確性和品質。

5.放射師量測檢查後血壓，並做記錄。

**◎檢查後注意事項：**

1.注射的放射性同位素藥物藥物由泌尿道排出，檢查後多喝水即可加速排出。

2.檢查所使用的放射性同位素，具有微量輻射線，在體內仍有極少量殘留輻射，含量甚低，若仍有疑

慮，可避免與孕婦、嬰幼兒長時間且近距離相處，例如：睡覺，時間約保持1天，1 - 2公尺距離相

處。

**四、可能遭遇的不適與風險：**

因需行靜脈注射核醫藥物，極少數受檢者可能會併發靜脈炎。

**五、如果您不想接受這項檢查呢？**

請與您的主治醫師討論以其他可能的代替方式 。

**六、醫師補充說明/受檢者提出之疑問及解釋：**

1.說明醫師：(簽章) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期： **\_\_\_\_\_\_**年**\_\_\_\_\_**月**\_\_\_\_\_**日時間：**\_\_\_\_\_**時**\_\_\_\_\_**分

2.受檢者或親友疑問/解釋：

**※**本人對此檢查無其它疑問意見，請填寫“無”。

**※**若有疑問意見請簡述如下或由醫護人員做解釋說明。

**七、受檢者是否同意檢查，請做以下勾選：**

**□** 同意檢查。

**□** 不同意檢查。

**八、立同意書人(簽名及身份證字號) ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 日期： **\_\_\_\_\_\_**年**\_\_\_\_\_**月**\_\_\_\_\_\_**日

與病人之關係 **(**請勾選**)** ：□病人本人、□配偶、□父母、□兒女、□其他**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。**

住址：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 電話：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。**

備註：1.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，需由警消人員、社工或志工簽署見證。

見證人**(**簽名及身份證字號**)： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

日期： **\_\_\_\_\_\_** 年**\_\_\_\_\_\_**月**\_\_\_\_\_\_**日

2.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書時，則無需見證**。**

**九、下表由醫護人員填寫：**

|  |  |
| --- | --- |
| 放射性同位素核種 ： □ Tc99m □ Tl-201 □ I-131 □ Ga-67 □其他： | |
| 注射時間 ： □ 上午 □ 下午 時 分 | 半衰期 ： 小時 天 |
| 醫護人員 ： 年 月 日 | |

**十、服務專線：04-23923789 總機：04-23934191 核子醫學科分機：525404**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口服降壓劑（captopriL）血壓/心跳 監測表 | | | | | | | | | |
| 分鐘 | -60 | -45 | -30 | -１5 | ０ | 15 | 30 | 45 | 60 |
| 吃藥及量血壓 | 上檢查床 | 檢查 |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血壓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 心跳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. captopril：口服 顆 2.平均血壓： mmHg | | | | | | | | | |