

造影CT検査を受けられる患者さんへ

【造影剤と造影検査の必要性】

造影剤とは、血管内に注射して、血管やいろいろな臓器を見やすくする薬です。
腫瘍などの病変には造影剤が集まって分かりやすくなるものもあり、集まりの程度により病気の種類が判定できるものもあります。

【造影剤の注入法】

造影剤は、自動注入器を用いて血管(静脈)内に注入します。

【造影剤の副作用】

副作用は約3%の方に認められます。造影剤を注入した直後から1時間以内に生じることが多く、下記のようなものがあります。

無治療や一時的な投薬のみで対応可能な軽いものがほとんどですが、入院が必要な呼吸困難・ショックなど生命に関わる重篤な副作用が生じることもあります。

非常にまれですが、約30万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

異常を感じた場合には、そばにいるスタッフへお知らせください。

軽い副作用	約3%	くしゃみ・鼻がつまる・咳・発疹・じんましん・かゆみ・吐き気・嘔吐・冷や汗・頭痛・めまい・脱力感・ふらつき など
重篤な副作用	約0.003%	血圧低下・呼吸困難・ショック・けいれん・意識消失・腎不全 など
死亡	約0.0003%	死亡

＜遅発性副作用＞

造影剤使用後約30分後から数日後に下記の症状が現れます。

・発疹、発赤、悪心、嘔吐、血圧低下、頭痛 など

ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用と思われる症状があれば、速やかに、病院へご連絡ください。

＜その他＞

前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

【造影検査に伴う合併症】

- ・ 稀に造影剤が血管の外に漏れる場合があります。
症状の程度はさまざまですが、皮膚の腫れ、痛み、しびれなどが場合により2週～3週間続くことがあり、治療を必要とする場合があります。
- ・ 造影剤の注入中に一時的に体が熱くなることがありますが、誰にでも起こるもので心配はいりません。

【造影検査時の緊急時対応】

- ・ 造影剤の注入中、注入後に何か異常を感じられた際は、すぐにお知らせください。
- ・ 上記の副作用や合併症が生じた場合、速やかにその治療に最善を尽くします。

【注意が必要な状態、薬剤】

- ◆ 下記の項目に該当する際は、重篤な副作用が生じる可能性が高くなるため、医師・看護師へお申し出ください。

該当する方には原則造影剤は使用しませんが、どうしても必要な場合は、検査の必要性等について十分なご理解と同意を頂いた上で、造影剤を使用して検査を行うこともあります。

禁忌	ヨードやヨード造影剤に過敏症の既往、重篤な甲状腺疾患
原則禁忌	気管支喘息、重篤な心疾患、重篤な肝障害、重篤な腎障害、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー（低カルシウム血症）、褐色細胞腫またはその疑い

◆ 糖尿病薬を内服中の方

ヨード剤とビグアナイド系糖尿病薬は併用注意となっていますので、造影剤検査前後の48時間（5日間）の内服を原則中止とさせていただきます。

◆ 妊娠中の方

造影剤検査をした場合、新生児の甲状腺機能を生後1週間以内に検査を行う。

◆ 授乳中の方

検査後24時間から48時間は授乳をしない方がよいと言われていますので、搾乳が必要となる場合もあります。産婦人科もしくは小児科の主治医へご確認ください。

◆ その他

- ・ 注射治療を受けている方や内服中の薬は全て主治医にお申し出ください。
- ・ ヨード造影剤や他の造影剤で副作用の経験がある方は主治医へお申し出ください。
- ・ ご本人や血縁者に気管支喘息やアレルギーを起こしやすい体質の方がいる方は主治医へお申し出ください。
- ・ ヨード制限中の方（薬剤の多量のヨード剤が含まれています）は主治医へお申し出ください。

【検査後の注意】

- ① 造影剤は尿とともに体の外に排出されますので、検査後は十分に水分を摂るようにしてください。ただし、腎臓病、高血圧などで水分制限を指導されている方は、主治医へご確認ください。
- ② 検査後の食事は、普通におとりください。普段通りの生活でかまいません。
- ③ 何か普段と違う症状が見られましたら、我慢せずに病院へご連絡ください。
- ④ 今回の検査で、副作用が現れた方は、次回の検査時にその旨を必ず医師・看護師へお申し出ください。

【その他】

小児、乳幼児は鎮静薬を使用する場合がありますので、主治医へご確認ください。

CT造影検査問診票

患者名：_____

禁忌事項確認日： 年 月 日

確認医師名：_____

【太枠内をご記入ください】

◆体重は何kgですか？（※ 造影剤注入量・種類を判定するため）	kg	
◆過去に造影剤検査を受けたことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ
◆その時、帰宅後も含め何か異常はありましたか？ 下記の該当する項目に○印をつけてください 吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、 その他（ ）	☐ はい	☐ いいえ
	年 月 頃	
◆アレルギー疾患はありますか？ 下記の該当する項目に○印をつけてください じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、薬や食物のアレルギー、 その他（ ）	☐ はい	☐ いいえ
◆気管支喘息と診断されたことはありますか？ 下記の該当する項目に○印をつけてください 治療中、治療していない	☐ はい	☐ いいえ
◆気管支喘息の最終発作は？	年 月（ 歳）頃	
◆甲状腺の病気と診断されたことはありますか？ 具体的な内容： 薬剤名：	☐ はい	☐ いいえ
◆腎臓の病気や機能が悪いと言われたことはありますか？ 具体的な内容：	☐ はい	☐ いいえ
◆糖尿病と診断されたことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
◆糖尿病の治療薬（ビグアナイド剤）を服用していますか？ 薬剤名：	☐ はい	☐ いいえ
◆心臓病と診断されたことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
◆心臓病の治療薬（βブロッカー）を服用していますか？	☐ はい	☐ いいえ
◆現在妊娠している、またはその可能性がありますか？	☐ はい	☐ いいえ

※ 最新の検査データを記入して下さい

◇ CRE値： mg/dl （検査年月日： 年 月 日）	（基準値） 男性：0.61-1.04mg/dl 女性：0.47-0.79mg/dl
◇ eGFR値 （検査年月日： 年 月 日）	※ 30mL未満/ 1.73m㎡：原則禁忌 ※ 45mL～30mL/min/1.73m㎡：検査前後の点滴必要 ※ 緊急時は検査値が空欄でも造影検査施行可