

造影CT検査をお受けになる患者さんへ

今回実施する検査は“ヨード系造影剤”という薬剤の注射をして検査を行う予定です。

造影剤を使用する判断は、検査目的、病状により主治医又は検査担当医師が行います。造影剤を用いることにより、正確で精度の良い診断が可能となります。また CT 検査では造影剤を使用しなくても検査は行えますが、十分な診断が出来ない場合もあります。

ヨード系造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。

副作用の種類は次のようなものです。

即時性副作用

1. 軽い副作用:吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで、基本的に治療をしなくても自然に改善します。このような副作用の発生する頻度は 5%以下とされています。
2. 重い副作用:呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このため、入院加療が必要なこともあります。このような副作用の発生する頻度は 0.05%程度とされています。
3. 病状・体質によっては極めてまれですが、約 10-20 万人につき1人の割合(0.0005%-0.001%)で、死亡する場合もあるとの報告もあります。

遅発性副作用

検査終了数時間から 10 日後くらいの間体がだるくなったり、頭痛、蕁麻疹がでることもあり、頻度は 3%程度とされています。

服用薬による副作用

ビグアナイド系糖尿病薬を服用している患者へのヨード造影剤投与により、一過性に腎機能が低下した場合、乳酸アシドーシスを発症するリスクとなります。そのため、緊急検査時を除きビグアナイド系糖尿病薬を一時的に休薬するなど、適切な処置を行うことを推奨します。

アレルギー体質、喘息の既往のある方には、これらの副作用の発生する確率が高くなるとされています。また造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させることがあります。このような方には、造影剤を使用できないことがあります。

＜検査室において造影剤を注射する時には、＞

1. 注入直後、体内が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
2. 検査によっては造影剤を急速静注する場合があります。まれに、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部分がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されるので心配ありません。非常にまれですが、もれた量が多い場合には、処置が必要となることもあります。
3. 当病院では、万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。異常が現れた場合、ためらわず、すぐに申し出て下さい。万が一、副作用が現れても、最善の処置を施します。なお、造影剤のテストについては、現在までに明らかな有用性の報告はなく、一般的に行われていません。ご不明な点は、担当医師または下記にお問い合わせください。

大牟田市立病院 TEL;0944-53-1061

平日(午前9時～午後5時)外科外来(PHS8313, 8201) 時間外, 休日;救急外来(内線 5001)

ヨード系造影剤問診票、同意書

該当する項目にチェックして下さい。1、2、4、6、7の“あり”を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な記入をしてください。

1. 今まで造影剤(注射、点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？
 なし あり:CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI 検査
2. その時、副作用はありましたか？
 なし あり:発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？
 なし あり
4. 食物、薬のアレルギー、またはじんましんが出たことがありますか？
 なし あり
薬のアレルギー(薬剤名:)食物のアレルギー(食物名:)その()
5. 現在透析中である。又は腎臓のはたらきが悪い(無尿、腎不全)といわれたことはありますか？
 なし あり
6. 次の病気と言われたことがありますか？
 なし あり:多発性骨髄腫、褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症
7. ビグアナイド系糖尿病薬を服用していますか？
 なし あり:「あり」の場合、先生と相談の上、休薬の実施をお願いします。

上述の問診票のうち、問い2から7で【あり】の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなりうると言われています。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

現在の体重は？ (Kg) わからない

ヨード系造影CT検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。

大牟田市立病院長 殿

私は、ヨード系造影CT検査について説明をうけ、造影検査を受けることに同意いたします。また緊急的処置が必要となった場合にも、適切に処置されることに同意いたします。問診票の記載には相違ありません。

私は、ヨード系造影検査について説明を受けましたが、造影検査を受けることを拒否いたします。

平成 年 月 日

署名 患者氏名

親族

(要保護者・未成年者の場合)続柄()

説明者 (医師、看護師)