

体外衝撃波破碎術（ESWL）説明書および承諾書

患者氏名： 殿

1. 病名： 腎結石 ・ 尿管結石 （左 / 右）

結石の大きさ： mm 個数： 個

--

2. 現在の症状

- 結石に伴う痛み
- 血尿 （肉眼的 ・ 顕微鏡的）
- 尿路感染症
- 水腎症
- 結石のある側の腎機能低下
- その他

--

3. 手術の必要性

尿管結石の場合、一定期間、経過を見ていても結石が体外に排出されないと、尿の流れが妨げられ腎臓の働きが低下してしまう可能性があります。また、結石による痛みや血尿が出現したり、尿路感染症を合併することがあるため、結石を細かくいただき排出させる治療が必要です。腎結石の場合には放置すると更に増大する恐れがあります。

--

4. 手術の方法

1) 手術予定日：令和 年 月 日

手術時間 約 80 分

2) 予定手術：体外衝撃波破碎術（ESWL）

3) 麻酔方法：通常麻酔はせず、鎮痛剤の坐薬、点滴などを使用します。

4) 手術の方法とその特徴

- 体外から衝撃波をあてて、結石を細かい破片にくだく治療法です。
- 病院内の1階にある結石破砕室にある治療装置に寝てもらい、レントゲンで結石の位置を確認し、衝撃波の焦点を結石に合わせます。
- 通常はあお向けで背中から衝撃波をあてますが、場合によってはうつぶせで行うことがあります。
- 1回の治療で上限がおよそ4000発の衝撃波をあてます。
- 結石が大きい場合や長期間尿管の中にとどまっている結石の場合には、治療に先立ち尿管ステントと呼ばれる細い中空の管を留置します。

5. 手術に伴う合併症

- 血尿：ほとんど全員に認められますが、数回トイレに行くと尿の赤みが薄くなっていく場合には問題はほとんどありません。
- 痛み：尿管の中に細かくなった結石の破片がつまったりすると、痛みが出現することがあります。
- 発熱：腎盂腎炎などの発熱を伴う尿路感染症を起こすことがあります。発熱や痛みがおさまらない場合には、尿管ステント留置や経皮的腎瘻造設術が必要になることがあります。

6. 通常は起きない重篤な合併症

- 腎被膜下血腫：ごく稀ですが治療後に腎臓のまわりには出血することがあり、背中や脇腹の痛み、ふらつき、嘔吐など、いわゆる貧血の症状が出現することがあります。出血が多い場合には輸血が必要になることもあります。
- 周囲の臓器（例：肝臓、膵臓、脾臓、腸管など）の損傷が発生することが非常に稀ですが報告されています。
- その他に予想できない問題が起こることがあります。すばやく原因をつきとめ最善

の対応を行います。重篤な経過をたどる可能性もあります。

7. 手術後の経過

- 治療後は特に安静の必要はありません。外来で治療した方は、治療当日は激しい運動やアルコールの摂取を控えて下さい。
- 結石の排泄を促すために水分を十分とってください。目安は 1 日 1500～2000ml 以上です。
- 食事は通常通り可能です。
- 外来で治療した方で、鎮痛剤の坐薬などでも痛みが改善しない場合など、何か気になることがありましたらご連絡下さい。(0166-65-2111 病院代表)。
- 通常、入院中の方は翌日に、外来の方は 1～2 週間後にレントゲン写真やCT をとり、結石の壊れ方や排出の状況を確認します。壊れ方が不十分な場合、再度治療するかどうか検討します。非常に硬い結石の場合には、複数回の治療が必要となる場合があります。

8. 可能な別の治療法

経尿道的尿管碎石術：尿管結石のうち、膀胱に近い所に結石がある場合には、尿道から細いカメラ（尿管鏡）を挿入して、結石を破砕・摘出します。入院・麻酔が必要です。

経皮的腎碎石術：腎臓の中や尿管の上の方にある大きな結石の場合には、腎臓に背中から通り道をつくってカメラ（腎盂鏡）を挿入し、結石を破砕・摘出します。しかし、体外衝撃波碎石術よりも体や腎臓に対する侵襲は大きく、入院・麻酔が必要です。

9. 特記事項

血液をサラサラにする薬を内服している場合は、前もって中止して行うことが多いです。そのような薬を内服している場合はあらかじめ担当医に申しつけてください。
直前に内服していることが判明した場合は安全を考慮し治療中止する場合があります。

- * 上記内容に関して説明を受け、質問する機会があり、理解された場合には、下記に本人、または代諾者の署名あるいは記名・捺印をお願いします。
- * 上記内容に関する説明が理解できない場合には、主治医にその旨申し出てさらに説明を受けるなどして、十分に理解されたうえで、署名あるいは記名・捺印を行って下さい。
- * 手術を承諾した後であっても、手術前であれば、いつでも、すでに行った承諾を撤回すると共に、その他の治療方法を選択することが可能です。
- * 治療法につき不明な点や心配なことがありましたら、いつでも主治医にご相談下さい。

旭川医科大学病院 説明場所 _____

説明日時：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

説明者 職名 泌尿器科医師
署名または記名・捺印 _____ 印

患者の署名または記名・捺印 _____ 印

住所 _____

代諾者の署名または記名・捺印 _____ 印

続柄 _____

住所 _____

同席者署名または記名・捺印 _____ 印

続柄 _____

同席者署名または記名・捺印 _____ 印

続柄 _____