

# 大腸癌手術説明書

この冊子は大腸癌の手術を受ける方に知っていただきたい情報をまとめたものです。  
全部で1～12ページあります。

乱丁、落丁等無いことをご確認ください。

ご自宅でよくお読みいただき、手術の説明時はこの冊子をお持ちください。

(手術の説明はこの冊子をもとに行います)

内容でご不明な点がございましたらスタッフにお問い合わせください。

この冊子の以下の項目つき、お読みになったものにチェック(☑)をしてください。

- 1.診断と症状
- 2.治療法
- 3.手術による治療効果
- 4.治療(手術)に伴う合併症
- 5..治療を行わない場合に予想されること
- 6.今回予定される治療法以外の治療方法
- 7.予想される治療期間
- 8.その他
- 9.臨床試験について

お受取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_

大腸手術の説明書

1. 診断と症状

診断：大腸癌

- 結腸癌(盲腸・上行・横行・下行・S状)
- 直腸癌(直腸S状部・上部直腸・下部直腸)
- 虫垂癌
- 肛門管癌

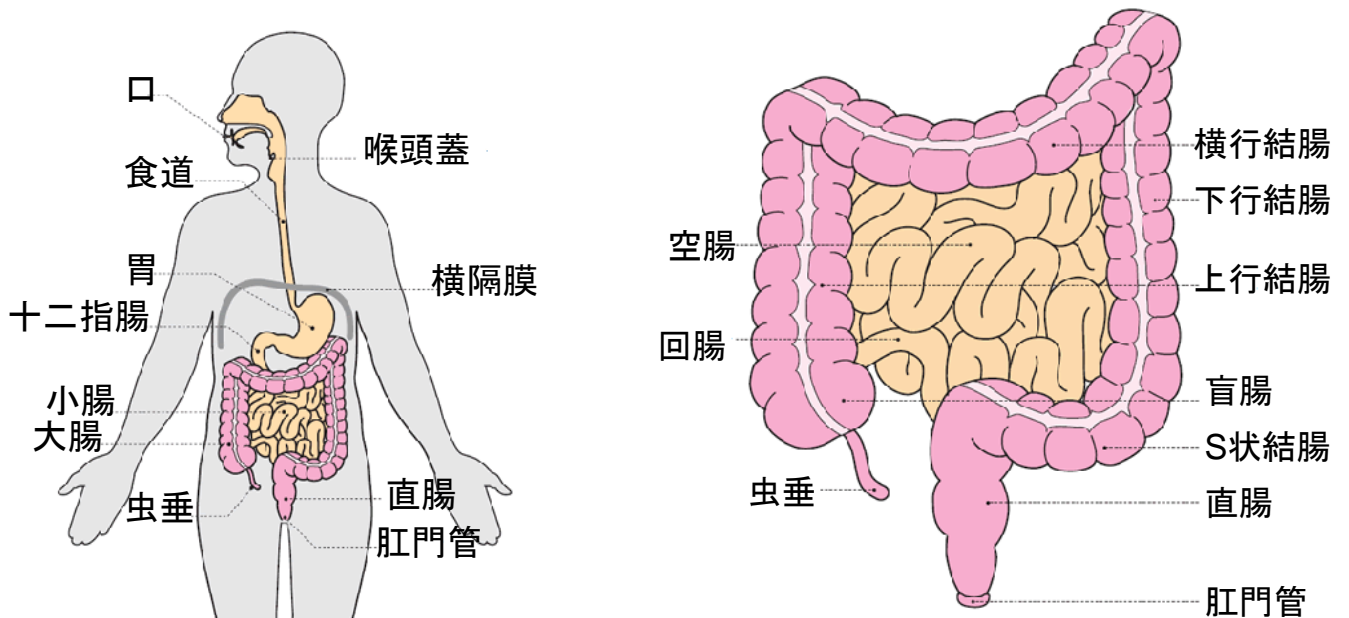
臨床病期診断(Stage)：0・I・II(IIa・IIb・IIc)・III(IIIa・IIIb・IIIc)・IV(IVa・IVb・IVc)

- 深達度：粘膜内(M):Tis
- 粘膜下層まで(SM):T1
- 固有筋層まで(MP):T2
- 固有筋層を超えて浸潤(SS・A):T3
- 漿膜表面に露出(SE・A):T4a
- 直接他臓器に浸潤(Si・Ai):T4b
- リンパ節転移：あり; N1(N1a・N1b), N2(N2a, N2b), N3 ・ なし; N0
- 肝転移：あり(H1, H2, H3) ・ なし H0
- 腹膜播種：あり(P1, P2, P3) ・ なし P0
- 肺転移：あり(PUL0, PUL1, PUL2) ・ なし PUL0
- 遠隔転移：あり(M1) ・ なし(M0)

