

# 大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査）についてのご説明

症状・疾病名 \_\_\_\_\_

## 1 検査の目的

### (1) 大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査）

大腸内視鏡検査は、肛門から内視鏡を入れて大腸内を観察し、大腸の癌やポリープ、炎症などの有無を調べる検査です。その際検査のため病変の一部を採取して組織検査を行うこともあります。

### (2) 内視鏡的大腸ポリープ切除術・内視鏡的大腸粘膜切除術

大腸内視鏡を用いて大腸ポリープ、初期の早期大腸癌を切除することを内視鏡的大腸ポリープ切除術・内視鏡的大腸粘膜切除術といいます。

これまでの検査からあなたの大腸に、大腸ポリープまたは早期大腸癌が疑われています。検査にて病変を認め適応があれば内視鏡的切除を行い、切除標本を検討し今後の治療方針を決める必要があります。その後の方針として、内視鏡で経過観察する、内視鏡で追加切除を行う、外科的開腹手術を行う方針のいずれかが選択されます。

## 2 大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査）の方法について

(1) 中の様子がよく見えるように腸をからにする必要があります。前日は食事をしなさいませんが、当日は朝から何も食べないようにし、腸管洗浄液（ムーベン）などの前処置薬を検査の3～4時間前から飲みます。

排液（排便）の中に〈便かす〉がなくなれば準備完了です。

(2) 検査着に着替えます。お尻の部分に穴があいています。なるべく楽に検査をお受けいただけるよう、点滴確保の上鎮静剤や腸の動きを抑えるための注射（抗コリン剤ほか）使う場合もあります。

ゼリー状の麻酔剤を肛門に塗ってから、内視鏡を挿入します。

(3) 検査はできるだけ全大腸を観察する方針で行っています。検査時間は、個人差がありますが30～60分です。腸のまがったところを通るときには、多少の痛みを感じることがあります。痛いときには、遠慮なくおっしゃってください。

※ 次の病気のある方はおっしゃってください。

- ① ワーファリン、パナルジン、小児用バファリン等の血の固まりにくくなる薬を飲んでいる方
- ② 局所麻酔剤等にアレルギーのある方
- ③ 前立腺肥大、心臓病、緑内障、脳梗塞、その他の病気のある方

※ 〈検査後〉 ① 検査日は自動車の運転はしないでください。食事、飲酒、運動、旅行、仕事等に注意や制限が必要です。それぞれの場合で異なりますので、説明を聞いて帰ってください。

② 血便、腹痛があった場合は、すぐ広尾病院救急室にご連絡ください。

## 3 検査（処置）に伴い起こりうる偶発症の可能性及び危険性について

大腸内視鏡検査で、稀なことですが、偶発症がおきることがあります。

日本消化器内視鏡学会第5回全国調査の結果（2003～2007）から引用します。

大腸内視鏡（1）観察もしくは生検のみの検査数：2,548,400、偶発症数：313、頻度：0.012%

死亡例：21、頻度：0.00082%

（2）ポリープ切除術の偶発症頻度：0.274%、内視鏡的粘膜切除術の偶発症頻度：0.274%

最も多いのは出血で、生検（組織検査）やポリープ切除術をした場所からのものです。手術が必要となるような大出血は稀で、多くは自然に、または内視鏡的処置で止血します。

次は穿孔で、この場合直ちに入院して手術などの治療が必要です。

切除を行った場合翌日まで経過観察のため入院をお願いする場合があります。通常は一泊入院です。

## 5 その他

検査（処置、手術）に関連して、緊急の場合あるいは医学上の立場から処置を変更する場合があります。これを予めご了承ください。

### 説明方法

- 口頭                       カルテ                       X線フィルム  
 図示                       別紙補足資料                       その他（                      ）

注：別紙にて図示あるいは補足資料を用いて説明した場合には、コピー等をカルテに添付すること。

私は、上記の疾病に関して実施を予定する大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査）について、患者\_\_\_\_\_様 に対して以上のとおり、その必要性及び安全性並びに合併症などの危険性を説明しました。

\_\_\_\_\_年    \_\_\_\_\_月    \_\_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師（署名） \_\_\_\_\_

その他、ご不明な点やご意見は、担当医師にご遠慮なくお話しください。

## 同意書

私は、上記の疾病に関する大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査） について医師 \_\_\_\_\_ の説明を受け、その必要性及び安全性並びに合併症などの危険性を十分理解し納得しました。

ついては、貴院にて大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査）を実施することを同意します。

なお、大腸内視鏡（下部消化管内視鏡検査）を実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置を施すことについても同意します。

\_\_\_\_\_年    \_\_\_\_\_月    \_\_\_\_\_日

同意者

本人氏名（署名） \_\_\_\_\_

家族等氏名（署名） \_\_\_\_\_  
(続柄)

東京都立広尾病院院長殿

注 患者が年少者やご自身で意思表示ができない場合には、ご家族等のみによる同意でも結構です。