

静脈麻酔をお受けになる方へ

当院ではインフォームドコンセント（診療に対する十分な説明と同意）という考えに基づいて十分な情報の提供を行い、ご理解いただいたうえで診療を行っています。

麻酔に伴う危険性は、技術、モニター、麻酔薬などの進歩により著しく低下してきています。手術の程度による危険率は大きく異なりますが、麻酔の危険率はあまり変わりません。危険の度合いは、手術の内容や患者さまの全身状態、体質などによっても異なり、極めて稀ではありますが、以下のような合併症があります。また、麻酔に際しての注意事項などについてもご確認のうえ、ご署名をお願いいたします。

■術前の飲食

手術前には食事はもちろんのこと飲み水も指定された時間以降は行わないでください。胃内に食物があると手術後麻酔から覚めた際に吐き気や嘔吐の症状が出る可能性があります。指定時間以降に飲食された場合には、医師または看護師にお知らせください。

■使用する薬品

① プロポフォール（全身麻酔・鎮静剤）

患者さまの全身状態を観察しながら、就眠が得られるまで静脈内に投与します。就眠後は適切な麻酔深度が得られるよう投与速度を調節します。

副作用：低血圧、アナフィラキシー様症状、気管支痙攣、舌根沈下・一過性無呼吸、てんかん様体動、重篤な徐脈など

② ソセゴン（鎮痛剤）

術中・術後の痛みの緩和のため、麻酔導入と同時に投与します。

副作用：ショック・アナフィラキシー様症状、呼吸抑制、痙攣など

③ ドルミカム（催眠鎮静剤）

プロポフォール投与で十分な麻酔効果が得られない場合に投与します。

副作用：無呼吸・呼吸抑制、アナフィラキシーショック、心停止など

■麻酔方法および術中術後の合併症

当院では、点滴から麻酔薬を注入する静脈麻酔を行っています。麻酔導入前に麻酔中の安全管理を行うため、すべての患者さまに点滴の実施、血圧計・心電図・動脈血酸素飽和度測定装置を装着し、麻酔導入とともにマスクから酸素を吸入します。また、必要に応じて尿道カテーテルを挿入することもあります。麻酔中には稀にショックや低酸素症などの全身疾患や以下のような合併症が起こることがあります。

<合併症>

① 肺血栓塞栓症

エコノミークラス症候群とも言われており、下肢の深部静脈に形成された血栓がはがれて肺動脈につまって発症します。重症であれば呼吸困難や血圧低下をきたし、死亡することもあります。症状をきたすほどの肺血栓塞栓症の術中・術後の発生率は、本邦では1万例あたり4.4症例、死亡例は0.68例という報告があります。

② 薬物アレルギー

麻酔中に使用する薬剤に対して予期しないアレルギー反応が起こることがあります（重症であるアナフィラキシーの発生率は0.01%程度。発症した時の死亡率は5%）。アレルギーを完全に予測し、予防する方法はありませんが、以前にアレルギーを起こしたことのある薬やそれに似た薬は使用しません。そのような薬があれば必ずお知らせください。

③ 心筋梗塞・心停止

術中・術後の心筋梗塞は以前に起こしたことがあるなどもともと危険性の高い方ではごく稀に起こることが報告されています。本邦では麻酔のみが原因の心停止は1万例につき約1例です。

④ 体位による神経麻痺

永続的な神経障害の発生率は1万例に1例程度かそれ以下と非常に稀ですが、いろいろな原因で神経が傷つく、圧迫されるなどで、四肢の運動や感覚麻痺、目の調整の異常など、神経の働きが長期にわたり、損なわれることがあります。

⑤ 術中覚醒

麻酔薬は、深くなりすぎたり、浅くなりすぎたりしないように量を調節しています。しかし、稀に薬の効き具合が悪いために麻酔が浅くなってしまい、手術中に目が覚めることがあります。

合併症を疑わせる症状が認められた場合は、患者さまの救命ならびに後遺症を最小限にするため、手術・麻酔の中止、麻酔方法の変更を含め、あらゆる努力を行わせていただきますが、その際には予定されていた手術や麻酔とは異なった処置と治療が行われることがあります。

■麻酔導入において合併症のリスクが高いとされる病歴・状態

合併症を招く可能性が高い病歴として、悪性腫瘍・生活習慣病（糖尿病・高血圧・高脂血症など）・深部静脈血栓症・心筋梗塞・脳梗塞・下肢の手術や骨折などの経験がある場合です。また、高齢者（65歳以上）、下肢静脈瘤、肥満症（BMI値30以上）、経口避妊薬（ピル）などのエストロゲン治療中、長時間にわたる手術なども合併症を招く可能性が高いとされています。

■麻酔覚醒後の注意事項

通常、プロポフォール投与中止後30分以内に覚醒（意識が戻る）しますが、ふらつきや倦怠感があるためクリニック内の回復室にて1時間前後お休みいただきます。覚醒後、稀に気分不良、吐き気などの症状が出現する可能性があります。お帰りになれる状態になってから帰宅していただきますが、手術当日はご自身での車・バイクなどの運転は行わないでください。また、麻酔の影響により足元のふらつきや危険認識能力が日常よりも鈍ってしまう可能性があるため、歩行時の段差や階段などには十分にお気をつけください。

以上、麻酔に関する情報を十分にご理解いただいたうえで、麻酔を受けることに同意いただける場合には以下にご署名をお願いいたします。

私は、上記の内容の説明を受け、麻酔を受けることに同意いたしました。

20 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

保護者署名（未成年の方のみご記入ください）

住所 _____

氏名 _____

氏名 _____