

## 上部消化管内視鏡検査を受けられる方へ

上部消化管内視鏡検査は、食道から胃、十二指腸球部（場合によっては下行脚の一部まで）までの病気の診断にきわめて有用な検査です。内視鏡機器を使って、病気の部位、範囲、程度を観察し、あるいは組織の一部を採取（生検）して診断します。

ただし、本検査を選択する最終決定は、あなたの自由な意思によります。この説明に同意した後でも検査を辞退することができます。その辞退により、それ以降の診察に関して、本検査をお受けにならないことにより被る以外のいかなる不利益も受けることはありません。また、この検査法につき不明な点や心配なことがありましたら、いつでも遠慮なく申し出てください。

### 1 検査の準備

- (1) 検査当日は、絶食、絶飲が必要です。（血圧の薬、不整脈の薬などは、早朝に水で内服してください。詳細は主治医にお尋ねください。）
- (2) キシロカインという麻酔薬をのどに麻酔を行います。まれにこの薬にアレルギーをおこす方がいます。以前の検査や歯の治療の際の麻酔で、具合が悪くなったことがあれば、お申し出ください。また他のお薬にアレルギーのある方は内視鏡担当医にお伝えください。
- (3) 通常、検査をしやすくするために抗コリン薬（腸管の動きを止める薬）を注射します。この検査は次のような方には、以下の理由で使用しませんので、事前にお申し出ください。

- ① 緑内障：眼圧が上がって目が痛くなることがあります。
- ② 前立腺肥大：尿が出にくくなることがあります。
- ③ 心臓の病気のある方：心臓の負担を大きくすることがあります。

抗コリン薬が使用できない方には、グルカゴンという薬を注射することがあります。この薬では、まれに検査後約 90 分に血糖が下がることがあります。糖분을補給すれば、問題ありませんが、顔面蒼白、冷や汗などの症状があらわれることがあり、その時は、すぐに主治医に連絡してください。

また、痛みに敏感な方には、軽い静脈麻酔剤（鎮静剤）を注射することがあります。この注射をした後は、交通事故防止のため、車（バイク・自転車を含む）の運転はできません。当日は、車で来院しないでください。

### 2 内視鏡の挿入と偶発症

内視鏡を挿入する際、ごくまれにのどに損傷を来すことがあります。また検査中にもごくまれに消化管壁に損傷を来すことがあり、出血や穿孔（穴があく）を来すことがあります。細心の注意を払い検査しますが、万一このようなことが起こった場合は、入院治療や手術が必要になる場合があります。

### 3 生検組織検査の必要な方

検査中、病変が見つかった場合、病変の一部を鉗子で採取して顕微鏡で詳しく観察する生検組織検査を行う場合があります。生検の際に少量の出血がありますが、通常は自然に止血します。

（ごくまれに出血が止まらないことがあり、処置を必要とする場合がありますので、多量の出血があるようなときはすぐに病院にご連絡ください。）

血液をサラサラにするお薬（ワーファリン、パナルジン、バファリンなど）内服中の方は、生検組織検査ができませんので必ず事前にお知らせください。

### 4 検査終了後

のどの麻酔がとれるまで、検査後 1～2 時間は、食事や水分をとらないようにしてください。また外来で注射をした方は、目のちらつきがしばらく残りますので、2 時間は、車の運転をしないでください。鎮静剤の注射をした方は、けっして運転しないでください。

大分県立病院

〒870-8511 大分県大分市豊饒 4 7 6

TEL : 097-546-7111

FAX : 097-546-0725

年 月 日

## 上部消化管内視鏡検査施術同意書

### 説明内容の確認

#### 上部消化管内視鏡検査の説明

- 検査の目的
- 検査の選択

#### 検査前の注意

- 検査当日の絶食・絶飲
- のどの麻酔
- 抗コリン剤の注射と使用できない場合
  - 緑内障
  - 前立腺肥大
  - 心臓に病気のある方
- グルカゴンの注射と注意事項

患者 ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

病 名 \_\_\_\_\_

説 明 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師 \_\_\_\_\_ (署名)

同席者 (病院側) 氏名 \_\_\_\_\_ (署名)

#### 内視鏡の挿入と偶発症

- 検査中の出血又は穿孔とその対応

#### 生検組織検査の必要な方

- 生検組織検査を行う場合
- 出血の措置を必要とする場合
- 生検組織検査のできない方
  - 血液をサラサラにする薬 (ワーファリン、パナルジン、バファリンなど)

#### ポリープ切除

- 検査終了後の絶食・絶飲
- 車の運転

私は、上部消化管内視鏡の有効性と注意点について説明を受け、内容を理解し、私の質問に対しても満足のいく回答を得ました。よって私は上部消化管内視鏡検査を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者さん (又は代理人) \_\_\_\_\_ (署名) (患者さんとの続柄: \_\_\_\_\_)

同席者 (患者さん側) \_\_\_\_\_ (署名) (患者さんとの続柄: \_\_\_\_\_)

(注) 本同意書に署名できる方は、患者さん本人、配偶者、子、親、祖父母、兄弟姉妹、3親等以内の血族又は法定代理人とします。