

# ①大腸CT検査の説明(1/3)

検査部位	腹部CT (大腸)	使用する経口造影剤	バリウム(品名：コロンフォート) ※血管から入れる造影剤は使用しません
------	-----------	-----------	--

## < 大腸CT検査予約前の確認事項 >

大腸CT検査では説明を理解し、細かな前処置を正確に患者様本人に行っていただく必要があります。ご高齢または日頃から介助を必要としている等で、自力で前処置が完結できない・理解が難しい場合、**医療機器共同利用としての大腸CT検査はお断りしています。**

(代理人・ご家族等で検査内容を理解できる方がそばにいる場合もお断りします。)

※その場合、連携室を通しての患者紹介となりますので、いちど連携室(0268-75-2841)へご相談ください。

<input type="checkbox"/> 自立した前処置が困難・理解が難しい	➡	地域連携経由の紹介(入院が必要な場合あり) → 東御市民病院連携室へご相談ください。
<input type="checkbox"/> 前処置を含めた検査に関する理解ができる	➡	医療機器共同利用での紹介検査 → このまま検査説明・検査予約へお進みください。

## 【大腸CT検査の概要】

CTとはコンピューター断層撮影法(Computer Tomography)といい、身体にエックス線を照射し、データ収集し身体の内部を細かい断面像として画像化する検査です。身体の輪切りの断層写真から様々な断面に作り替える事も可能で、体の内部構造を詳しく調べることができます。これに下剤とバリウムを合わせることで大腸の腸管内に便が少なくかつ腸管壁にバリウムが付着することで内視鏡を入れることなく、大腸の壁構造を撮影することができます。被ばくに関しては、日本人は自然放射線により年間約2.5ミリシーベルト被ばくしています。CT検査ではその数倍ほどの放射線被ばくになりますが身体への影響はほとんど考えられない量です。また大腸CTに関しては通常のCT検査よりも線量を落として撮影します。放射線検査は検査によって得られる利益が被ばくの不利益より大きいと医師が判断したとき行われる検査です。妊娠中の方、妊娠の可能性がある方は必ず医師にお申し付けください。

## 【大腸CT検査の食事と薬の制限について】

<b>【重要】</b> ★検査前の食事制限があります	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査前日から大腸CT専用検査食のみを食べます。</li> <li>・下剤やバリウム製剤も併せて服用します。</li> </ul>
<b>【重要】</b> ★お薬の注意があります	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インスリンは服用か休薬かは医師と相談ください。インスリンの薬効と空腹による低血糖になる可能性は否定できません。その他のお薬の服用に制限はありません。ただし飲む場合は必ず水で服用してください。</li> </ul>

## 【大腸CTに関する書類(書類①～⑧)】※⑤～⑧の書類は当院で準備し、1回目来院時に説明します

★院外依頼では①～④に目を通していただき概要だけ把握ください。詳しい手順は来院1回目いちから説明します。	①大腸CT検査の説明(1/3)、②大腸CT検査の説明(2/3) ③大腸CT検査の説明(3/3)、④大腸CT検査の問診と同意書【大腸CT専用】 ⑤大腸CT前処置手順書、⑥大腸CT検査のパフレット ⑦FG-two☆(検査食)パフレット、⑧直前の便の状態と大腸CT検査について
--	--

## (依頼元施設様へのお願い)【書類の処理について】

★市民病院HPより書類のダウンロード：依頼書含む5枚 ：『医療関係の皆さまへ』の『機器共同利用について』の『CTC検査依頼一式』よりダウンロード
★依頼時にFAXしていただく書類：2つ 1.『CT検査依頼依頼票』：通常のCT依頼と同じ書類 2.『④大腸CT検査の問診と同意書【大腸CT専用】』：問診および依頼医師サインと捺印が済んでいるもの※患者署名と当院診察医師署名欄は来院時に行います
★来院1回目に持参していただく書類：5つ(封入して) ：『CT検査依頼票』および①～④の書類(④に関しては問診、依頼元医師サイン済みのもの)

## ②大腸CT検査の説明(2/3)

### 【大腸CT検査の流れ(検査当日)】

大腸CT(CTC：CT コロノグラフィー)検査は内視鏡を用いることなく、炭酸ガスで膨らませた大腸をCT装置で撮影し、コンピュータ処理により三次元画像をもとに大腸疾患を調べます。内視鏡を挿入しないので痛みの少ないことも特徴です。

#### < 検査の概要 >

- ・大腸の中を綺麗にして撮影するために下剤、腸管洗浄液、少量の造影剤(バリウム)等の前処置を行います。
- ・検査直前に腸の動きを抑える薬(ブスコパンまたはグルカゴン)を注射します。
- ・肛門から径0.8mm程度の細いチューブを5～10cm程度挿入し、ゆっくり炭酸ガス(二酸化炭素)を注入します。
- ・しっかり大腸を拡張させるためお腹に力を入れないように口呼吸を心掛け、体の向きを変えて数回CT撮影します。
- ・受検者によっては痛みを感じる場合があります。検査は30分程度です。ガスは30分程度で体内に吸収されます。