術前診断ですので術中あるいは術後の病理診断で診断名の追加・変更はありえます

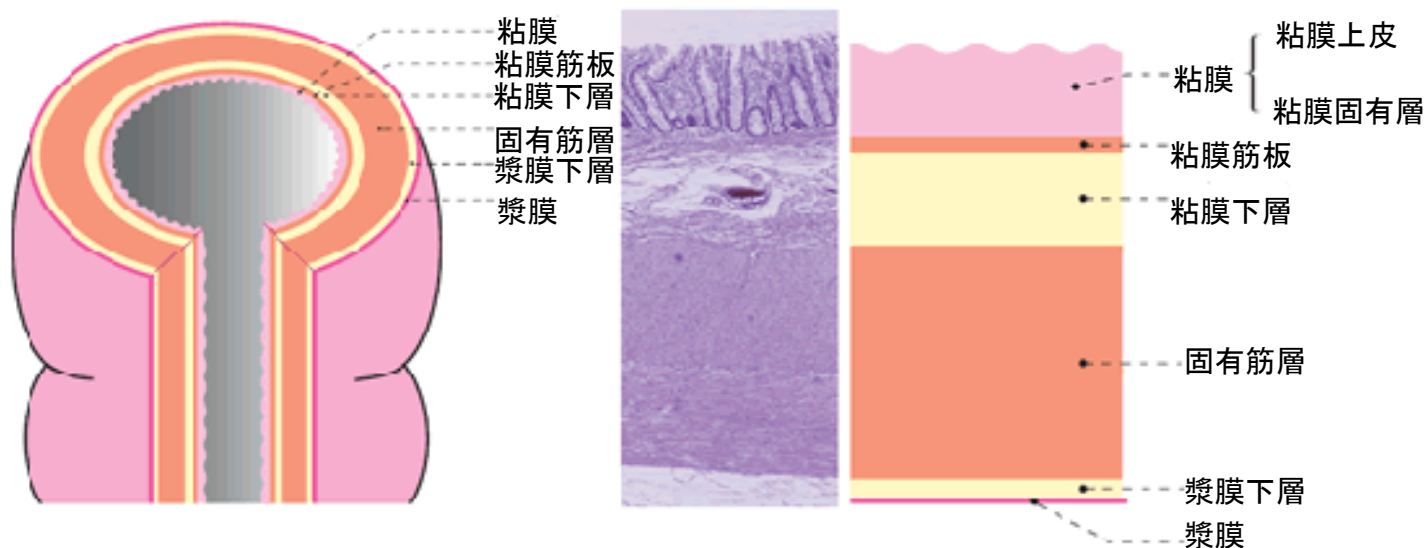
症状：特に無し・下血・腹痛・便通異常・その他

大腸は長さ約 1.5m の管状の臓器で、食物の通り道である消化管の一部です。主に水分の吸収や便の貯留に関与しており、内部構造は粘膜・筋層・漿膜に大別されます。口から入った食物は、食道、胃、十二指腸、小腸を通り大腸から直腸へ到達し肛門から便として排泄されます。大腸は口側から盲腸、結腸、直腸に分類され、肛門につながります。また盲腸には虫垂と呼ばれる細く突出した部分があります。

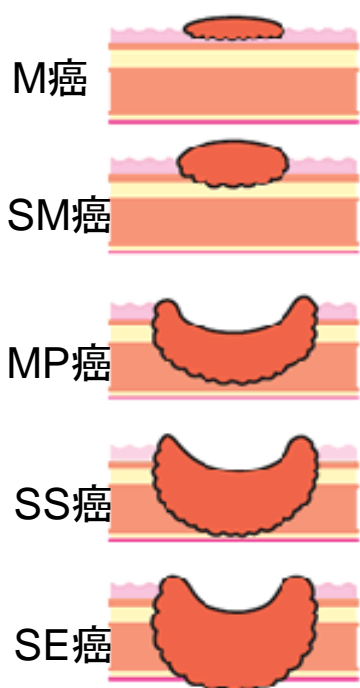


大腸癌とは上記の大腸、つまり盲腸・結腸(結腸はさらに上行結腸・横行結腸・下行結腸・S状結腸に分類されます)・直腸に発生した癌をいいます。癌は粘膜から発生し次第に腸壁の深くへ浸潤(癌が周辺の組織に侵入すること)していきます。またそれに伴い血管周囲に存在するリンパ節や、遠く離れた肝臓、腹膜、肺などの臓器へ転移(癌が飛び散っていくこと)を起こすこともあります。大腸癌では、術前診断として画像などを元

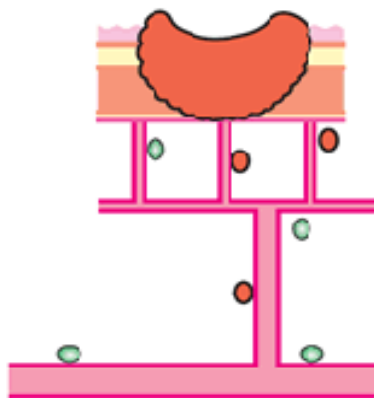
に深達度(癌が大腸のどのくらいの深さまで侵入しているか)、リンパ節転移の有無、遠隔転移の有無を判断し病期分類(ステージ; 癌の進行度の目安)を行い治療に活かします。ステージは0からIVまであり数字が大きくなるほど進行していることを表します。



