

大腸の内視鏡検査を受けられる方へ

【目的・方法】

- *この検査では肛門から盲腸まで、約 1メートルの長さにより大腸の内部を検査します。内視鏡の先端にビデオカメラが組み込まれており、外に設置されたテレビモニターにより画像を観察します。
- *ポリープ、腫瘍、潰瘍、炎症などが見つかった場合には病変の一部を採取、また、ポリープは大きさが約 10 mm程度までのものであれば、その場で切除することができます。採取した組織、ポリープは病理検査を実施します。ポリープ切除自体に痛みはありません。ポリープを電気メスで絞め、焼きながら切除します。平坦なポリープは生理食塩水を注入後切除し、切除後は止血の処置を行います。
- *ポリープ切除は、あくまで外来で行う手術となりますので、可能なポリープには制限があります。出血などの合併症が生じないように、また生じた場合でもすぐに対処、治療ができるよう、ポリープ切除後 2週間程度はご自宅でもしっかりと安静と生活制限を守って頂ける事が条件となります。(2週間以内にご旅行や出張の予定のある方は当日のポリープ切除はできません。)
- *時間は通常の検査に、ポリープ切除にかかる時間を加えて大体 30分程度が目安となりますが、腸の長さや、屈曲の具合には個人差があり、さらに時間がかかる場合があります。
- *検査前日は、検査食を召し上がって頂きます。(食事・下剤の摂り方については看護師より説明があります。)
- *検査当日はご自宅で(またはクリニックで)腸を洗浄するためのお薬(ニフレック)を飲んでいただきます。排便の状態を看護師が確認し、きれいになったら検査を行いません。当院では出来るだけ苦痛なく検査を受けていただく為、痛みや不安感を抑える鎮痛剤および鎮静剤の静脈注射を行いませんので、検査終了後一定時間休んで頂いてから検査結果の説明を行いません。ポリープ切除を行った場合は、さらに止血剤の点滴を行います。

【合併症】

- *組織採取、ポリープ切除後の偶発症として、稀に出血が報告されています。多くは自然止血が期待できますが、時には輸血を要する程の出血が見られる場合もあります。またごく稀ではありますが、穿孔も報告されています。熟練した医師が細心の注意を払いながら検査を行いますが、このような偶発症が生じた場合には入院が必要となり、再検査、緊急外科手術になる場合もありますので、ご承知おき頂いたうえで、医師の指示をお守りください。また、ポリープ切除後に下血する場合には必ず当クリニックに御連絡ください。最近(1993年~1997年の5年間)の全国集計では、検査自体の合併症の頻度は0.04%(2500人に1人の程度)でした。

【注意点】

*合併症を予防する為、下記の項目に当てはまる方は事前にお申し出下さい。

- (1) お腹の手術をされている方。人工肛門のある方。
- (2) 薬や食べ物でアレルギーのある方。
- (3) 現在治療中の病気がある方、また過去に入院、治療歴のある方。
- (4) 抗凝固薬（バファリン、パナルジン、ワーファリンなど）を服用している方。

*上記 (3) (4) に該当する方は、検査予約時に薬の服用法について、主治医から説明を受け、必ず服用法を守って下さい。

*医師が大腸の奥深くまで内視鏡を挿入することが危険と判断した場合、途中で中止することがあります。また、観察中にポリープが多数見つかった場合は、安全の為に 1 回で全てのポリープ切除はせず、2、3 回に分ける場合があります。ポリープ切除時に、医師が外来でのポリープ切除が困難と判断した場合、改めて入院でのポリープ切除をお願いすることもあります。この場合、入院治療が可能な医療機関をご紹介します。

*以下のような場合も、入院でのポリープ切除をお勧めします。

- (1) 家は病院から車で 60 分以上離れている。
- (2) 一人暮らしをしている。
- (3) ポリープを切除後、2 週間の禁酒や激しい動きの運動、力仕事の禁止が難しい。
- (4) 日頃、血が止まりにくいと感じる。
- (5) 年齢が 75 歳以上の方。

*検査後鎮静薬による影響の為、眠気、視力低下、健忘などが現れることがあります。車、バイクなどの運転、また重要な判断をする仕事は避けて下さい。
鎮静剤の使用を希望されない方はお申し出ください。

御不明な点がありましたら、ご遠慮なくお尋ね下さい。

感染症の血液検査について

今回の検査にあたっては、血液汚染による危険から患者様及び医療従事者を守るため、C型肝炎ウイルス、B型肝炎ウイルス、梅毒の検査が必要です。
つきましては上記の検査の実施にご同意くださるようお願いいたします。
検査の実施にあたってはプライバシーを厳守し、検査結果に応じた適切な医療を行います。
尚、同意を頂けず検査をお受けにならない場合でも患者様に不利益になることはありません。

平成 年 月 日

いずみ内科クリニック 担当医師 _____

大腸の内視鏡検査同意書

平成 年 月 日

いずみ内科クリニック

院長 吉原 泉 殿

今回大腸の内視鏡検査にあたり、担当医師（ ）より、検査内容とその必要性について十分な説明を受け、了解しましたので検査の実施をお願い致します。

以下の項目については、（ ）内の希望の有無を選択してください。

*検査中、大腸ポリープが発見された場合、当日内視鏡下での切除を
(希望します ・ 希望しません)

患者氏名 _____ (印)

本人が署名できない場合

氏名 _____ (印)

続柄 ()

感染症検査承諾書

平成 年 月 日

いずみ内科クリニック

院長 吉原 泉 殿

私は、感染症検査の必要性を理解して検査を受けることを同意します。

患者氏名 _____ (印)

本人が署名できない場合

氏名 _____ (印)

続柄 ()