### 【検査に関する注意事項】

- (1) 手順書(書類⑤)の通り正確に前処置は行ってください。精度の高い検査結果を得るために必要です。
- (2) それぞれの前処置を行ったら、各チェックボックスにチェックを順に入れていってください。
- (3) 検査食以外は何も食べないでください。食べてしまった場合、検査を中止する可能性があります。
- (4) 食事が食べられない場合は、コロンフォート(バリウム)だけを飲んでください。
- (5) コロンフォートはすでに水で溶かしたバリウムが容器内にあります。よく振ってからそのままお飲みください。
- (6) 検査前日のお茶やお水は自己判断で摂取していただいて構いません。その他の飲料はお控えください。
- (7) 検査食パッケージに記載されたアレルギー表示を見て該当する場合は、食事は**素うどん**に変更してください。
- (8) 薬剤や検査食で**次の症状がでた場合は直ちに服用を止め、医療機関にご相談ください。**

吐き気・嘔吐・腹痛・顔が青ざめる・めまい・寒気・じんましん・息苦しい・顔のむくみ・頭痛等

### 【その他の伝達事項】

- (1) 朝、水のような便が数回出ますが正常です。できるだけ排便してください。
- (2) 検査当日病院に来ていただいたら、便の状態をうかがいます。色や性状(形が残っているかなど)をお教えてください。
- (3) 最後の排便の状態によっては医師に相談または大腸CT検査を中止する場合があります。
- (4) 撮影開始前に**腸の動きを抑制する注射(ブスコパン)**をします。ただし**緑内障・前立腺肥大・重篤な心臓疾患の病気がある方は薬剤を変更(グルカゴン)**しますのでお申し出ください。
- (5) **医療被ばくがあります**。撮影時の線量はコンピュータにより十分に考慮、制御された線量を用います。
- (6) 撮影範囲内に手術後のインプラント等があった場合、一部画像に乱れが生じる場合があります。予めご了承ください。

検査についてのご不明な点は、東御市民病院・放射線技術科までお気軽にお問合せください



東御市民病院  
長野県東御市鞍掛198

代表TEL 0268-62-0050

放射線科	予約：0268-62-0572
直通	FAX：0268-63-0320

## ③大腸CT検査の説明(3/3)

【大腸CT検査における副作用】 比較的安全な薬剤や検査食を使用しますが、希に副作用が出る場合があります

症状が出た場合はただちに服用を中止し、医療機関を受診するか、当院、または依頼元施設へご連絡ください。			
重大な副作用 (希だが頻度不明)	● ショック、アナフィラキシー【意識消失、顔面蒼白、血圧低下、咽頭浮腫、呼吸困難、チアノーゼ等】		
	<対応> どんな薬剤や食品でも起こりえます。必要な処置・診療・検査は保険診療で行います。		
その他の副作用 (希だが頻度不明)	● 排泄障害、便秘、一過性の下痢・腹痛、悪心、嘔吐、発疹、そう痒感、蕁麻疹等		
	<対応> 必要な処置・診療・検査は保険診療で行います。		
東御市民病院	代表Tel 0268-62-0050	放射線直通	0268-62-0572

### 合併症や作用

バリウム造影剤 (コロンフォート) に関する事	● 消化管穿孔、腸閉塞、腹膜炎、誤嚥が起きる場合があります【極めて希 (0.0036%) だが、頻度は不明】
	大腸潰瘍、大腸炎、憩室炎、バリウム虫垂炎等から消化管穿孔に至る恐れがあります。穿孔部からバリウムが漏れることで腹膜炎を起こす場合があります。またバリウムは体内に吸収されず便として排出されますが、固まりやすいためうまく排泄されなかったり排泄機能が衰えたりしている場合、滞留し腸閉塞を起こす場合があります。いずれも強い腹痛や継続する腹痛等が起きた場合、処置が必要となります。また誤嚥による誤嚥性肺炎が起きる場合もあります。追加の診療や検査は保険診療で行います。
下剤に 関すること	● 下剤は「マグコロール散」、「ピコスルファートNa内容液0.75%」を使用します 排便を促し、腸内を綺麗にします。重度の便秘や高度な狭窄があった場合、虚血性大腸炎、腸閉塞、腸管穿孔に至る可能性があります。痛みが出た場合はただちに服用を止め、医療機関を受診してください。(詳しくは各メーカーの添付文書を検索)
蠕動運動を抑える お薬に関する事	● 検査直前に鎮痙剤である「ブスコパン」または「グルカゴン」を注射します 蠕動運動(腸の排泄機能)や腹部臓器の動きを抑制し、動きの少ないCT画像を得るために使用します。効果は一時的であり、検査終了後、自然に効果は無くなります。緑内障・前立腺肥大・重篤な心臓疾患の病気がある方は、「グルカゴン」に変更させていただきます。(詳しくは各メーカーの添付文書を検索)
検査食に関する事	● 前日から大腸CT用検査食「FG-two」を食べていただきます。検査食以外は何も食べないでください。 消化の良い食事を前日から摂取していただくことで異物の少ない画像を得ることを目的とします。内容やアレルギー表記に関してはパッケージにアレルギー表記がありますので事前に確認してください。表記に該当するものがあった場合、検査食を素うどんに変更してください。