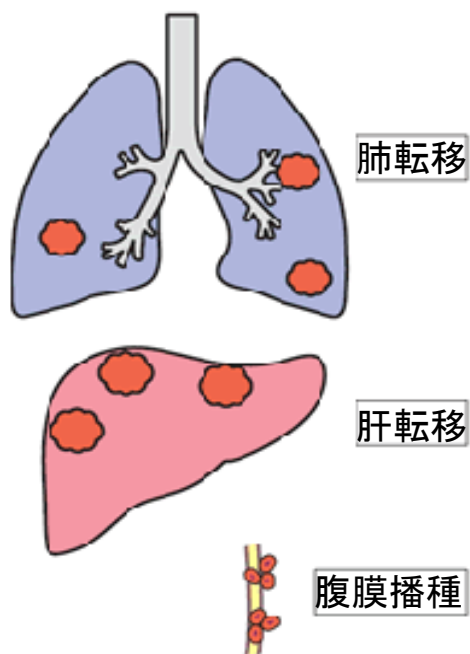
### 進達度による分類



### リンパ節転移による分類



### 遠隔転移による分類



#### ステージ分類

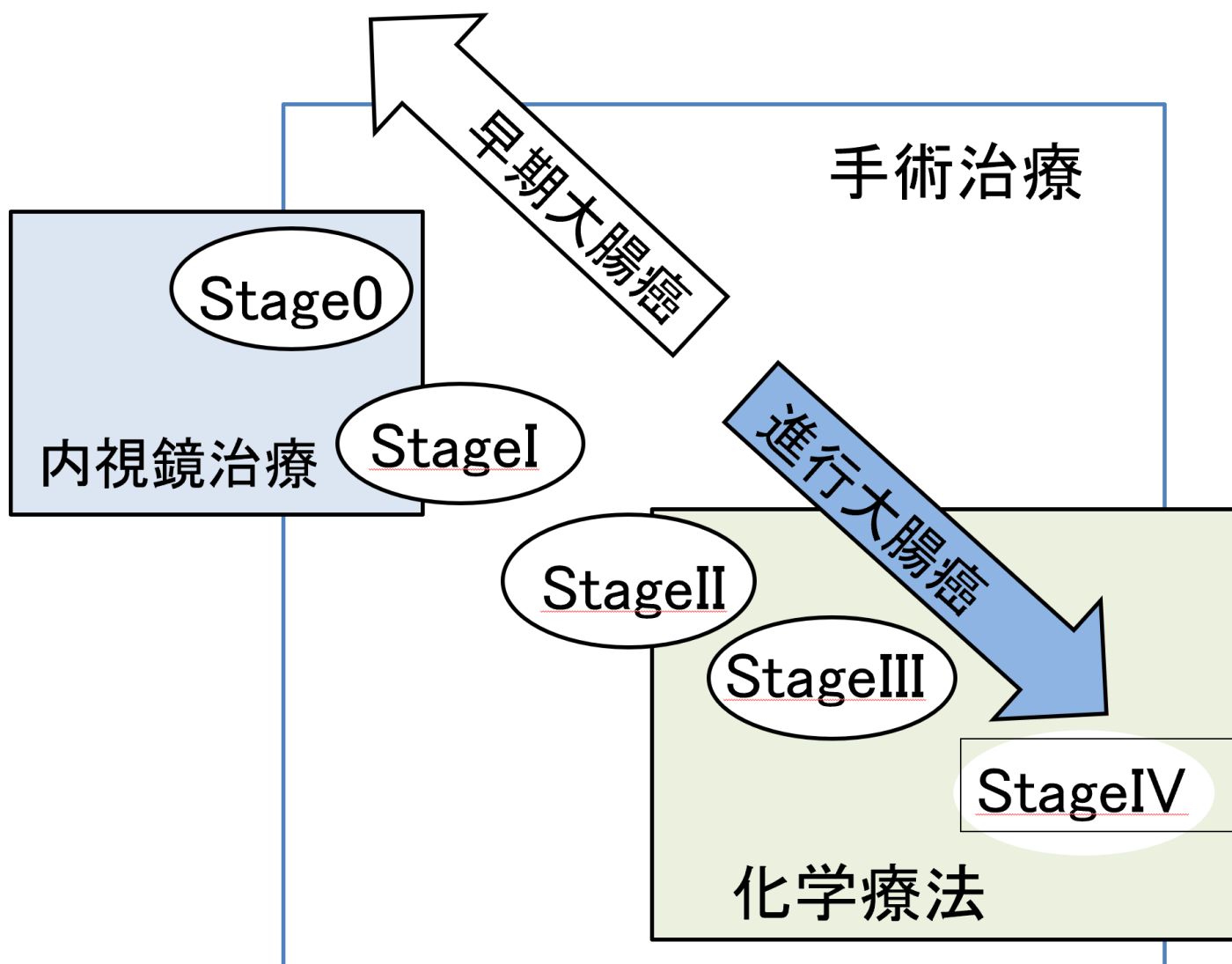
- ステージ0：癌が粘膜の中にとどまっている
- ステージI：癌が大腸の壁にとどまっている
- ステージII：癌が大腸の壁の深くまで浸潤している
- ステージIII：リンパ節転移がある

