

緑内障の手術

(線維柱帯切除術、線維柱帯切開術)

を受ける方に

—説明と同意—

私たちはあなたの病気を治療するために下記の治療が必要と考えます。しかし検査・治療・手術など医療は本来不確実で危険性を伴うものです。治療を受けていただく前にその内容を十分に理解していただき納得した上でを受けていただくようお願いします。

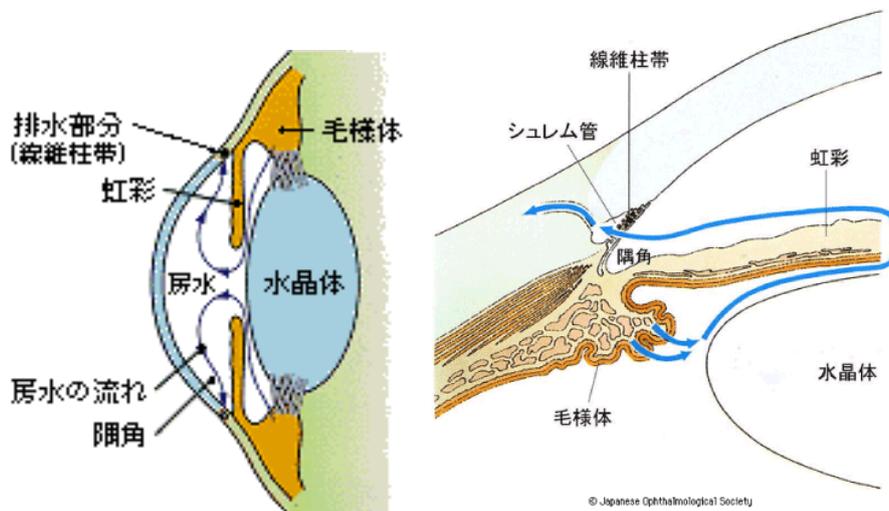
1. あなたの病名：
2. 治療の名称：
3. 治療の目的と適応：

緑内障とは眼圧などの影響により視神経が障害され、視野（見える範囲）が狭くなる病気です。現在のところ、障害された視神経はもとはには戻すことはできません。

そこで、眼圧を下げ、視神経が障害されることを防ぐことが治療の目的となります。

開放隅角緑内障

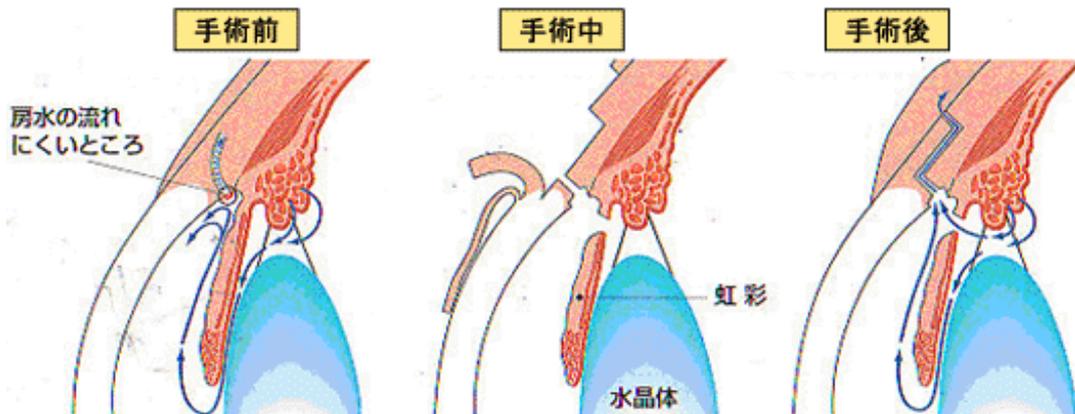
緑内障には、主に開放隅角緑内障と閉塞隅角緑内障があります。隅角とは角膜（黒目）と虹彩（茶目）のねもとの隙間のことです。開放隅角緑内障では、隅角には問題ないのですが、線維柱帯（排水口）が目詰まりしているために、房水がうまく流れず眼圧が上昇すると考えられています。また、眼圧が正常範囲内なのに視神経が障害される正常眼圧緑内障もあります。視神経の脆弱か血流が悪いことが原因といわれていますが、詳細はわかっていません。正常眼圧緑内障の場合でも、眼圧を下げることで視野異常の進行が穏やかになることがわかっています。