### 【その他周知事項】

- 内視鏡検査と異なり、ポリープ切除や生検等の処置は行えません。
- 体内に腸管クリップや金属固定具等があった場合、アーチファクトになり部分的に正確な情報が得られない場合があります。
- 検査当日の朝、水のような便が数回出ますが、一般的です。できるだけ排便をお願いします。
- 検査当日、便の色や性状について(形が残っているかなど)をお尋ねします。書類⑧を活用ください。
- 「必要な処置」には入院・転院・輸血・手術等、生命を維持するための医療行為を含みます。
- バリウムを誤嚥した場合、ただちに服用を止め、医療機関を受診してください。通常、強い咳を繰り返すことで体外にほとんど排出されますが、ごく希に発熱や誤嚥性肺炎を起こす場合があります。
- 予期せぬ合併症が起きる場合があります。細心の注意のもと検査を行います。準備中・検査中に異常を感じましたら、直ちに報告ください。
- 空腹による体調の変化が著しく発生した場合は、体調を優先し無理をせず自己判断で前処置を中止してください。その旨をご連絡ください。
- のどが乾いたときは都度少量の水を飲んでください。

## ④大腸CT検査の実施に関する問診と同意書【大腸CT専用】

●安全に検査を受けていただくために正確かつ書き漏れがないようお答えください●

1	これまでに <b>バリウム造影剤(胃バリウム等)</b> を使用した検査を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 「はい」の場合 その時(帰宅後も含めて)副作用がありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 具体的な症状は？( )
2	既往歴・手術歴はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 既往歴( )手術歴( )
3	今まで何かアレルギーや過敏症はありますか？それは何ですか？(お薬や食品も含む) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある ⇒ 内容( )
4	緑内障・前立腺肥大・重篤な心臓疾患の病気がありますか？使用する蠕動運動抑制剤が変わります。 <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ <input type="checkbox"/> <b>ブスコパン</b> <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> <b>グルカゴン</b>
5	糖尿病または重篤な腎疾患はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 「はい」の場合、お薬やバリウムの摂取により体内の臓器の運動や排泄作用が落ちることと合併症を起こすリスクが高まります。医師(依頼元医師)に相談ください。
6	インスリンは処方されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 「はい」の場合、低血糖になる可能性が高いため、前日からの休薬か血糖コントロールが必要です。医師(依頼元医師)に相談ください。検査後の制限はありません。
7	以下の疾患や症状に該当する項目にチェックしてください。(該当項目にはすべてチェックしてください) <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ切除後(3ヵ月以内)の方 <input type="checkbox"/> 開腹手術を受けた方 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術を受けた方 <input type="checkbox"/> 開胸手術を受けた方 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患(クローン病/潰瘍性大腸炎等)の既往のある方 <input type="checkbox"/> 大腸憩室炎の治療中の方 <input type="checkbox"/> 大腸を切除している方 <input type="checkbox"/> 腸閉塞、腸捻転、消化管穿孔の既往のある方 <input type="checkbox"/> 水分制限がある方 <input type="checkbox"/> 3日以上排便のない方(重度の便秘) <input type="checkbox"/> 狭心症、心筋梗塞、脳疾患(脳梗塞、てんかん等)の既往のある方 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり ⇒ 「あり」の場合、 <b>合併症のリスクが高くなるため大腸CT検査の原則禁忌に該当</b> します。医師(検査紹介元医師)に相談ください。
8	①～⑧の書類をお読みいただき、検査の概要や注意点、副作用について理解されましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 「いいえ」の場合、疑問な点があれば何でもお伺いください。
9	「⑤大腸CT前処置手順書」の書類をスタッフと順を追って確認し、検査直前までの流れは理解されましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 「いいえ」の場合、疑問な点があれば何でもお伺いください。
10	体重をお教えてください。(機械に入力する必要があります)      体重 ( ) k g
11	【女性の方】妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

### 医師署名欄

検査内容に関して造影剤・薬剤含め、説明しました。

検査日：      年      月      日      依頼元医師署名



当院診察医師署名



### 造影剤と薬剤の使用 または検査実施に関する同意書

わたしは、大腸CT検査に関する必要性とそれに伴う危険性等について十分な説明を受け理解しましたので、検査実施に同意します。

東御市民病院 病院管理者 殿

(西暦)      年      月      日      患者の署名：



東御市民病院  
長野県東御市鞍掛198

代表TEL 0268-62-0050

放射線科  
直通

予約：0268-62-0572  
FAX：0268-63-0320