

CT 造影検査を受けられるかたへ

CT検査ではエックス線により得た画像情報をコンピューターにより画像化し、各部位を詳細な画像により診断する検査です。検査は、30分程度の時間で終わります。
また、部位により数回10秒程度息を止めていただきますがご了承ください。

検査時間

予約時間に再来機で手続きを行い 予約票、受付票を持って放射線科受付までお越しください。
入院中の方は、CT室より連絡があるまでお部屋でお待ちください。

検査当日の食事について

[水分摂取の（お茶、水）は制限はありません。]

- 検査予約時刻の3時間前から食事をとらないで下さい

検査前の蓄尿の必要性について

- 蓄尿の必要はありません。
- 蓄尿してください。

予約時間の約2時間前からトイレは控えて膀胱内に尿をためてください。

持ち物及びお身体について

- ・撮影する範囲に金属類があると検査の妨げになる場合があります。
検査当日は、**金属類を含む服装はお控えください。**
- ・撮影部位によって、**金属類を外していただく場合や、検査着に着替えをお願いする場合があります**
ご了承ください。

※ 原則、CT検査では着替えを行っておりません。

造影剤の注射の際に袖を肘の上までまくりますので、差し支えない服装でご来院ください。
造影剤が衣類に付着する場合がありますので、検査着が必要な方はご遠慮なくお申し出下さい。

お願い

緊急患者さんやその他検査の都合上、時間が多少ずれることがあります但しご了承ください。

以下の方は検査前に申し出てくださ

- ・心臓ペースメーカー、ICD(植込み型除細動器) 装着している。
- ・※ 必ずペースメーカー手帳、ICD (植込み型除細動器) 手帳をご持参ください。
- ・妊娠または妊娠の可能性がある。

ビグアイド類糖尿病治療薬を使用しているかたが (基本名 メルビン・ジベトス 下記参照) ヨード系造影剤を使ってCTの検査を施行する場合

- ① 造影検査前の血清クレアチニン値の測定を検査実施日から3ヶ月以内に行われていない方
 - ② 検査前にビグアイド類糖尿病治療薬(下記該当薬品)の服用を中止していない方
- ①, ②に該当する方は造影検査を施行できません。
下記要項をご確認のうえ実施してください。

【実施手順】

ビグアイド類糖尿病治療薬の服用を一時中止する場合、造影検査実施日の前後計5日間(検査当日前2日間、後3日間)服用中止してください。

【理由】

造影剤腎症はヨード造影剤の使用により引き起こされることが知られており、造影剤使用患者の1~6%ハイリスク群で41%の方に発症するともいわれています。

ヨード造影剤とビグアイド類糖尿病治療薬の併用は乳酸アシドーシスが発症する危険性があり、添付文章上で慎重投与となっています。これはヨード造影剤の使用により腎機能が低下した場合ビグアイド類糖尿病治療薬の排泄が遅延することにより発症すると考えられています。

下記薬剤が現在該当薬品です。

一般名：塩酸メトホルミン

[代表薬]

メタクト配合錠	HD・LD	(武田薬品)
グリコラン錠		(日本新薬)
メトグルコ錠		(大日本住友)
メデット錠		(トーアエイヨー、アステラス)
ネルビス錠		(三和化学)
メトリオン錠		(シオノ、ケミファ、大洋)
メトホルミン塩酸塩錠「トーワ」		(東和薬品)
メトホルミン塩酸塩錠「JG」		(日本ジェネリック)

一般名：塩酸ブホルミン

[代表薬]

ジベトス錠		(日医工)
ジベトンS錠		(寿、ゼリア)
塩酸ブホルミン錠「ミタ」		(キョウリンメディオ)

CT 造影検査を受けられるかたへ

造影検査について

CT検査ではエックス線により得た画像情報をコンピューターにより画像化し、各部位を詳細な画像により診断する検査です。検査は、30分程度の時間で終わります。

また、部位により数回10秒程度息を止めていただきますがご了承ください。

造影検査とは、ヨードを含んだ薬を静脈から注射します。造影剤を使用することで病変の描出がよくなり診断に大変役立ちます。

副作用について

造影剤を使用すると、下記のような副作用が起こる場合があります。

軽い副作用

吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などです。

基本的に治療を要しないことが多いです。

この副作用の起こる確率は、約5%で100人につき5人です。

重い副作用

呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎機能低下などです。

このような副作用は、通常治療が必要できわめてまれですが、後遺症として残る可能性があります。そのため、入院や治療が必要なこともあります。

このような副作用が起こる確率は約0.1%以下で1000人に1人以下です。

重篤な副作用

病状・体質によっては約20万人～40万人に1人の割合（0.0005～0.00025%）で死亡する場合があります。

* 造影剤は血管外に漏れでることもあります。この場合は、注射した部分が腫れたり、痛みを伴うこともあります。時間がたてば吸収されるので心配はありません。漏れた量が非常に多い場合には皮膚科での処置が必要になることもあります。

