

胃ろう交換を受けられる方、ご家族の方へ

ID		診療科	外来・3F・4F・5F
患者氏名		医師署名	(印)
説明日	20 年 月 日	看護師署名	

あなたの予約日は、20 年 月 日() 時 分です。

① 胃ろう交換の目的

胃ろうのチューブ/ボタンは一定の期間で交換が必要になります(バンパータイプは約半年、バルンタイプは1~2か月)。期間内であっても損傷や不具合があった場合には交換が必要です。

ご紹介の方へ: 胃ろうのサイズ変更を希望される方は、事前連絡をお願いいたします。

② 交換の手順

交換の方法は胃ろうの種類によって異なりますが、体表面から交換できるものがほとんどです。交換後に確認のためレントゲン撮影を行うこともあります。また、交換時に抵抗があったり、交換が困難であった場合に内視鏡検査が必要になることがあります。所要時間は通常10分程度です。

③ 交換に伴う合併症

交換の際に瘻孔や胃壁を損傷することによる出血、感染、交換不能が起こりえます。また、チューブ/ボタンが腹腔内に誤挿入される場合があり、その状態で栄養剤を投与することにより重篤な腹膜炎を起こす場合があります。以上のような合併症が起こった際には、胃ろうの抜去や再造設、輸血、緊急の開腹手術などが必要になることがあります。内視鏡検査が必要になった場合には、通常の内視鏡検査と同様の合併症(麻酔によるアレルギー、誤嚥による窒息、出血、穿孔など)が起こり得ます。

④ 交換当日の注入について

栄養剤: 当日朝と昼の栄養剤は注入せずにお越しく下さい。低血糖などの可能性があり栄養剤注入がどうしても必要な場合のみ、予約時間の6時間前まで(朝6時~7時ごろ)に普段の半量程度注入してください。
内服薬: 予約時間の6時間前までに注入してください。糖尿病の薬は注入しないでください。抗血小板剤、抗凝固剤を中止・休薬する必要はありません。

⑤ 交換後の注意点など

交換当日から経管栄養を再開することができます。発熱や腹痛がある場合、また瘻孔からの出血が続く場合には上記の合併症の可能性があるので、必ず当院までご連絡ください。

同意書

神戸朝日病院 院長殿

私は、上記の事項につき、担当医からその内容について十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ました。

この説明により診療上必要であることを理解しましたので、ここに示された胃ろう交換を受けることに同意します。

20 年 月 日

患者署名 _____ (印)*署名ができない場合捺印してください

家族等署名 _____ (患者との続柄: _____)

* 患者本人の署名または捺印がある場合には家族等の署名は不要です。