ステージⅣ：血行性転移(肝転移、肺転移、その他の臓器)または腹膜播種がある

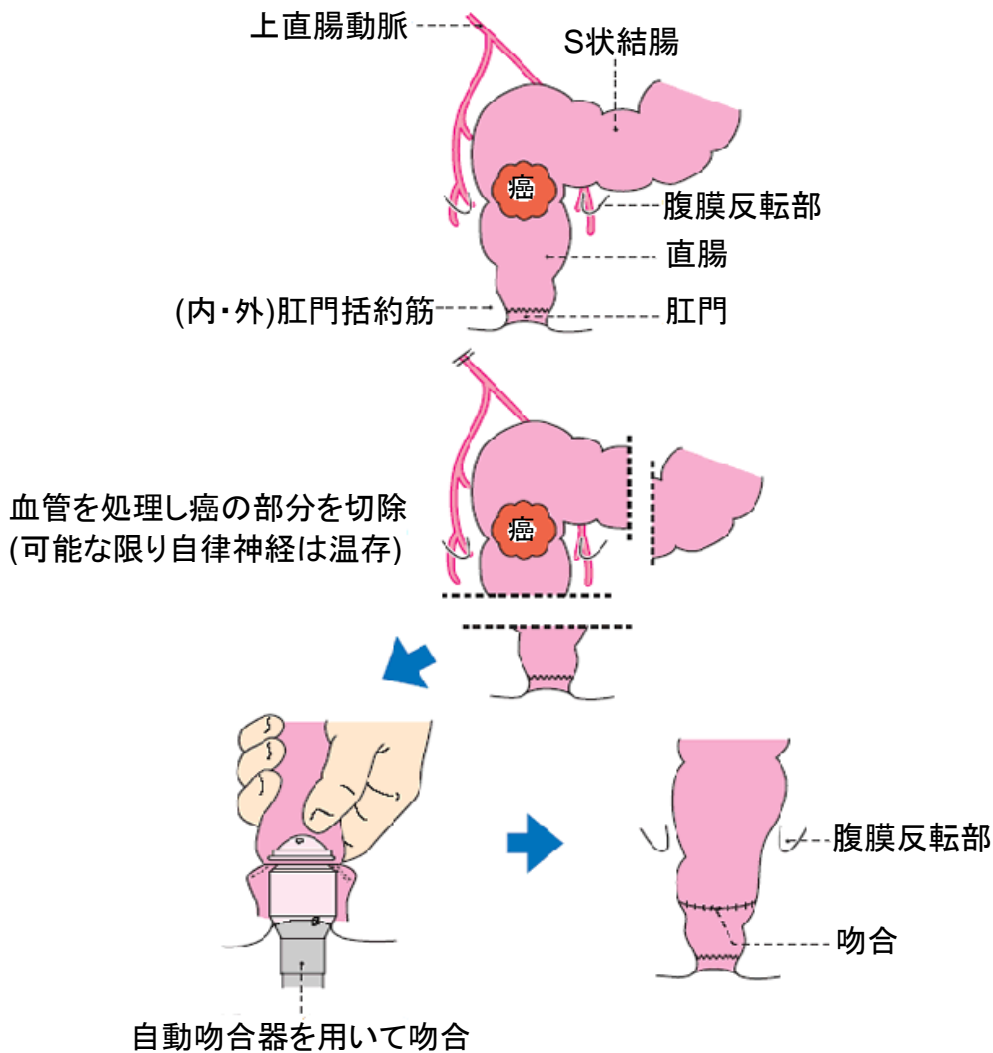
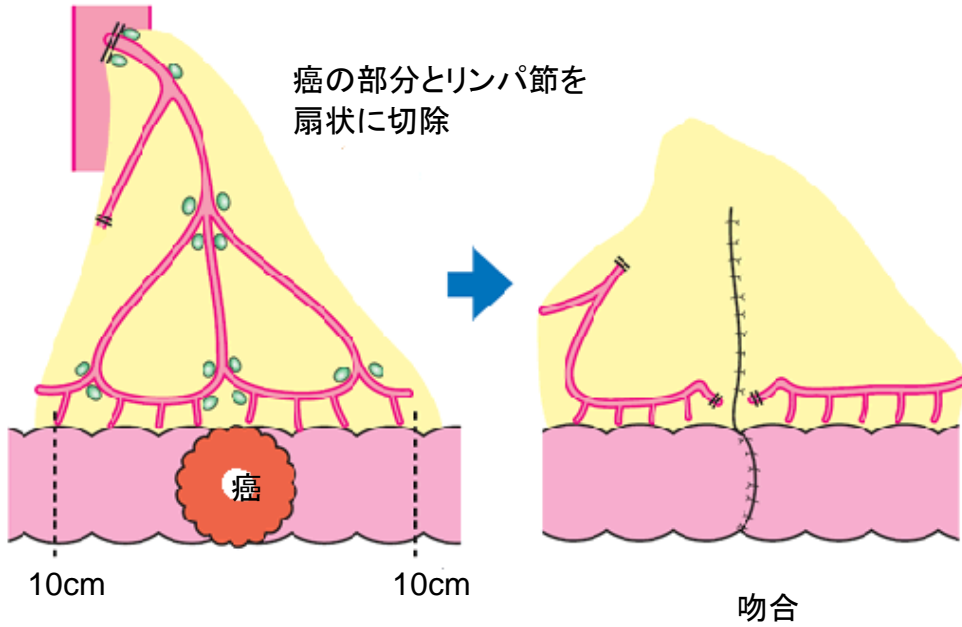
## 2. 治療法

大腸癌の治療法には①内視鏡治療、②手術治療、③化学療法、④放射線療法、⑤緩和療法などがあります。現在、大腸癌においては、根治(再発しない)の可能性のある治療として認められているのは手術治療であり、遺残無く切除可能(癌を取りきれ)であれば手術を第一に考えた治療計画を立てるのが一般的です。また切除不能(癌を取りきれない)の大腸癌であっても癌による症状があり、切除で改善が見込める場合には手術を行うこともあります(姑息的手術)。手術方法は開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット手術の大きく分けて3つの方法があります。開腹手術はお腹を大きく切る従来から行われている手術で、傷は大きくなりますが、術者は直接臓器を触ることができ、行える手技の幅が広く安定しているのが特徴です。腹腔鏡手術およびロボット手術はお腹に数箇所の穴をあけカメラや鉗子を入れて手術を行う方法です。状況により開腹手術に移行する場合がありますが、傷が小さく術後の痛みが少ないなどの特徴があります。ロボット手術は腹腔鏡手術に比べて特に直腸癌手術ではそのメリットを発揮します。神経温存(術後排尿機能、性機能の温存)や癌の根治性については腹腔鏡手術よりロボット手術が優れている可能性が示唆されています。

治療法の選択は、癌の進行度を中心に、全身の状態などを十分考慮した上で決定します。当センターでは基本的には大腸癌治療ガイドラインに基づいて治療法を選択しています。



根治的手術では、癌のある腸管とその周囲のリンパ節を切除(リンパ節郭清)します。癌が周囲臓器に浸潤していた場合、可能であればその臓器も同時に切除します。腸管を切除した後、残った腸管をつなぎ合わせます(吻合)。直腸癌が肛門近くにあり吻合できないときには人工肛門になることがあります。



### 3.手術による治療効果

根治的手術(癌を取りきることを目指した手術)と姑息的手術(症状を和らげる目的の手術)があります。根治的手術に関しては、癌の部位や病期により異なりますが70~90%で目的とする手術が行われており、この手術が行えた患者さんの5年生存率は70~90%です(大腸癌治療ガイドライン2022年版)。

大腸癌の手術は腹腔鏡手術やロボット手術という小さい創で行えるようになりました。この鏡視下手術は創が小さい半面、腹腔内を十分に検索できない、癌の根治性を下げる可能性などが日本の臨床試験の結果から示唆されています。

当科の治療方針は基本的に侵襲の少ない腹腔鏡手術(またはロボット手術)を行うこととなりますが、条件として根治性、安全性を担保できることが必要です。根治性・安全性とは相対的にコスメティック(創など美容)な面に関しては、それほど重要視しておりません。技術的にはどのステージでも腹腔鏡手術の提供は可能ですが腹腔鏡で行うことによるリスク(欠点)も十分理解していただくために医師と十分に相談してください。