ご注意くださいこと

- 喘息、甲状腺機能亢進症、ヨードアレルギー、その他アレルギー体質の方、一部糖尿病治療薬を使用している方は造影剤を使用できない場合があります。（別紙参照）
上記の病気で現在常用されているお薬があれば、確認のためご持参ください。
- 難聴の方、お身体の不自由な方、妊娠の可能性のある方、当日体調の悪い場合は検査前にお申し出下さい。

検査1～3日後、アレルギー反応が出る場合があります。身体に異常を感じられた時には主治医にご相談下さい。

冠動脈造影CT(心臓CT)を受けられる方へ

検査前

- ① **検査予約時刻の3時間前から食事をとらないで下さい**
* 糖尿病薬を使用の方は医師・看護師に相談してください。
- ② **検査2時間前**にお渡ししている白い錠剤(メプロロール酒石酸塩錠)を内服してください
(紹介患者様にはお渡ししていません)
- ③ 当日気分の優れない方は病院へご連絡ください

検査

- ① 予約時間の**10分前**にお越しください
- ② 金属の付属していない下着は着用出来ますが、必要に応じて脱衣していただく場合があります。
- ③ CT室内で心電計の装着(血圧・脈拍測定)を行います。
- ④ 造影剤を注入するための血管確保を行います。
脈拍が早い場合は必要に応じて、点滴や投薬を行います。
- ⑤ 看護師がご案内しますので、寝台の上で仰向けに寝ます。両手を頭の上に組んでいただき腹部をバンドで固定します。
- ⑥ 放射線技師の指示で息止めの練習を行います。大きく息をすって約20秒間息を止めてもらいます。これが出来ないと心臓の撮影は出来ません。
- ⑦ 撮影に入ります。冠動脈拡張薬を舌下投与します。医師の指示に従ってください。
* 脳血管の拡張で頭が重く感じる場合があります。検査終了時には消失します
- ⑧ 撮影室のスピーカーからの指示に従って息止めを行ってください。
- ⑨ 撮影中の造影剤注入時、胸や下半身が非常に熱く感じる場合があります。それ以外に吐き気・痒み・息苦しさなどの症状があればすぐに大きな声で教えてください。

撮影終了後

- ① 血圧・脈拍数のチェック後、血管留置針を抜きます。
- ② しばらく経過観察の上、検査終了となります。
* 状態によっては、1時間程経過観察する場合があります
* 過剰な低血圧・徐脈・その他の副作用が見られた場合は経過観察入院を要することがあります。
- ③ 造影剤を使用しています。
帰宅後、痒みや吐き気などのアレルギーがあればすぐにご連絡ください。また、造影剤は尿として排泄されますので水分をいつもより多めに取って下さい。

ID:

氏名: 様

造影 CT 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影CT検査についての説明内容

- ・ 現在の病状や予後について
- ・ 造影剤使用の必要性と危険性(副作用、合併症)の可能性
- ・ 造影剤を使用しない場合の利益および不利益
- ・ 当日、検査担当医の判断により造影剤を使用しないことがあること
- ・ 造影剤の使用を希望しない場合(造影剤を使用せずに検査を行う場合):

造影剤の使用を希望しない場合は、署名欄に自筆署名または記名押印をしてください。

年 月 日

署名: _____ 続柄()
(代理人の場合は続柄をご記入下さい)

説明医師名: _____ 印
同意説明日: _____ 年 月 日

私は、別紙説明文に基づく、上記の造影CT検査についての必要性及び実施内容の説明を十分に理解しましたので同意いたします。

年 月 日

現住所: _____

氏名: _____

署名: _____

または、代理人住所: _____

代理人氏名: _____ 続柄()

ID:

氏名: 様

造影 CT 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影CT検査についての説明内容

- ・ 現在の病状や予後について
- ・ 造影剤使用の必要性と危険性(副作用、合併症)の可能性
- ・ 造影剤を使用しない場合の利益および不利益
- ・ 当日、検査担当医の判断により造影剤を使用しないことがあること
- ・ 造影剤の使用を希望しない場合(造影剤を使用せずに検査を行う場合):

造影剤の使用を希望しない場合は、署名欄に自筆署名または記名押印をしてください。

年 月 日

署名: _____ 続柄()

(代理人の場合は続柄をご記入下さい)

説明医師名: _____ 印

同意説明日: _____ 年 月 日

私は、別紙説明文に基づく、上記の造影CT検査についての必要性及び実施内容の説明を十分に理解しましたので同意いたします。

年 月 日

現住所: _____

氏名: _____

署名: _____

または、代理人住所: _____

代理人氏名: _____ 続柄()

