

大腸内視鏡検査、内視鏡的大腸ポリープ切除術説明書

【目的】大腸にできる病気を見つけ、適切な治療を考えます。ポリープ（いぼ状の病変）や腫瘍（しこり）、炎症などの異常があれば組織検査（生検）や、ポリープ切除を行うことがあります。

【検査の内容と方法】検査前日の下剤、検査当日の下剤で大腸を空にします。検査中は点滴を行い、必要に応じて鎮静剤や鎮痛剤を使用します。検査は左側を下にした横向きの姿勢になっていただき、人差し指ぐらいの太さの管（内視鏡）を、ゼリーですべり易くして肛門から挿入し、大腸の内腔を観察しながら奥の盲腸まで進めていきます。途中、体位変換をしたり、お腹を圧迫することがあります。検査中は血圧や脈拍、酸素濃度など定期的に測定します。

<内視鏡検査中、必要に応じて次のような処置を行います>

※生検：病変の組織診断のため、その一部を採取します。

※ポリープ切除：検査中に発見したポリープで、放置すると癌化の可能性のあるものや、早期癌などをスネアーというワイヤーをかけて切除します。ポリープの近くに注射をして切除することもあります。切除の痛みは全くありません。

※色素散布：より詳しく観察するために病変に色素をまきます。医療用の色素で安全性は確認されています。

※止血処置：出血がみられたとき、高周波焼灼や金属製クリップで止血します。

【検査に伴う偶発症・合併症について】

- ① 腸管穿孔・出血：内視鏡の挿入時に腸管壁を損傷したり、ポリープの切除時に大腸に孔（あな）があいてしまうことがあります。また、組織検査やポリープの切除後に出血することがあります。この場合、入院や緊急の処置・手術が必要になることもあります。なお、大腸内視鏡による偶発症・合併症の発生頻度は観察のみの場合、全国集計（2008年から2012年の5年間）で、0.011%（約1万人に1名）、死亡数は0.0004%（約25万人に1名）でした。ポリープ切除（ポリペクトミー）に関連した偶発症は0.39%（250人に1名）、死亡例はありませんでした。
- ② 薬物による副作用：検査に対する不安や緊張を和らげたり、痛みを和らげたりするために当院では鎮静剤や鎮痛剤、鎮痙剤を使用することがありますが、副作用としてはまれに血圧低下、呼吸抑制、悪心嘔吐、口渇、めまい、頻脈、尿閉などがあります。

【現在服用中の薬について】

心血管系の病気、動脈硬化などの治療のため血液をサラサラにする薬（抗血栓薬）を服用されている場合は出血しやすく、止血が困難となることがあります。

これらの薬については休薬（1日～1週間）が必要な場合があります。また服薬の中止で治療中の病気が悪化するようなことになればよくありませんので休薬ができるかどうか医師の判断（場合により主治医と相談させていただきます）が必要です。予約時に必ずお知らせください。

【他の病気について】

治療中の病気が検査を期に悪化することがあります。治療中の方は必ずお知らせください。また薬のアレルギーがあれば検査前に申し出てください。

【検査終了後】

- ①患者様の状態に応じて点滴をさせていただきます。
- ②ポリープ切除後、経過観察や合併症の予防のため1～数日入院していただく場合があります。
- ③ポリープ切除後、当日帰宅の場合も、いろいろ気を付けていただくことがあります。看護師から説明いたします。
- ④検査時に鎮痛剤を使用した場合、検査当日の車・バイク・自転車の運転は法律で禁じられています。

検査説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者 _____

同席者 _____

大腸内視鏡検査、内視鏡的大腸ポリープ切除術同意書

大腸内視鏡検査・治療の目的、方法、危険性について

____年____月____日に患者_____様に説明いたしました。

- 検査の内容
- ポリープ切除などの内視鏡処置
- 鎮痛剤・鎮静剤
- 偶発症・合併症
- 偶発症・合併症が発生した時の処置・治療
- 抗血栓薬の服用の有無、薬物アレルギーの有無
- 治療中の病気の有無（特に心疾患、不整脈、緑内障、腎機能障害、糖尿病など）

説明者_____ 同席者_____

私は、大腸内視鏡検査・治療の目的、方法、危険性について別紙（説明書）記載事項を読み、また説明者より説明を受けました。

- ※ ____年____月____日に平和会吉田病院にて大腸内視鏡検査・治療を受けることに
（ 同意します。 同意しません。）
- ※ 大腸内視鏡検査に伴う鎮痛剤・鎮静剤等の使用について
（ 同意します。 同意しません。）
- ※ 万一、緊急事態、偶発症・合併症が発生した場合には、入院や緊急の処置・手術などの適切な処置・治療を受けることに
（ 同意します。 同意しません。）

____年____月____日 本人署名_____

代筆者_____ 続柄_____

検査・治療に同意いただける場合は署名をしていただき、検査・治療当日必ずご持参ください。代筆者氏名は患者様本人が未成年または署名不可能な場合にご署名ください。