### 4.治療(手術)に伴う合併症

以下に記載したような合併症が起こる可能性があります。

#### ① 全身合併症

##### 呼吸器合併症：

肺炎、無気肺、肺梗塞、呼吸不全などが相当します。

手術後、麻酔ガスの影響で痰の分泌が多くなり、さらに、腹部の傷の痛みのため十分に痰を出すことができなくなると痰の詰まった領域の肺がつぶれてしまいます。この状態を無気肺といいます。肺がつぶれた状態では細菌による感染を受けやすくなり、容易に肺炎を起こします。肺炎などが悪化し呼吸不全の状態に陥った場合、人工呼吸器により呼吸の補助を行わなければならないことがあります。肺梗塞は手術中、手術後を通じて長時間寝たままの状態となるため起こります。歩行をしない間に足の静脈に血のかたまりができてしまい、これが肺に流れ込んで肺の血流を阻害してしまうことで起こります。呼吸不全、肺梗塞は生命に直接関わってくる重篤な合併症のひとつです。

##### 薬物アレルギー：

手術中、手術後を通じて様々な薬、注射の投与が必要となります。薬物アレルギーはこれらの薬や注射をからだを受け付けずに拒絶するために起こります。アレルギーを起こす薬や注射の種類は人によってまちまちですが、頻度が多いものは抗生剤、解熱鎮痛剤、麻酔薬、輸血などです。具体的な症状は蕁麻疹、下痢などの消化器症状など軽度のものから喉頭浮腫(気道の入り口がむくんでしまう状態)、呼吸不全、ショックなど生命に直接関わってくるものまで様々です。

##### 肝炎：

薬物アレルギーと同様に麻酔、薬、注射によりおこる薬剤性の肝炎と、輸血による肝炎が代表的なものです。

##### 腎機能障害：

手術中、手術後に使う薬や注射のほとんどは、腎臓あるいは肝臓で代謝、処理されて体外に出ていきます。このため腎臓は薬や注射による直接的な障害を受けやすい臓器のひとつです。麻酔中の血圧の変化にも影響されることがあります。最も重篤な場合には人工透析をしなくてはならないことがあります。

##### 虚血性心疾患、難治性不整脈などの循環器障害：

虚血性心疾患とは狭心症、心筋梗塞などが相当します。麻酔によるストレスや麻酔中の血圧の変動などをきっかけとしておこることがあります。また突然の不整脈の出現も考えられ、これらにより生命の危機が生じることもあります。

##### 術後せん妄：

術後に見られる意識障害の一種です。夜間の不眠から始まり、現実にはないものが見えたり、動作に落ち着きがなくなったり、興奮状態が出現したりします。特に高齢の方では高い頻度で出現します。通常一時的なもので時間がたてば元に状態に戻りますが、興奮状態の時には徘徊して転倒したり、点滴やお腹のチューブを引き抜いてしまったりといった危険な行動を取ることもあります。これら危険行動の予防のため、投薬や患者さんを拘束(体の自由を制限すること)する必要があることがあります(別紙ご参照ください)。

## ② 開腹手術に伴うもの

### 創部感染、腹腔内膿瘍：

手術は無菌的な状態で行いますが、ヒトのからだには常在菌と呼ばれる細菌が皮膚の表面や消化管の中に必ず存在しており、細菌が増殖してしまうことがあります。皮膚を切った場所に細菌が増殖するものを創部感染、おなかのなかに細菌が増殖するものを腹腔内膿瘍と呼びます。創部感染は生命に危険を及ぼすことはほとんどありませんが、治るまでに時間がかかること、後ほど述べる腹壁癒痕ヘルニアの原因となることが問題となります。腹腔内膿瘍は腹痛、高熱の原因となり生命に危険を及ぼすことがあり、再手術や太い針をおなかの表面から刺すなどして溜まった膿を除去する処置を行わなくてはならないことがあります。大腸は便の通り道でありたくさんの細菌が存在するため、これらの感染の危険性は高くなってしまいます。

### 術後出血：

手術中、お腹の中のたくさんの血管を切って病変部を摘出します。切った血管は丹念に糸で縛ったりして止血を確認して手術を終了しますが、手術後に血圧の変動などを契機に一度止まった血が再び出血してくることがあります。このような状態を術後出血と呼びます。術後出血が起こった場合、再度手術室において止血のための再手術を行わなければならない場合があります。

### 腸閉塞：

お腹の手術を行うと必ずお腹のなかで癒着が起こります。これは傷が治すために必要な反応なのですが、傷を治す機転が働きすぎてお腹のなかで腸と腸、腸とお腹の壁などが不都合な形で癒着し、食事や便が腸管を通らなくなってしまうことがあります。腸閉塞が起こった場合は詰まった腸の圧力を抜くための処置（鼻から長いチューブを入れます）や、最悪の場合、再手術をして癒着を解除せざるを得ない場合があります。

### 腹壁癒痕ヘルニア：

前述した創部感染などを契機として起こることが多いのですが、おなかを開けた傷の部分に一致して非常に弱いところできてしまう状態を指します。創の周囲が膨らむ状態になりますが、腹痛など症状は基本的にありません。手術直後に起こることはあまりなく生命に危険を及ぼすことはほとんどありませんが、長期的には再手術が必要となることがあります。

## ③ 大腸手術に伴うもの

### 縫合不全：

大腸の手術では多くの場合切除した腸管の口側と肛門側を吻合(縫い合わせてつなげる)します。吻合した腸管は通常は時間が経つと、傷が治ると同じように癒合しますが、時々この癒合がうまくいかないことがあります。原因としては血流が悪いことや糖尿病などの基礎疾患があること、ステロイドの使用など傷の直りが悪い状態がある、腸閉塞で腸管がむくんでいるなど様々なものが挙げられます。縫合不全が起こると、便がお腹の中に漏れ出て腹膜炎という状態になります。腹膜炎がお腹全体に広がると(汎発性腹膜炎)激しい腹痛や発熱などの症状が出現します。汎発性腹膜炎は非常に危険な状態であり、命にかかわることもあります。多くの場合は緊急で人工肛門の造設を伴う手術が必要となります。術後も集中治療室管理を要したり、長期の人工呼吸器管理(気管切開を要する場合もあります)や人工透析など行う必要がある場合もあります。手術時にお腹の中に入れてきたチューブがうまく機能すれば食事を止めて中心静脈栄養を用い手術せずに治癒することもあります。治療には長期間の入院が必要です(1ヶ月以上)。

