

松波総合病院 治療（検査） 説明・同意書

治療（検査）の名称 上部消化管内視鏡検査



【検査目的】

上部消化管内視鏡検査は、あなたの食道、胃、十二指腸の粘膜を直接観察し、病変（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・腫瘍・食道静脈瘤など）を見つけ、適切な治療を考えるために行います。

内視鏡検査は食道、胃、十二指腸を調べる検査の中では一番正確な検査です。

【検査の方法・手順】

胃の中を見やすくするシロップを飲みます。

のどをゼリー状の麻酔薬もしくはスプレーで麻酔をします。

胃の動きを止める注射や、必要時または御希望により鎮静薬の注射を行います。

ベッドに横になり、内視鏡を口から挿入し観察します。

必要に応じて、色素（インジコカルミンやルゴール）を散布したり、小さな組織を採取（生検）して顕微鏡検査で良性か悪性かを調べます。

検査終了後、鎮静薬の効果が取れるまで回復室で休んでいただきます。のどの麻酔が切れた約1時間後から水分や軽食を取っていただいてもかまいません。

【検査前日および当日の注意事項】

前日は可能であれば夜7時まで、遅くとも9時までに食事をすませ、以後は水かお茶のみとしてください。

当日は朝コップ1杯までの水以外は摂らず、薬は飲まないで下さい。（朝のインスリンも中止して下さい）

内服されている全ての薬の一覧表もしくは現物を御持参ください。

（血をさらさらにする薬である抗凝固薬や抗血小板薬を内服しているかたは、組織の採取（生検）ができない場合があります。）

検査の時に鎮静薬を使用することで検査中の苦痛を軽減することができます。しかし、鎮静薬の効果は人によって異なりますが、まれに呼吸抑制がみられたり、半日くらい眠気やふらふら感が続くことがあります。鎮静薬注射**当日は絶対に車・バイク・自転車の運転を使用しないでください。**

鎮静薬を希望されるか否かを、別紙同意書ご本人署名欄のすぐ下へお書きください。

ご高齢の方はご家族が付き添ってくださることをお願いいたします。

検査当日の飲酒や喫煙はご遠慮ください。

内視鏡検査で組織の採取（生検）をした場合は病理検査に提出し、顕微鏡で細胞・組織を調べます。結果がでるのに日数がかかりますので、指定された日に外来を受診してください。検査結果を一緒に聞きたい御家族の方は必ず一緒に外来を受診してください。

【偶発症及び注意事項について】

内視鏡による危険性としては次のような報告があります。

①消化器内視鏡学会全国調査によりますと、上部消化管内視鏡として0.00013%の割合です。内訳は出血、裂創、穿孔、皮下気腫、縦隔炎、気管支痙攣等あります。死亡は0.0002%の割合です。

又、御高齢の方で歯がぐらぐらしている方で内視鏡検査時にマウスピースを口にくわえているときに、無意識に力が入りすぎて歯が損傷することが極めて稀に起こります。

②検査前に使う麻酔や前処置によるものは内視鏡全体を含めても0.0028%です。薬でショックをおこすことがごくまれにあります。アレルギーのある方はお知らせ下さい。

③色素撒布：胸焼けなど刺激症状、アレルギー、

④検査前にあった基礎疾患の悪化

これらの偶発症は、最善の手技をつくしても完全に防止することはできません。偶発症により、輸血や開腹手術が必要となる場合があります。

又、内視鏡検査を行った際に胃潰瘍からの出血や食道静脈瘤破裂等の緊急処置の必要性のある所見を認めた場合には検査医師の判断で内視鏡的止血術等の緊急処置をさせていただく場合があります。そのような緊急の所見を認めた場合は入院での治療が必要となります。

又、点墨といって、治療予定の部位の近傍の粘膜に目印をつけるため墨汁を少量注入する場合があります。通常墨汁を少量注入したからといって、人体に影響はないですが、墨汁という異物を注入することにより、予測できない何らかの反応が出現して腹痛等が出現する可能性もゼロではありません。ご理解をお願い申し上げます。

又、腫瘍や炎症等の何らかの病変により、通過障害が疑われるときや消化管の向きや走行を観察する必要があると担当医が判断した場合、内視鏡センターの透視室で、透視下で確認しながら内視鏡を操作し、ガストログラフィン等の造影剤を消化管に流し、通りを確認する場合があります。ガストログラフィン等の造影剤は、造影CTの造影剤と異なり、血管に入れるのではなく、消化管に流すものであり、アレルギーが起こる危険性は一般的に低いですが、過去に造影剤等の薬でアレルギーが起きたことがある方は事前に教えて下さい。

