

## 治療内容の説明と同意書

患者様\_\_\_\_\_殿に透析シャント機能不全に対する血管内治療について説明  
します。

- ◆ 3枚目に簡単な問診がありますので、お答えください。
- ◆ 説明に対し、納得し同意していただけたら、4枚目の同意書にご署名をお願いします。

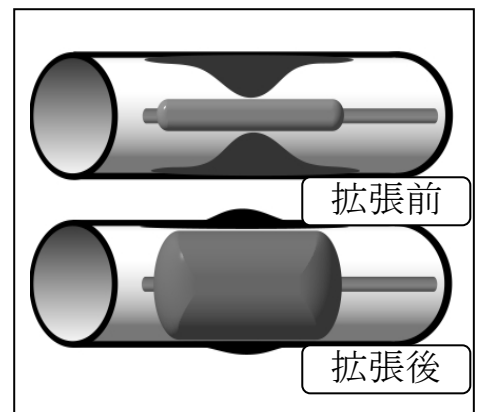
疾患名：透析シャント機能不全

病状：・脱血不良 ・静脈圧上昇 ・穿刺困難 ・閉塞 ・画像診断で狭窄あり  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）

経過予想と予後：シャント血管の狭窄が疑われる患者様は後日にシャントが閉塞し、手術などの  
処置が必要になる場合がありますので、早期発見早期治療が大切です。シャントが閉塞した患  
者様はただちに処置が必要です。

### ◆ 血管内治療の方法：

シャント側の上肢を消毒し、肘の動脈や静脈へ細い管（カテ  
ーテル）を挿入し、造影して血管の状態を調べます。狭い部  
分があればバルーンカテーテル（風船が先端についた細い  
管）（図）やカッティングバルーン（4枚の刃がついたバル  
ーンカテーテル）で、狭い部分を拡張させます。バルーンカ  
テーテルではすぐに元通りに狭くなる病変や心臓に近い大



きな静脈の狭窄にはステントという金属で編んだ管を血管内に留置することもあります。

血管内が血栓で詰まった場合は、水流で血栓を除去するカテーテル、血栓を溶かす作用のある  
ウロキナーゼを撒布するカテーテル、血栓を吸引するカテーテルなどを使用します。

- ◆ 治療成績：成功する可能性は9割以上です（シャント閉塞時はこれより不良です）。4割の患  
者様は1年間無治療で透析が可能ですが、患者様によっては3ヶ月程度で処置を繰り返す場  
合もあります。

- ◆ 合併症 ◇手技に伴う合併症：次のようなものがあります。

	頻度	治療
_____	頻発	局所麻酔で除痛をします
_____	15%以下	多くは軽度でその場で治 療、稀に緊急手術
_____	非常に稀	入院が必要
_____	非常に稀	入院が必要

◇ **エックス線被ばくによる皮膚障害**：通常の治療では起こりません。治療時間が非常に長い場合、短期間に何度も治療した場合、発生する可能性があります。

◇ **造影剤に伴う合併症**：撮影時に水溶性造影剤（ヨード造影剤）を使用します。

この薬剤にはまれに次のような副作用が生じます。

症状	頻度	治療
軽い症状 皮膚のかゆみや吐き気	5%	その場で治療
重い症状 意識消失，痙攣，不整脈，呼吸困難	0.02%	入院が必要 10万人—20万人に1人に死亡例あり

副作用の起こりやすい方は以下の通りです。

造影剤の副作用歴のある人 重篤な甲状腺機能障害のある人	<u>治療が実施できない場合があります</u>
アレルギー歴や気管支喘息のある人	慎重に使用します

△ **遅発性副作用**：副作用の多くは検査中に生じますが、検査後数時間から1日後に生じることがあります。当院ではあらゆる状況に備え万全の救急体制を整えていますのでご安心ください。

◆ **他の治療法との比較**：他の方法としては手術療法があります。手術療法では別の部位での新しいシャント設置術や現行シャントでの血栓除去、狭窄部の部分切除等があります。手術で再建されたシャントは血管内治療よりも開存期間（術後、無治療で過ごせた期間）は長いですが、皮膚切開や術後の入院が必要です。現在のシャントの再建でなく、新しく作成する場合は術後すぐに透析に利用できず、カテーテル挿入が必要になります。

	手術	血管内治療
	皮膚切開を要し、入院必要	外来で可能
開存期間	長い	短い
透析可能	場所を変えた場合、直後は困難で、透析用カテーテルの挿入が必要	術後すぐ可能

◆ **八尾徳洲会総合病院 放射線科 来院時の注意**

ご自分で車や自転車を運転しての来院はご遠慮ください。診察後、帰宅まで約2時間です。

連絡先は 八尾徳洲会総合病院 八尾市若草町1番17号  
Tel 072-993-8501 放射線科 救急外来（夜間）  
造影剤の副作用については薬局でもご相談を受け付けております。

◆ 問診表

今回の血管内治療にあたって次の質問にお答え下さい

私（患者様本人）は以前に造影検査で副作用歴があります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私は重篤な甲状腺機能障害があります	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私は薬や食物でアレルギーがでたことがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私は喘息やアトピー疾患といわれたことがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

私は心臓や肺に奇形があるといわれたことがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私は治療の内容についてまだわからないことや聞きたいことがあるので主治医や治療担当医師らと話をしたい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私はX線の被ばくについてもっと聞きたいことがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私は造影剤の副作用についてもっと聞きたいことがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

◇ 上記で「はい」がある方は、治療前にご相談します。

◇ 「はい」がない方で、説明に対し、納得し同意していただけたら、同意書にご署名をお願いします。

# 同意書

[ ]

---

---

---

---

---

---

---