### 人工肛門状態：

大腸の手術では縫合不全の可能性が高い下部直腸の手術や肛門を残せない手術を行った場合、その他、吻合部の状態が特に悪い場合、縫合不全の手術などでは人工肛門（ストマと言います）を造設します。人工肛門とは腸管の一部ををお腹の外に出し、その腸管を開放したもので、そこから便が出るようになります。将来的に閉鎖することを予定して作る一時的人工肛門と閉鎖の予定のない永久人工肛門があります。人工肛門には、回腸で造る回腸人工肛門(イレオストミー)と結腸で造る結腸人工肛門(コロストミー)があります。回腸人工肛門は、一時的人工肛門として作られることが多く、閉鎖時の安全性が高いといわれていますが、水分の多い便が出るため体の水分管理が難しく、脱水状態(尿が出ない、吐き気、立ちくらみなどの症状)が出現したりする可能性があります。結腸人工肛門は永久人工肛門として作られることが多く、通常の便に近いものが出るため管理がしやすい反面、閉鎖の際は縫合不全など合併症の危険性が高いと考えられています。現在、多くの方が人工肛門の状態です。日常生活を送っており、装具の進歩などで利便性も向上しています。皆さんの健康を守ってくれる大切なものですので、ぜひ大切にしてください。

### 手のしびれ、脱力：(腹腔鏡手術時)

大腸癌に対する腹腔鏡手術を行う際には、患者さんを手術台に固定して頭を 20 度近く低くして手術を行います。このため、頭頂部、両肩を中心に患者さん御本人の体重がかかることがあり、術後に神経症状が出る場合があります。主な症状は手のしびれや脱力などです。おおかた改善しますが、なかなか改善せずリハビリを必要とする患者さんもいらっしゃいます。

#### ④ 術後機能障害

##### 排尿障害：

直腸の手術では膀胱の機能に関わる神経のすぐ近くを操作する必要があります。神経をなるべく残す手術を行います。腫瘍や転移リンパ節の状況によっては残せないこともあり、また電気メスの熱などの作用で神経が機能しなくなることもあります。症状は様々で、お腹に力を入れないと尿が出ない状況から最も強く障害が出現すると自分の力で尿を出すことができなくなるため毎日導尿(尿道に管を入れて尿を出す)する必要があります。

##### 性功能障害：

下行結腸より肛門側の腸の手術では射精、勃起などに関わる神経のすぐ近くを操作する必要があります。通常神経を残すように手術を行います。機能が失いやすい神経でもあり、術後に射精、勃起の障害が出現することがあります。

##### 便秘異常：

S 状結腸より肛門側の腸の手術では、水分の吸収や便の貯留に役立っている部分を切除するため、術後頻便や下痢、便秘、便漏れなど便秘異常が出現することもあります。ある一定期間(1~2 時間)に 5~6 回の排便があったり、毎食後 2 回程度の排便があるといった状況になる方が多いようです。これらの症状は、個人差はありますが 3~6 ヶ月ほどで改善することが多いです。しかし、症状が残る方もいて、一般的には 1 年後の状態が維持されます。

#### ⑤ 術中大腸内視鏡検査

腹腔鏡手術を施行する場合や内視鏡切除後の手術での再切除の症例に関しては、病変の場所が肉眼や手で触ってもわからないことがあります。手術前にマーキングという腸の壁に墨をいれることやクリッピングという手術中に手で触ることによって病変の場所を確認できるようにしておりますが、それでも墨の注入部位が隠れてしまっていることやクリップが脱落してしまうことによって確認ができないことがあります。その場合は、手術中に肛門から内視鏡を挿入して病変部位の確認をすることがあります。ほとんど合併症のリスクはないですが、時に腸管の穿孔を起こす可能性はあります。

#### ⑥ 術後の神経障害 (歩行障害など)

直腸癌の手術においては、がんの根治性を目指して拡大リンパ節郭清を行うことがあります。これは不十分な切除による直腸がんの局所再発のリスクを回避するためです。局所再発は坐骨神経痛、臀部疼痛により椅子に座れない、下肢の浮腫を伴う歩行困難など患者さんの生活の質を低下させることになるために再発させない根治手術を目指します。一方で、この拡大手術を行うことは骨盤内の神経の周囲のリンパ節を切除することになるために術後に主に下肢の神経障害 (知覚障害、運動障害) が起こることがあります。リハビリが必要になることもありますし、歩行障害が残ることもあります。

以上主な合併症を列記しましたがこれ以外にも稀に起こる合併症があります。



5. 治療を行わない場合に予測されること

腫瘍の増殖・増大による症状(出血、閉塞)の出現や増悪の可能性があります。また、転移の出現の危険性増大と症状出現の可能性があります。癌の存在はその後増大することで死因となります。

6. 今回予定される治療法以外の治療方法

手術治療以外の治療法としては放射線療法や化学療法が挙げられます。これらの治療では手術の合併症は起こりませんがそれぞれの治療ごとの副作用があります。また現在これらの治療は根治を目的としては行われていません。その他の治療としては、温熱療法や免疫療法などが試みられていますが、はっきりした効果は確認されていません。

7. 予測される治療期間

術後入院期間は2～3週間ですが、合併症が起こった場合にはさらに1ヶ月以上の入院加療を必要とする場合もあります。しかし、多くの方はこのような合併症を起こすことなく順調に回復して予定通り退院することが可能です。

また、われわれ医療スタッフが手術後、細心の注意を払いながら治療・看護を行うのはもちろんですが、術後の合併症を防ぐためには患者さんとご家族の協力が必要です。特に肺炎、腸閉塞、肺梗塞を予防するためには、術後早期にベッドから出て歩いていただくことが大切です。ご協力よろしくお願いいたします。

