ヨード系造影剤を用いた検査について（CT、血管、尿路など）

【検査の必要性】

小さな病変やレントゲンに写りにくい病変は、CTなどの検査でも診断が困難な場合があります。しかし、造影剤を用いることによってこれらの病変もはっきりと写るようになって正確な診断が可能となります。

また、病気の性質を判断したり、病気の広がりや進行度を判断するためにも日常的に造影剤を使用しています。

造影剤を使用することによって診断ができるという「利益」が、副作用で生じるであろう「不利益」を上回ると判断された場合、造影剤を使用することになります。

【副作用の頻度】

造影剤は改良が加えられ、副作用は減少してきております。現在、主に用いられている造影剤での副作用の発生頻度は約3％と言われております。

【副作用の症状】

副作用として多いのは、嘔気、嘔吐、かゆみ、じんましんなどです。また、副作用ではありませんが、体が熱く感じる（造影剤注入時に熱い感じがする）場合がありますが、すぐに治まります。

これらの症状は、検査中から検査後 1 時間の間に起こることが多く、特別な治療を必要としない軽度のものがほとんどです。

稀に（約10，000人に4人の割合）、咽頭の浮腫、血圧低下、呼吸困難、急性腎不全などの入院加療が必要な重い副作用が起こることがあります。

さらに重症化すると、治療を施した場合でも40万人に1人程度の割合で死亡することが報告されています。

副作用が発生した場合は、医師等が適切な治療を行います。また遅発性副作用として稀に検査終了後数時間から数日後に、かゆみ、吐き気、嘔吐、めまいなどの症状が現れることもありますので、その場合は主治医、看護師や救急救命センターなどに連絡してください。

また、副作用ではありませんが、注入時に造影剤が血管外に漏れることがあります。特にCTでは、造影剤を自動注入器で高速注入するため、比較的大量の造影剤が漏れる可能性があります。少量の場合は自然に吸収されるため、処置を必要としませんが、多量の場合には血行障害を予防するため、切開などの処置が必要となることもあります。

【こんな方は特に注意を】

過去に食事やお薬などのアレルギー症状を起こしたことのある人、また造影剤による副作用歴のある人、気管支喘息（ぜんそく）やその既往がある人、腎機能障害のある方などで副作用が多く出るといわれています。ただし、こうした既往がない人でも副作用が生じることがわかっており、予測は困難です。

【検査後】

水分を多めにとってください。不快な症状があったら、すぐに医師か看護師に連絡してください。

【検査の同意を撤回する場合】

いったん同意書を提出していただいても、検査を中止することができます。中止する場合にはいつでも係に連絡してください。

【糖尿病薬を服用されている方へ】

糖尿病薬のうち、ビグアナイド系の糖尿病薬（下記一覧表参照）を服用している方の場合、頻度としてはまれですが、造影検査後に、乳酸アシドーシスという重篤な副作用が起こることがあります。
乳酸アシドーシスとは、初期症状として食欲不振、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢などの胃腸症状が急激に出現し、進行すると倦怠感、筋肉痛・痙攣、脱力感、腰痛、胸痛、過呼吸、脱水、低血圧などを引き起こし、昏睡状態に陥ることもあります。
万一の副作用を防止するため、ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方は、造影検査当日を含め前後2日間（48時間）服用なさらないでください。

① 造影CT　検査前48時間　は、ビグアナイド系の糖尿病薬の服用中止をお願い致します。
② 造影CT　検査後48時間　は、ビグアナイド系の糖尿病薬の服用中止をお願い致します。

ただしこの間、これらの糖尿病薬を服用しないことにより血糖値が一時的に上昇する可能性がありますので、服用している糖尿病薬がビグアナイド系の糖尿病薬であるのか否かが分からない場合等、ご不明なことは主治医（または処方医）にご確認・ご相談ください。

ビグアナイド系糖尿病薬一覧	
一般名	商品名
メトホルミン塩酸塩	**グリコラン、 メトグルコ、**
	メトホルミン塩酸塩「トーワ」
ブホルミン塩酸塩	**ジベトス、 ジベトンS、塩酸ブホルミン「ミタ」**
メトホルミン塩酸塩含有の配合薬	**メタクト配合錠、 イニシンク配合錠、**
	メトアナ、 エクメット

以上の文書は、患者　　様への造影剤を用いた検査について
その目的、内容、危険性について説明するものです。
説明を受けられた後、ご不明な点がありましたら、何でもお尋ねください。

・説明日
・説明医師　　印
・同席者
　【自筆署名または記名押印】

検査日　令和　　年　　月　　日

CT、血管、尿路造影剤同意書

上記の文書を読み、説明を聞いて納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。

説明を受けた方

令和　　年　　月　　日

1）患者様ご本人の場合

【自筆署名または記名押印】

同席された方

【自筆署名または記名押印】　　患者様とのご関係（　　）

2）患者様に判断能力がない場合

代諾者

【自筆署名または記名押印】　　患者様とのご関係（　　）

同席された方

【自筆署名または記名押印】　　患者様とのご関係（　　）