

様

大腸内視鏡検査・内視鏡的大腸ポリープ切除術について

この説明文書は、大腸内視鏡検査・内視鏡的大腸ポリープ切除術についての目的、内容などについて説明するものです。わからないことがありましたら、何でもおたずねください。

1. あなたの病気について

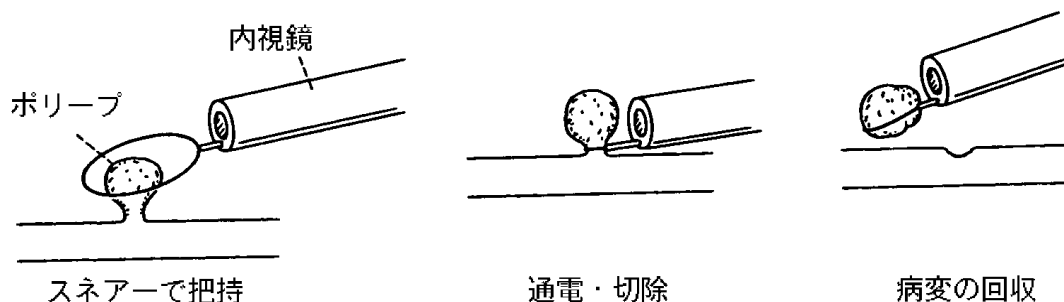
便潜血陽性や腹痛、排便異常など様々な症状の原因の中には大腸炎や腫瘍などが隠れている場合があります。

2. 治療の目的

大腸疾患の診断のために大腸・小腸の末端を観察します。必要に応じて組織検査(生検：病変の一部をわずかにとって詳しく調べる検査です)を行い、診断に役立てます。外来で安全に切除できると考えられるポリープについてはご本人の希望により切除します。

3. 治療の内容と注意事項

放置するとがん化する恐れのある大腸ポリープ(腺腫)や出血の原因となるポリープ、一部の早期大腸癌が対象となります。方法は下の図のようになります。ただし、病理検査(切除した病変を顕微鏡で調べます)の結果によっては追加治療が必要となる場合もあります。



4. 治療に伴う危険性について

以下のことが起これば入院治療が必要となる可能性があります。

①腸管穿孔

ごく稀にカメラ挿入時やポリープ切除後に腸に孔があいてしまうことがあります。この場合、内視鏡を使って孔をふさぐ治療を行います。緊急手術が必要となる場合があります。

②出血

組織検査(生検)後などに出血することがあります。抗血栓薬を内服しているいないに関わらず、頻度は大腸で0.09%とされています。ポリープ切除を施行する場合は生検よりも出血のリスクが高くなるとされています。出血量が多い場合は内視鏡を使って止血処置を行います。ごく稀に輸血や緊急手術が必要となる場合があります。

③鎮静に伴う呼吸抑制・循環抑制

ご希望に応じて鎮静薬を使用する場合がありますがその際に鎮静薬の副作用で呼吸回数の低下や血圧低下などが起こる可能性があります。そのようなことが生じた場合は酸素投与や昇圧剤の投与など適切な対応を行います。(当院では死亡例はありませんが、本邦の2003から2007年の全国調査では0.00009%程度で死亡などの重篤な合併症が報告されています。)

④その他

予想されるものについては以上ですが想定外のことが起こったり、特に全身状態が不良の場合に検査で用いる薬剤の影響などで、検査中に状態が悪化する場合がございます。その場合は状況に応じて適切な処置を行います。

検査後の注意点

穿孔・出血が検査後しばらくして現れる例もありますので、検査後1週間程度は血便や腹痛の有無に気をつけてください。症状が一過性の場合には問題ありませんが、長く続く場合や症状が強い場合はすぐ再受診してください。再検査・入院治療を含めて対応させていただきます。

抗血小板薬、抗凝固薬内服について

心血管系疾患、脳血管性疾患などの治療のために抗血小板薬・抗凝固薬を内服している方の場合、中止をすると血栓症を起こす危険性が上昇することがあり、基本的には内服を中止する必要はありません。抗血小板薬・抗凝固薬を服用したまま生検を行っても出血の頻度は上昇しないとされており、飲み続けたままで行います。

しかし、頻度が低いとはいえ出血する危険性はありますので継続して下血する場合はすぐに受診してください。ポリープ切除については出血のリスクと血栓症発症のリスクを総合的に考え、抗血小板薬・抗凝固薬の内服を中止するか継続するかを判断します。

また、大きな病変を治療する場合にはどうしても抗血小板薬・抗凝固薬を中止せざるを得ない場合があります。その場合は主治医の先生と中止が可能かどうか相談してください。

5. 併発症発生時の対応

併発症が起きた場合には、その時点で最善と考えられる処置をさせていただきます。(なお、その際の医療も通常の保険診療となります。)

6. 代替可能な治療

大腸カプセル内視鏡検査 CT colonography などがあります。
これらの検査では組織生検やポリープの切除はできません。

7. 治療を行わなかった場合に予想される経過

万が一腫瘍(大腸癌など)があった場合、腫瘍が大きくなったり、進展していく可能性があります。

8. セカンドオピニオンを得る機会

患者さんには治療法などについて、他の医療機関での意見を受ける権利があります。担当医や相談窓口などに遠慮なくお申し出ください。

9. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、本治療を開始前であれば中止することができます。

10. 個人情報の取り扱いについて

今後の医療の発展の為の研究、学会等での発表等において、個人を特定できない方法で手術経過等の臨床データを利用させていただくことがあることをご了承ください。

11. 連絡先

質問や、緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】 〒740-8510 山口県岩国市愛宕町1-1-1

独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター 消化器内科

電話：0827-34-1000（代表）

様

大腸内視鏡検査・内視鏡的大腸ポリープ切除術に関する同意書

独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター院長 殿

私は、大腸内視鏡検査・内視鏡的大腸ポリープ切除術の手術を受けるにあたり、その内容を十分に理解しました。私はこの治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

1. 病気について
2. 治療の目的
3. 治療の内容と注意事項
4. 治療に伴う危険性
5. 併発症発生時の対応
6. 代替可能な治療
7. 治療を行わなかった場合に予想される経過
8. セカンドオピニオンの権利
9. 治療の同意撤回
10. 個人情報の取り扱いについて
11. 連絡先

以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

説明年月日： 年 月 日

説明医： _____ 印 (同席者 _____) (自署または記名押印)

同意年月日： 年 月 日

患者氏名： _____ 印

同意者*氏名： _____ 印 (患者との関係： _____)

(*同意者とは、患者さんと一緒に説明を受けて治療に同意される、患者以外の家族・知人などを指します)

■患者さんに同意能力がない場合・自署不可能な場合にのみ、以下の欄に代理の方が記入してください■

代理人氏名： _____ 印 (患者との関係： _____)

代理人住所： _____

*緊急その他、事前の説明が著しく困難なときには、救命を優先し、事後の説明となる場合があります。