

大腸内視鏡検査の説明・同意書

【目的と方法】

下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）は大腸にできる病気（ポリープ・がん・炎症など）を調べるために行います。

内視鏡（直径約12mm）を肛門から挿入し、大腸の一番奥（盲腸）まで挿入したのちに、内視鏡を抜きながら消化管の中に空気を入れて膨らませながら観察します。大腸の動きを抑えるための鎮痙薬を筋肉注射する場合がありますが、眼の緑内障・前立腺肥大・心臓病・糖尿病の方はこれらの薬を使用できないこともあります。また、脳梗塞や心臓病などのため血液を固まりにくくする薬（ワーファリン・バイアスピリン・プラビックスなど）を服用している方やこれまでに歯科治療、局所麻酔などでアレルギー症状が出た方は、事前にお知らせください。

【検査まで】

- ① 検査前日は繊維質の少ない物を食べてください（便秘の方は2-3日前から）。夜9時以降、検査が終わるまでなにも食べないで下さい。水やお茶、スポーツドリンクなどの水分補給は大丈夫です。夜9時に下剤（ピコスルファート）を服用してください。
- ② 当日朝の内服薬は6時ころに内服して下さい。当日朝の糖尿病薬やインスリン注射は中止して下さい。血をサラサラにする薬を内服されている場合は、前もって中止する場合があります。
- ③ 検査当日の朝からご自宅で腸管洗浄液（モビプレップ）を1-2リットル飲んでいただき、腸の中がきれいになれば検査可能です。なお、通常の処置で腸の中がきれいになりきらない場合には、浣腸を追加する場合があります。

【検査】

- ① 検査を開始する前に、腸の動きを抑える薬（鎮痙剤）を肩に注射します。また、鎮痛剤を使用する方は鎮痙剤と共に検査室内のベッド上で腕の静脈に注射します。
- ② 検査中は空気を送り腸管をふくらませますので、腹部の張りを感じる事があります。異常が疑われる場合には、良性・悪性の診断目的に粘膜組織の一部を採取（生検）して精密検査を行います。
- ③ 検査時間の目安は約15～30分です。お腹の手術を受けたことがある方は検査に時間がかかる傾向があります。
- ④ ポリープを認めた場合、内視鏡的ポリープ切除を施行する事があります。

【検査後】

カメラ操作や空気の影響による腹部違和感、膨満感などがある場合でも時間が経てばよくなります。腹部症状が落ち着いてから消化の良いものを食べて下さい。ポリープを切除した場合、傷口から出血する可能性がありますので、約1週間の食事制限（刺激の強い食事やア

ルコール摂取) や運動制限が必要となり、遠方への旅行・出張を控えていただきます。

【鎮静剤使用に関して】

当院では必要に応じて鎮静剤・鎮痛剤を使用しています。これらは、検査の際に緊張を和らげ、検査を楽に受けて頂くために使用します。静脈から注射して使用しますが、静脈炎(血管の周囲が赤く腫れたり痛みを伴う)を起こす事があります。また、呼吸循環抑制を起こすので、指先で血液中の酸素濃度をモニターしながら検査を行います。当日車やバイクで来院された場合、鎮静剤は使用できません。

検査後は約1時間程度休んでいただきますが、しばらくの間はふらつき、ねむけ、一時的な物忘れなどが現れることがあります。翌日まで車、バイク、自転車の運転、または重要な判断を要する仕事はしないでください。

※ご高齢の方はできる限りご家族と一緒に来院してください。

【合併症(偶発症)】

すべての医療行為にはリスクがあり、ある一定の確率で合併症が起こります。本検査においても下記の合併症が報告されています(過去5年間の消化器内視鏡学会全国調査)。

- ①送気やカメラ操作による血圧低下、気分不快感
- ②カメラがこすれることによる粘膜裂傷や出血や消化管穿孔(穴があくこと)
- ③粘膜組織の一部を採取すること(生検)やポリープ切除に伴う出血や消化管穿孔
- ④前処置(下剤内服)に伴うアレルギーや腸閉塞および腸管穿孔(腸に穴があくこと)
- ⑤使用する薬剤(咽頭麻酔剤・鎮痙剤・鎮静剤)によるアレルギーショック・低血糖・不整脈など
- ⑥治療中の病気(脳梗塞・心筋梗塞など)の悪化、その他

日本消化器内視鏡学会が行った第5回全国集計(2010年)では、これらの頻度は0.078%、死亡率は0.00082%、ポリープ切除に伴う偶発症は0.274%と報告されています。これらの合併症が起きた時は適切な処置を行います。入院・手術が必要と判断した場合は入院施設への転送を行います。その際の診療も通常の保険診療で行われます。

【費用】

3割負担での自己負担額として約6000円～約30000円

(使用薬剤、処置内容、生検回数により異なります)

なお、初診料または再診料・投薬料等は別途必要となります。

上記のとおり内視鏡検査の必要性と偶発症の可能性について説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します

令和 年 月 日 患者氏名