8. 術後の再発について

大腸癌に限らず、癌は手術によって切除できても再発する危険があります。これは手術時にはすでに画像診断では捉えきれない非常に小さな転移が存在していたことを示しています。それが、手術後徐々に大きくなるためです。大腸癌では病期に応じた術後の治療（補助化学療法）が推奨されており、これらの治療を行うかどうかは、手術時の所見や顕微鏡検査(病理診断)を参考にして判断します。副作用などの治療についての説明は治療法が決まり次第お話いたします。

再発は、いろいろな部位におこります。

- 切除した部位（局所再発）やリンパ節への再発
- 腹膜（腹膜播種）
- 他の臓器に転移（特に肝臓、肺への転移の頻度が高い）

再発様式によりおこる症状もさまざまで、治療もそれぞれの状態に合わせて行われます。

## 9. 臨床試験について

臨床試験とは患者さんに参加して頂いて治療法や診断法の有効性や安全性を調べる研究であり、現在行われている多くの治療や診断法も国内外で行われてきた様々な臨床試験をもとに発展してきたものです。当院はがん治療専門病院として、がんの医療に関する先進的な取り組みを期待されています。そのため多くの臨床試験に参加しており、条件のあった患者さんに参加をお願いすることがあります。我々は臨床試験を今後の医療の発展のために欠かせないものと考えており、一人でも多くの方にご参加頂き、その結果を今後の診療に活用し、より安全で有効な医療を推進したいと思っています。ぜひともご協力のほどよろしくお願いいたします。(臨床試験は患者さんの自由意志で参加の可否を決定していただき、参加しない場合でも不利益はありません。また、理由のいかんを問わず参加の中止をすることもできます。各臨床試験の詳細は別途ご説明いたします。)

## 10. 患者様自身の個人情報の取り扱い / 手術中のビデオ撮影

神奈川県立がんセンター大腸外科では、手術及び薬物療法など大腸癌にて当科で治療された患者様の臨床データを院内データベースとして登録しています。データ内容はカルテ番号、氏名、年齢、受診日、手術日、臨床病期、手術内容、病理結果、再発の有無、薬物療法の内容、癌遺伝子情報などです。基本的に院外へ持ち出すことはしません。様々な全国国内共同研究にて院外でのデータ解析を行う際には、氏名やカルテ番号など個人を特定されるデータは除くもしくは匿名化された状態としてから、院外解析されます。

腹腔鏡手術、ロボット手術や一部の大腸癌手術では手術中のビデオ撮影がされています。目的は医師自身の手術の記録、学会や論文発表、内視鏡手術技術認定審査への提出などになります。ビデオ内容から患者様の特定はできないと思われませんが特殊な臓器配置、特殊な手術内容では特定されるリスクもあります。当科は細心の注意を払って撮影ビデオを保管しつつ、特に個人が特定されるリスクのあるケースにおいては患者様へ再度説明同意を得ることとしています。

今回の手術をお受けになる際に、手術中のビデオ撮影を拒否することも可能です。一般的には全国のどの施設でも行っているビデオ撮影ですので拒否されない場合は腹腔鏡およびロボット手術では撮像がされています。手術後に破棄を希望される場合も主治医にお伝えいただければビデオを破棄しますのでお声をおかけください。

## 11. 術後の外来通院について

大腸癌手術後は、一定の確率で転移再発する可能性があります。そのため癌の進行度(ステージ)に基づいて当院もしくは連携したクリニックにて経過観察を行っていきます。経過観察中の具体的な検査は、採血(腫瘍マーカーなど)、レントゲン検査、CT検査、超音波検査、下部消化管内視鏡検査になります。

**注意していただきたいのは、大腸癌の術後の経過観察検査は決して人間ドックや健診などにとって代るものではありません。**あくまでも再発のチェックにとどまります。

胃がん、乳がん、前立腺がん、子宮がん、肺がんなどの検診は経過観察では行っていないので定期的な受診することをお勧めします。

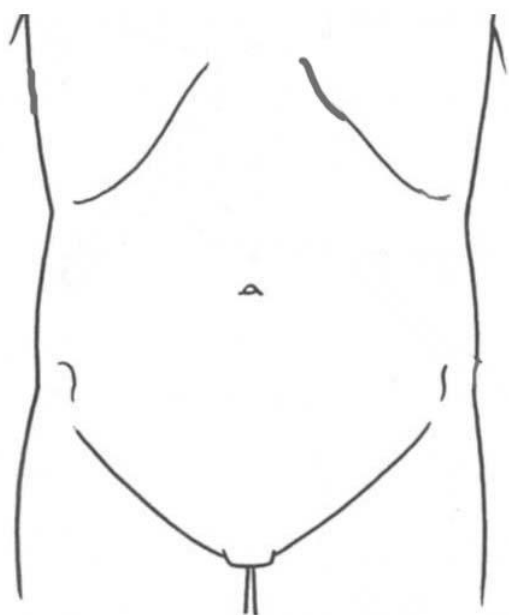
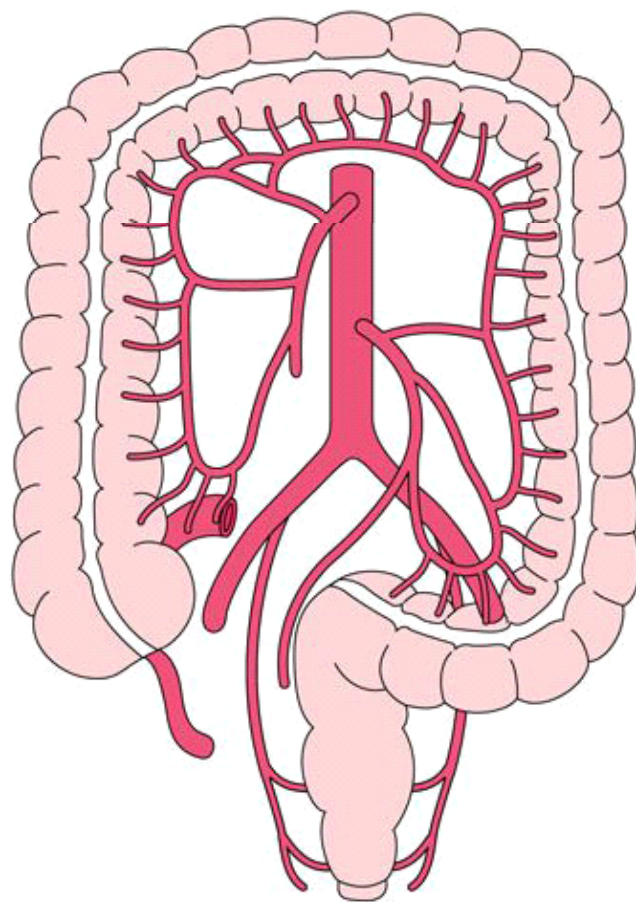
以上、大腸の手術の大まかな流れを説明いたしました。不明な点につきましては、スタッフにお尋ねください。

