

## 葡萄糖正子掃描衛教說明

這份說明書是向您解說葡萄糖正子掃描檢查的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、檢查後可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，可做為您與醫師討論時的補充資料。我們希望您能充份瞭解此項處置的內容，經醫師說明後如果您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽名前再與醫護人員充分討論，我們會很樂意為您解答。

### 一、檢查說明

葡萄糖正子掃描檢查是利用靜脈注射含微量放射性同位素的葡萄糖追蹤劑，來偵測代謝異常組織的非侵襲性影像檢查。

### 二、檢查目的

- (一) 用以評估腫瘤之期別，特別是經電腦斷層、核磁共振、核子醫學掃描等檢查仍無法分期、或資訊不足以提供治療判斷。
- (二) 評估腫瘤對治療之反應，擬改變治療方式時。
- (三) 使用於患者已接受一段治療後，偵測疑似有復發或轉移及評估復發之程度。

### 三、執行方法

- (一) 檢查前須禁食 4 小時，可以喝不含糖分的白開水。
- (二) 檢查前會幫您測血糖。如受檢者患有嚴重糖尿病或血糖高於 200mg/dl，則檢查敏感度可能下降，或是需要重新安排時間再做檢查。
- (三) 檢查使用的放射性追蹤劑具時效性，每一個小時追蹤劑的訊號強度約減低 1/3，請依約定的時間至核子醫學科櫃檯報到準備檢查，避免失效改期造成不便。
- (四) 檢查時需靜脈注射含微量放射性同位素的葡萄糖追蹤劑，之後在休息室休息約 50 分鐘後再進行掃描檢查。檢查前請不要做激烈運動，注射追蹤劑後避免走動、咀嚼或談話。
- (五) 休息 50 分鐘後，醫護人員會請您進檢查室進行約 20~40 分鐘的掃描。
- (六) 醫師可能會視臨床需求，幫您額外施作 20 分鐘的延遲影像，以利影像診斷。

### 四、可能併發症與發生機率及處理方法

- (一) 該藥物經由靜脈注射，於注射部位可能有輕微疼痛及局部小出血。

- (二) 約 10%的人會抱怨肩膀痠痛，緊張，或是幽閉空間恐慌症狀，這些症狀多與檢查時須靜躺在掃描機的檢查平台上所造成，醫護人員會盡量協助您在檢查前了解掃描的過程，以減輕受檢者在掃描過程可能遭遇的不適。
- (三) 本檢查會有少量輻射（約 7mSv），約等同三年常人所受之背景輻射劑量，或是一次胸部電腦斷層檢查，或是五張腰椎診斷 X 光檢查（資料來源：醫療游離輻射劑量比較圖，行政院原子能委員會）。關於輻射風險與臨床效益之間的關係，可與醫師做詳細諮詢。  
**若您懷孕或是有懷孕的可能請與您的醫師討論檢查的必要性。**

## 五、成功率

正子掃描檢查雖然可以檢查出大部份的癌病變，但由於藥物及儀器本身的特性及限制，對於一些小於 0.6 公分的癌組織及部份腦癌、部份肺癌、部份肝癌、部分胃癌、部分泌尿道癌症、部份攝護腺癌等可能無法偵測出。

## 六、替代處置方案

- (一) 可接受侵入性檢查如內視鏡檢查、穿刺切片檢查來確定疾病分期。
- (二) 也可以僅依照傳統影像檢查的疾病分期結果，來決定後續治療方式。

## 七、未處置之風險

- (一) 可能遺漏潛藏的腫瘤病灶，以致延後治療時機。
- (二) 可能因為缺少完整的腫瘤分期，失去適切的治療方式。

## 八、檢查後可能出現的問題

本檢查需注射短效放射性同位素，放射強度隨時間遞減，約一天後即代謝完畢，剛檢查完半天內請避免與孕婦或是幼童長時間親密接觸。

## 九、其他補充說明

- (一) 檢查所需藥物有時效性且需事先準備，若排程當天無法報到，請至少前一天通知檢查室改期。否則檢查單作廢後，可能需要回門診重新開單排程。
- (二) 經臨床醫師判斷，若您的狀況不符合健保給付的適應症，而需要自費接受正子掃描檢查，在您的同意下，需要簽署自費診療切結書。

## 十、病人、家屬問題

為了協助影像診斷，請您回答下列問題：

1. 您是否為糖尿病患者？ 否 是；口服藥 胰島素\_\_\_\_\_
2. 您是否有吸菸？ 從不曾吸煙 有；多久？\_\_\_\_\_數量？\_\_\_\_\_ 目前已戒
3. 您是否有嚼食檳榔？ 從不曾嚼食檳榔 有；每天幾顆？\_\_\_\_\_ 目前已戒
4. 您時否有飲酒習慣？ 從不曾飲酒 有；頻率：很少經常每天 目前已戒
5. 您是否有禁食 4-6 小時以上？ 有 沒有；什麼時候吃？\_\_\_\_\_
6. 您是否曾接受開刀治療？ 否 是；開刀部位：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_
7. 您是否有人工植入物？沒有 有；假牙 人工心臟瓣膜 血管支架 心律調節器 人工關節 子宮內避孕器 義乳 動脈夾 其他：\_\_\_\_\_
8. 您是否曾經對造影劑或其他藥物有過敏現象？否 是；對什麼藥物過敏？\_\_\_\_\_
9. 最近是否有上呼吸道感染情形？ 沒有 有；\_\_\_\_\_
10. 最近是否有口腔或舌頭粘膜破損情形？ 沒有 有；\_\_\_\_\_
11. 您的個人病史：癌症（部位：\_\_\_\_\_）結核病 高血壓 肝臟疾病 腎臟疾病甲狀腺疾病 心臟疾病 中風 痛風 癲癇 消化性潰瘍其他：\_\_\_\_\_
12. 您的家族病史：高血壓 糖尿病結核病 肝臟疾病 腎臟疾病癌症（部位：\_\_\_\_\_）

\* 女性受檢這請填寫下列問題：

13. 您是否有懷孕？否 已懷孕或可能懷孕
14. 您是否適逢月經週期 是 否：前一次月經日期：\_\_\_\_\_ 已停經
15. 其它問題：\_\_\_\_\_

病人(或家屬/法定代理人)： \_\_\_\_\_ (簽章) 西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

我已瞭解上述說明，並同意正子掃描檢查。

我已瞭解上述說明，並拒絕正子掃描檢查。

與病人之關係： \_\_\_\_\_ (請務必填寫)

衛教人員： \_\_\_\_\_ (簽章) 西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

長庚紀念醫院林口分院核子醫學科編製

本著作非經著作權人同意，不得轉載、翻印或轉售/著作權人：財團法人長庚紀念醫院