



12345678901234567890123456789012345678901234567890123

膀胱水圧拡張術

概要・目的：

【間質性膀胱炎とは】

間質性膀胱炎は膀胱痛、頻尿、尿意切迫感などの症状を伴う疾患です。これらの症状に対して、薬物療法が有効でない場合には、当院では、診断と治療の両方の目的を兼ねて水圧拡張術を施行しております。

平成 22 年 4 月より保険適応となり、皆様に安心して水圧拡張術を受けて頂ける環境が整いました。

【膀胱水圧拡張術の有効性】

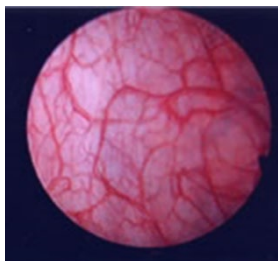
最近の疾患概念のため、明確な有効性は提示されていませんが、これまでの報告では、およそ 50%の症例で症状の改善を認めるものの、有効期間は平均して 6 ヶ月程度といわれています。

症状が再度出現した場合、改善が不十分な場合には、保存的な治療法をまず試みますが、重度の症状が見られる場合には再度水圧拡張を行う場合もあります。

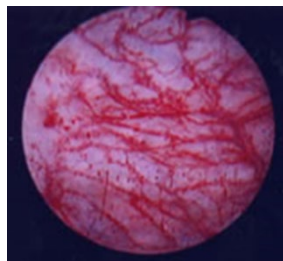
当科では、治療の有効性を調べるため、水圧拡張術の前後にアンケートをおこない、間質性膀胱炎の症状スコアと問題スコアをつけていただいております。

方法：

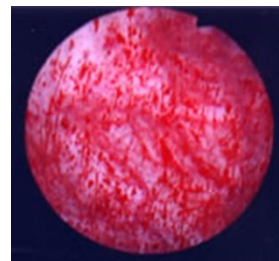
- ✓ 痛みを伴うため麻酔下（一般的には下半身麻酔）に手術室で行われます。
- ✓ 滅菌水を恥骨上 80 cm の高さから自然滴下で膀胱内に注入しながら、膀胱粘膜の所見を膀胱鏡（膀胱の内視鏡）で観察します。
- ✓ 点状～五月雨状～滝状の出血（次ページ図）、膀胱内のハンナー潰瘍（膀胱上皮の欠損に伴って生じる潰瘍）は間質性膀胱炎に特徴的な所見でこれらが観察された場合ひきつづき治療のための水圧拡張を行います。
- ✓ 治療のための水圧拡張は、前述同様に 80 cm の高さから膀胱内に滅菌水を注入して 3 分間の拡張を 2 回行います。
- ✓ 水圧拡張術にかかる時間はおよそ 30-40 分です。（麻酔にかかる時間を除く）
- ✓ ハンナー潰瘍を認めた場合には、内視鏡下に電気凝固を行うことにより疼痛が改善するといわれています。当院では必要な場合には電気凝固を行っています。
- ✓ 水圧拡張後に、上皮内癌（数%）の合併がないことを確認する目的で、膀胱鏡から小さな鉗子を挿入して膀胱粘膜を少量採取（膀胱生検）します。
- ✓ 術後は尿道カテーテルを留置しますが、血尿が軽ければ翌日抜去します。血尿が高度の場合には数日カテーテルを留置する場合があります。



正常



点状出血



五月雨状出血

合併症(副作用・偶発症)について：

✓ 血尿

間質性膀胱炎であれば水圧拡張術によって必ず出血を伴います。通常、血尿は軽く数日でおさまり輸血を必要とすることはほとんどありません。

✓ 穿孔

膀胱に水圧をかける検査・治療のため、膀胱穿孔（膀胱破裂）が起きる可能性があります（報告では 1 - 8%）。通常は尿道カテーテルを留置すればおよそ 10 日で穿孔部は閉鎖しますが、腹腔内と交通した時は下腹部の小切開にて穿孔部を閉鎖する手術が必要になる場合があります。

✓ 麻酔による合併症

腰椎麻酔あるいは全身麻酔を行うので、麻酔に伴う合併症がおきる可能性があります。

【個人情報保護について】

- 他の患者さんの治療に役立てるため、また、手術手技の教育などの貴重な情報として、この手術に関するあなたの診療情報・診療録（CT画像、手術ビデオ等を含む）が使用される場合があります。これらの使用目的には、安全性・有効性の評価、法令に基づく調査（使用成績調査等）、医薬品承認申請（再審査・再評価の場合を含む）、規制当局等の要請に基づく国又はこれに準ずる組織の研究等への協力が含まれます。
- 上記の目的のため、担当医師チームのほか、第三者（学会）に対してあなたの診療情報・診療録を提供する場合があります。情報の提供先は、提供された情報等を上記の目的のために評価・検討し、その集計結果や治療成績を厚生労働省や医学雑誌などに公表する場合があります。
- あなたの診療情報・診療録（CT画像等を含む）を第三者へ提供する場合は、あなたを直接特定する情報（例えば、氏名や住所など）は一切含まれず、当施設で定められた所定の手続きを経たうえで行われます。

他の治療選択肢・代替医療について：

間質性膀胱炎に対する膀胱水圧拡張術以外の治療について；組織の病理検査は行えませんが、この治療以外に、食事制限、デミソ（DMSO）、ヘパリン、ボトックス膀胱内注入療法、膀胱全摘・尿路変更、膀胱拡張術などによる治療があります。

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がりを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし治療を受けなければ、おそらく数ヶ月後には何らかの症状が出現してくるものと思われます。痛みなど多くの症状は現在の緩和治療でほとんど取り除くことができると思われますが、時に病的骨折などコントロールできにくい症状を認めることがあります。ただ、症状を緩和する治療は日々進歩しており、つらい症状を抱えたまま日々生活することはまずありません。以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

この説明を聞いて、膀胱水圧拡張術を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮

なく質問してください。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

診断：間質性膀胱炎 疑い

術式：膀胱水圧拡張術

手術日： 年 月 日

私は、膀胱水圧拡張術の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 ）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要