

流産手術（子宮内容清掃術）

説明書・同意書

（本書は医師による十分な説明の後、ご署名いただくものです）

1. 手術名

子宮内容清掃術（流産手術・子宮内容除去術）

2. 手術の目的

流産が確定した場合、子宮内に残存する妊娠産物（胎嚢・胎盤組織・血液等）を安全に除去し、感染・出血などの合併症を防ぐことを目的とします。

3. 手術方法の概要

吸引法（MVA法 / EVA法）

- 子宮口を拡張し、吸引管を挿入して子宮内容物を吸引・除去する方法
- 現在の国際標準術式であり、子宮への負担が比較的少ない
- 必要に応じて搔爬（キュレタージ）を併用することがある

手術時間：

- 通常 5～15 分程度
- 前処置・回復時間を含めると 1～2 時間程度

4. 麻酔について

本手術は原則として局所麻酔（子宮頸管ブロック等）にて行います。

【重要】全身麻酔への切り替えについて

局所麻酔が原則ですが、下記の場合には全身麻酔（静脈麻酔を含む）に切り替えることがあります。

- 局所麻酔が十分に奏効しない場合
- 術中に強い疼痛・パニック・迷走神経反射が生じた場合
- 術中の状態変化等により医師が全身麻酔が必要と判断した場合

全身麻酔に切り替えた場合のリスク：

- 嘔気・嘔吐、覚醒遅延
- 誤嚥（胃内容物が気道に入ること）
- 血圧変動・呼吸抑制
- アレルギー反応・ショック（まれ）
- 全身麻酔に伴う呼吸管理（気管挿管・マスク換気等）が必要になる場合がある

5. 絶飲食について

前日 深夜 0 時以降	食事・飲み物すべて禁止（絶食）
当日 午前 8 時以降	水・お茶も含め飲み物すべて禁止（絶飲）

※ 原則として局所麻酔のため絶飲食は必須ではありませんが、**全身麻酔への切り替えに備え**、上記の絶飲食を守るようお願いいたします。

万が一、絶飲食が守られなかった場合、全身麻酔による手術が行えず、手術を延期・中止することがあります。

6. 手術当日の流れ

来院・受付	受付にてご本人確認・同意書最終確認
術前処置	バイタルチェック、点滴ルート確保、術前薬投与（必要時）
手術室入室	局所麻酔下にて子宮内容清掃術施行（5～15分程度）
回復室	術後安静・モニタリング（30分～1時間程度）
帰宅	医師の許可のもと帰宅（付き添い推奨）

7. 起こり得る合併症・リスク

① 出血

- － 通常は軽度の出血が続く
- － まれに大量出血により輸血が必要になることがある

② 子宮穿孔

- － 器具操作により子宮壁に穴が開くことがある
- － 多くは自然閉鎖するが、まれに開腹・腹腔鏡手術が必要

③ 感染症

- － 術後に発熱・腹痛・悪臭帯下が続く場合は感染が疑われる
- － 抗菌薬治療、または再入院が必要になることがある

④ 妊娠組織の遺残

- － 不正出血が続く場合は遺残が疑われる
- － 再手術が必要になることがある

⑤ 麻酔に伴うリスク（局所麻酔・全身麻酔共通）

- － アレルギー反応・アナフィラキシー
- － 血圧変動・不整脈
- － 全身麻酔切り替え時の誤嚥・呼吸抑制

⑥ 将来の妊娠への影響

- － 通常は影響しない
- － 重度の感染や子宮損傷があった場合、まれに不妊・早産リスクが上昇する可能性がある

8. 術後の経過と注意事項

- ・ 数日～1週間程度の出血・下腹部痛は一般的な経過
- ・ 性交渉・タンポン・入浴は医師の指示に従うこと

- ・発熱（38℃以上）、強い腹痛、大量出血がある場合は速やかに受診すること
- ・術後の定期受診（通常1～2週間後）を必ず行うこと

9. 代替治療

- ・自然排出を待つ（自然流産の完結を待つ）
- ・薬物療法（ミソプロストール等）による子宮収縮促進 ※適応がある場合

代替治療についてご希望・ご不明な点があれば医師にご相談ください。

10. 個人情報の取り扱い

本手術に関する記録・同意書は、関連法令に基づき適切に保管され、医療目的以外に使用・開示されることはありません。

同意・承諾事項

私は、担当医師より上記の内容について十分な説明を受け、内容を理解した上で、以下の事項に同意します。

- 流産に対する子宮内容清掃術を受けることに同意します。
- 手術方法（吸引法、必要時の搔爬法の併用）について説明を受け、理解しました。
- 合併症・リスクについて説明を受け、理解しました。
- 麻酔は原則局所麻酔であることを理解しました。
- 局所麻酔から全身麻酔へ切り替わる可能性があること、およびそれに伴うリスクについて説明を受け、理解しました。
- 前日深夜0時以降は絶食、当日午前8時以降は絶飲であることを理解し、遵守します。
- 全身麻酔への切り替えに備えた絶飲食の重要性を理解しました。
- 術後の経過・注意事項について理解しました。
- 医師が安全のために必要と判断した処置（止血処置・再手術・麻酔変更等）を行うことに同意します。
- 個人情報の取り扱いについて理解しました。

署名欄

患者氏名： _____ (自署) _____

生年月日： 年 月 日 _____

説明医師氏名： _____ (署名) _____

説明日： 年 月 日 _____