【抗血栓薬(抗血小板薬、抗凝固薬)に関して】

社会全体の高齢化にともない、心疾患や脳血管疾患を有し、抗血小板剤(バイアスピリン、パナルジン等)や抗凝固薬(ワーファリン、ブラザキサ等)等の抗血栓薬を服用されている方が増加しております。抗血栓薬は御存知のとおり、血をさらさらにする成分の薬であり、血管がつまって起きる血栓症・塞栓症(心筋梗塞、脳梗塞、肺梗塞等)のリスクを減らす目的で使用されています。これらの薬剤を服用されていた場合、出血のリスクがあるので、内視鏡のときに生検が不能な場合があります。血をさらさらにする薬を止めて内視鏡を行うことは内視鏡を行うにあたって出血のリスクを減らすことでは良いですが、血栓症・塞栓症のリスクが高くなるのが危惧されます。血をさらさらにする薬を服用されている患者様におかれましては、血をさらさらにする薬を内視鏡検査前に事前に休薬可能か、担当の先生に確認してください。血をさらさらにする薬を中止しなくても通常の観察のみの内視鏡は可能です。抗血栓薬を服用されている患者様は、それぞれ何らかの心疾患、脳血管疾患等によりもともと血栓症・塞栓症のリスクがあり、薬の休薬の有無にかかわらずもともとリスクがありますことを御理解ください。そのため、内視鏡検査の前や後に、胸痛、背部痛、頭痛、めまい、ふらつき、腹痛等が出現しましたら、早めに受診してください。

【ヘリコバクター・ピロリ菌について】

近年、胃癌や胃潰瘍、十二指腸潰瘍に、ヘリコバクター・ピロリ菌の感染が注目されており、胃炎に関しても、現在では、ピロリの存在が確認された場合は、保険診療で除菌治療が可能となっております。ピロリの検査には、複数ありますが、胃カメラのときにその日のうちに(胃カメラ後1時間以内)に、ピロリの有無が分かる迅速ウレアーゼという検査を当院で導入しております。御希望があればこの検査を行うことが可能です。迅速ウレアーゼ検査(ピロリの検査)を行うにあたって、胃カメラの検査直前の2週間にプロトポンプ阻害薬という胃薬(タケプロン、パリエット、オメプラゾール、ネキシウム、ランソプラゾール等)を服用していましたら、検査結果に影響がでますので、これらの薬は直前2週間の休薬が必要になります。これらの薬を直前2週間服用していない状態の胃粘膜の組織を胃カメラのときに採取して検査を行います。通常の保険診療で可能ですので、患者様の負担は600円前後です。

【他の方法(検査)の選択肢】

上部消化管内視鏡(胃カメラ)の代わりになる検査として、胃バリウム検査があります。

胃バリウム検査は、実際に食道や胃や十二指腸粘膜面をみているわけではないので、実際に粘膜面をみることのできる本検査(胃カメラ)は有用と考えます。

【本検査(胃カメラ)を行わなかった場合に予想される事態】

本検査(胃カメラ)を受けなかった場合には、食道や胃や十二指腸の粘膜面を観察することができないので、潰瘍や癌の発見の機会を失うというリスクがあります。

医師、看護師、スタッフ一同、細心の注意をはらってスムーズな検査を行うことに努めますが、医療行為においてはリスクを完全にゼロにすることは不可能です。

患者様におかれましてはご理解の程を宜しくお願い申し上げます。

問診用紙

別紙の問診用紙に記載して検査当日に御持参ください(わかる範囲内で結構です)。

松波総合病院・まつなみ健康増進クリニック 担当医;

上記の医療行為を説明しました。この医療行為を行う際には、私は患者さんが、この行為より利益を得られるよう最善を尽くします。しかし、医療行為は不確実な側面をもち、予想外の合併症や偶発症の発生する可能性は低減させることはできても、消滅させることはできません。このことを理解の上、今回実施される医療行為に納得し、同意いただければ、以下に署名してください。さらに、疑問や不明な点については、遠慮なくお尋ねください。また、他の医師に意見を求める方法(セカンド'オピニオン)も選択できます。なお、同意を拒否されたり直前に同意を撤回されても、診療上の不利益を受けることはありません。

*** 鎮静剤の使用を【希望する・希望しない】**

(尚、希望された場合、検査後当日車・バイク・自転車の運転はできません。)

この鎮静剤はまれに血管に対する刺激により、検査後1週間位注射のあとが固くなったり、紫色になったりすることがありますが、元に戻りますのでご安心ください。

*** 必要があれば、ピロリの検査を【希望する・希望しない】**

検査直前2週間で、プロトンポンプ阻害薬という胃薬(パリエット、タケプロン、オメプラゾール、ネキシウム、ランソプラゾール、タケキャブ等)を内服していないことが必要です。これらの薬を服用している場合は、「希望しない」に ○をつけてください。

患者様(患者番号)に今回行われる治療(検査)(上部消化管内視鏡検査)に関して以上のように説明いたしました。

説明年月日： 年 月 日

施行予定日： 年 月 日

説明医師： _____

立会人： _____
(自筆署名)

松波総合病院院長殿

私は、現在の病気の診療について上記に基づき説明を受け、治療(検査)の内容を理解し了解した上で、治療(検査)を受けることに同意しました。

同意年月日： 平成 年 月 日

患者氏名： _____
(自筆署名、もしくは記名押印)

代理人・同席者： _____ (患者様との続柄)
(自筆署名、もしくは記名押印)

* 患者様に判断能力がない場合は、代諾者が、自筆署名、もしくは記名押印してください。

(代諾者)： _____ (患者様との関係： _____)