4. 治療方法：

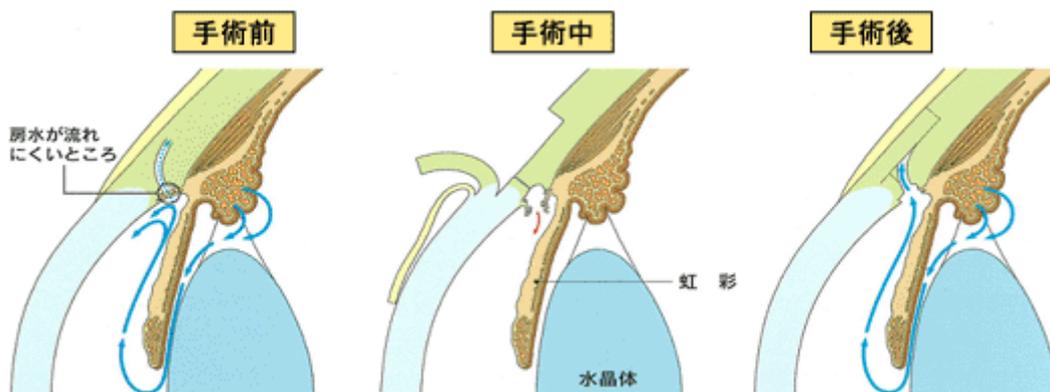
線維柱帯切除術（トラベクレクトミー、濾過手術）

強膜（しろめ）を一部切除して房水を眼球の外へ導く手術です。眼球から漏れ出した房水は、結膜の下にたまり、濾過胞（みずぶくれ）を形成します。漏れ出る房水の量を調整するため術後に眼球マッサージやレーザーによる糸切を行う場合があります。



線維柱帯切開術（トラベクロトミー、流出路再建術）

針金状の器具を挿入して、目詰まりしている線維柱帯（房水の出口）を切開する手術です。線維柱帯切除術より効果はやや弱いものの、安全性が高いことが利点です。術後は出血により1から2週間視力が低下します。また出血が吸収される間、一過性に眼圧が上昇することがあります。



5. 緑内障手術の合併症

1) 視力低下

眼圧が下がると眼球の張りが低下し、乱視が増えるため、見えにくくなります。

2) 前房出血

傷口からの出血や、眼の中への血液の逆流によりおこります。通常は1から2週間で吸収されます。

3) 浅前房

眼球の外に漏れ出る房水の量が多い場合、前房（角膜と虹彩の間のスペース）が狭くなる場合があります。再縫合をする場合があります。

4) 濾過胞形成不全

濾過手術をした場合、濾過胞（結膜の水ぶくれ）がうまく形成されないことがあります。

術後にレーザーによる糸切や、眼球マッサージを行います。結膜に穴が開いたりしている場合は再縫合が必要となる場合があります。

5) 白内障

術後に白内障が進行することがあります。

6) 脈絡膜剥離

眼圧が下がりすぎると、脈絡膜（網膜と強膜の間）が、剥離することがあります。通常は、自然に落ち着きますが、重篤な場合は、手術が必要となる場合があります。

7) 感染

傷口から細菌が感染し、眼内炎を生じることがあります。失明に至る場合もあります。

8) 駆逐性出血

非常に稀ですが、急に眼圧が下がることによって起こり、上脈絡膜腔（強膜と脈絡膜の間）からの出血です。

いったん生じると失明する恐れがあります。高齢、強度近視、緑内障、高血圧、動脈硬化、糖尿病、出血性素因などがある方は、発生率が高いといわれています。

術中に生じた場合は、手術を中断することがあります。

6. 治療の予定： 20____年____月____日 午前・午後____時ころより約____時間

7. その他・特記事項

以上の通りです。分からないことがあればご質問下さい。以上の内容を納得し、治療を受けることに同意される場合は以下の同意書に署名してください。同意を拒否されても、また一旦同意をした後に撤回されても診療上不利益になることはありません。また、説明の内容についてセカンドオピニオン（他の医療機関の意見を聞くこと）も可能です。

20____年____月____日 午前・午後____時

関西電力病院 _____ 眼 科

説明者

医師 _____

..... _____

..... _____

同意書

わたしは担当医から **緑内障手術** に関する以下の事項につき説明を受けました。

1. 病名・症状
2. 治療の名称
3. 治療の目的と適応
4. 治療の方法
5. 治療の危険性と治療に伴う合併症
6. 治療以外の選択肢
7. 治療予定日
8. 特記事項・その他

その内容について、

- 理解しました
- まあまあ理解しました
- 理解できませんでした

セカンドオピニオンを希望されますか？

- 希望します
- 希望しません

検査・治療・手術を受けることについて

- 同意します
- 同意しません

20____年____月____日 午前・午後____時

フリガナ

患者氏名 _____

フリガナ

同席者氏名 _____ 続柄（本人の_____）

患者さまご本人が未成年の場合、判断能力が不十分の状態にある場合、または署名困難な場合には、代理人の方が署名してください。

「私は患者本人に代わり署名します。」

フリガナ

代理人氏名 _____ 続柄（本人の_____）