



國軍臺中總醫院

解尿膀胱尿道檢查說明書

此說明書由病患
(或家屬)留存

▼ 解尿膀胱尿道檢查(VCUG)簡介

解尿膀胱尿道攝影術 voiding cystoureterography(VCUG)：主要可檢查出膀胱輸尿管逆流或腎臟內逆流的情形，其他如膀胱的容量、功能及餘尿量、尿道的異常，尤其是管徑的差異及有無瓣膜等均可測知。

▼ 檢查前注意事項

- 幼兒檢查最好能禁食2-3小時，避免因哭鬧導致嘔吐而嗆到，造成危險。
- 請詳細閱讀注意事項並填妥【解尿膀胱尿道檢查同意書】及【注射對比劑同意書】。

▼ 檢查的過程注意事項

檢查過程中，醫師會經由導尿管把對比劑注入膀胱，幼兒約50c. c.，大人或是較大的小孩則是到他可以忍耐的程度。先拍攝膀胱正面及斜位相，然後，請受檢者排尿，在透視X光監視之下，察看尿道的情況及膀胱輸尿管之間是否有迴流，並將它攝影成相。

放置導尿管過程會有輕微不適感，請將身體儘量放輕鬆即可。一般檢查時間需約15-20分鐘。

▼ 檢查後注意事項

- 可能會因導尿管的插入而有不舒服的感覺。
- 可能會因對比劑的注入而有漲尿或不舒服的感覺。
- 若有明顯尿道不適、疼痛現象時、請儘速至門診診治。

▼ 可能造成之併發症

引起尿道不適、疼痛；對藥物之過敏：如噁心、嘔吐、腹痛、盜汗、全身不適、發熱感覺、蕁麻疹造成之全身發癢、呼吸困難等。因藥物過敏而致休克、猝死之案例極少。

▼ 其他可能的代替方式

核子醫學的檢查 radionuclide cystography (RNC)，只能看出是否有逆流及腎功能受損情形，而無法看出尿道及膀胱的異常。

※若臨時取消此項檢查，請迅速電知放射科登記室 04-23934191 分機：525414，將機會讓給其他要做檢查的病人。

國軍臺中總醫院

解尿膀胱尿道檢查同意書

(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：

解尿膀胱尿道檢查(VCUG)

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。

檢查併發症及可能處理方式。

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治療的風險。
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。

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、可能造成之併發症

引起尿道不適、疼痛；對藥物之過敏：如噁心、嘔吐、腹痛、盜汗、全身不適、發熱感覺、蕁麻疹造成之全身發癢、呼吸困難等。因藥物過敏而致休克、猝死之案例極少。

五、其他可能的代替方式

核子醫學的檢查 radionuclide cystography (RNC)，只能看出是否有逆流及腎功能受損情形，而無法看出尿道及膀胱的異常。

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。傳統離子性含碘造影劑，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『含碘質造影劑』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