図、内容の一部は大腸癌研究会ホームページ(<http://www.jscer.jp/index.html>)から転載しました。

神奈川県立がんセンター大腸外科のホームページが開設されています。外科スタッフも紹介されていますので、一度、ご覧になられてください。

[http://kcch\\_colo-surg.umin.jp/index.html](http://kcch_colo-surg.umin.jp/index.html)

## 手術の具体的な説明

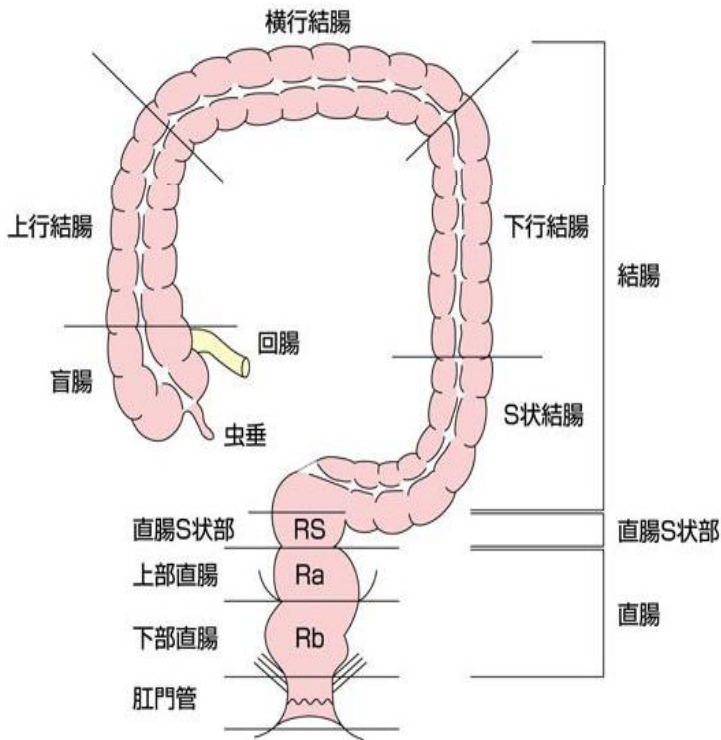


□開腹手術

□腹腔鏡手術,ロボット手術

□人工肛門造設の可能性あり

# 大腸癌手術説明書 1



## 診断:大腸癌

結腸癌(盲腸・上行・横行・下行・S状)  
直腸癌(直腸S状部・上部直腸・下部直腸)  
肛門管癌 ・ 虫垂癌

## 深達度:

粘膜内(M):T0  
粘膜下層まで(SM):T1  
固有筋層まで(MP):T2  
固有筋層を超えて浸潤(SS・A):T3  
漿膜表面に露出(SE・A):T4a  
直接他臓器に浸潤(Si・Ai):T4b

リンパ節転移:あり(N1, N2, N3) ・ なし

肝転移:あり(H1, H2, H3) ・ なし

腹膜播種:あり(P1, P2, P3) ・ なし

肺転移:あり(PUL1, PUL2) ・ なし

他の遠隔転移:あり( \_\_\_\_\_ ) ・ なし

臨床病期診断(Stage):0・ I ・ II ・ III ・ IV

## 大腸癌取り扱い規約第9版 ステージ分類

遠隔転移		M0				M1			
						M1a	M1b	M1c	
リンパ節転移		N0	N1a,N1b	N2a	N2b,N3			Any N	
壁深達度	Tis	0							
	T1a/T1b	I	IIIa						
	T2		IIIb						
	T3	IIa				VIa	IVb	IVc	
	T4a	IIb							
	T4b	IIc	IIIc						

## 大腸癌手術説明書 2

\_\_\_\_\_さんの場合、図のように病変があります。  
したがって、手術では図に示した部分を取る手術を予定しています。

手術の名称は\_\_\_\_\_といえます。

手術時間は\_\_\_\_\_時間程度を予定しています。  
これに加え麻酔の導入、抜管などで1～2時間程度を要します。  
(手術時間は状況により大きく変わることがあるので上記の時間はあくまで目安です)

大腸の手術、特に直腸の低い位置での手術では人工肛門を作る必要がある場合があります。  
浸潤している臓器と一緒に切除する場合があります。  
転移した臓器(肝臓・肺・腹膜播種)を同時に切除する場合があります。

入院期間は\_\_\_\_\_日程度を考えております。

また、手術後には図のようにシリコン性のチューブがおなかにつながった状態になります。これは、手術後のおなかの中の状態を正確、迅速に判断するための見張りの役割をします。このチューブはドレーンと呼ばれますが、術後経過が順調であれば1週間程度で抜いてしまいます。  
抜いた穴は通常1～2日で自然に閉じてしまいます。  
これらのチューブのほかに、手術中から尿道カテーテルや胃の減圧チューブ(胃管)などを挿入します。すべてのチューブ類は術後の経過に応じて、医療者が抜去します。

説明日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

説明者 \_\_\_\_\_

署名欄 署名年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

ご本人 \_\_\_\_\_

ご家族(続柄) \_\_\_\_\_ ( )、 \_\_\_\_\_ ( )