

本人已經與醫師討論過接受這個檢查/治療的相關資訊(如：實施原因、步驟、風險及替代方案等)，對於醫師的說明都已充分了解，本人同意進行檢查/治療。

目的：

當臨床有吞嚥困難、中風後、口咽部神經肌肉疾患、頭頸部癌症…等可能造成吞嚥障礙情形時，藉由在 X 光透視下，口服不同濃稠度之對比劑（鋇劑）進行攝影檢查，作為吞嚥障礙之評估及診斷依據。

檢查流程/治療步驟：

- 1、更換檢查服，請移除頸部以下大腿以上的金屬物品，勿穿著有金屬拉鍊、鈕扣的衣褲。
 - (1)門診受檢者，請於報到後更換檢查服靜候受檢。
 - (2)住院受檢者，請於病房事先換好檢查服，將點滴改為 IV lock 以利檢查，並隨時準備通知受檢。
- 4、醫療人員將鋇劑混和食物增稠劑，配置出不同濃稠度之對比劑(圖一)。
- 5、受檢者站/坐於檢查台上，在 X 光透視下，依醫療人員指示依序喝入不同濃稠度之對比劑，在不同角度下攝影記錄吞嚥動態。
- 6、受檢者須能站/坐並配合指令進行吞嚥動作，如含、吞、咳嗽或咀嚼…等。必要時須要家屬在旁協助檢查。



圖一

效益：

協助醫師評估及診斷吞嚥障礙疾患。

風險/副作用/合併症/併發症：

- 1、過最常見之輕微併發症為便秘。
- 2、肺部可能因嘔吐反嗆或嗆入對比劑，引起吸入性肺炎。

- 3、少見之併發症包括暫時性腹痛、腹瀉、噁心嘔吐。
- 4、其他極為罕見之併發症包括消化器官穿孔導致之腹膜炎、腸阻塞、對比劑過敏反應。

注意事項：

1、禁忌症：

- (1)懷孕
- (2)消化道穿孔之疑慮
- (3)胃腸道阻塞
- (4)意識不清
- (5)鋇劑過敏者或食物增稠劑過敏者。

2、門診受檢者：

- (1)請持此說明書至影像醫學科櫃台，先確立排檢日期及時間。
- (2)請依報到時間攜帶健保 IC 卡至南棟 2F 影像醫學科櫃台報到登記。
- (3)如有其他疑問或檢查當日不克前來，請來電洽詢 (02)8966-7000 分機 1109 或 2220
服務時間：上班日，星期一~星期五 8:00 至 17:00

3、請一位家屬（不含孕婦）陪同前來報到至檢查完畢。

4、禁食：依受檢時段而定，禁食期間降血糖藥物請暫停服用（因沒有進食），原本正在服用的藥物

請繼續使用，如降血壓藥、心臟病藥等，以適量開水送服。

- (1)上午受檢，請於檢查當日凌晨 05:00 後禁食。
- (2)下午受檢，請於檢查當日早上 10:00 後禁食。

4、檢查後：

- (1)可正常飲食，請您先喝水，沒有不舒服再行進食。
- (2)若無水份限制，請多喝水：每日至少 1000~1500ml 可幫助對比劑排出，避免便秘的情形。
- (3)使用鋇劑於檢查後一週內糞便可能呈現白色，屬正常現象請勿驚慌。
- (4)若您在檢查後發生任何不適，請告知醫療人員或至亞東醫院回診處置。

後續治療計畫與預期結果：

檢查後續的治療計畫請您與您的診治醫師做進一步的討論。

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/治療之相關資訊，特別是下列事項：

- (1)需實施檢查/治療之原因、檢查/治療步驟與範圍、檢查/治療風險及輸血可能性。
- (2)檢查/治療併發症及可能處理方式。
- (3)不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式。
- (4)預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀。
- (5)其他與檢查/治療相關說明資料，已交付病人。

2、我已經給予病人充足時間，詢問上述有關本次檢查/治療的問題，並給予答覆。

3、如遇病人病情緊急，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，爰依醫療法第 63、64 條

第 1 項但書之規定先為病人進行必要之處置，以維護病人生命安全。

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/治療的必要性、步驟、風險之相關資訊。
- 2、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他檢查/治療方式之風險。
- 3、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
- 4、針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- 5、我瞭解在檢查/治療過程中，如果因治療之必要而切除部分器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告及醫學研究，並且在之後會謹慎依法處理。
- 6、我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證百分之百能改善病情。※基於上述聲明，我同意進行此檢查/治療。

編號 14010-46

亞東紀念醫院
螢光透視吞嚥攝影檢查說明暨同意書

113-04 版

