

緑内障インプラント手術

(緑内障手術用医療機器を用いた手術)

を受ける方に

—説明と同意書—

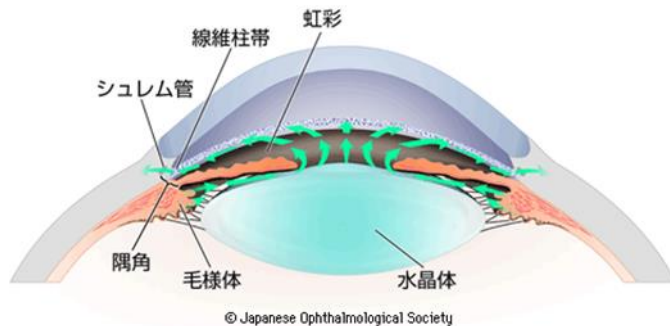
私たちはあなたの病気を治療するために下記の治療が必要と考えます。しかし検査・治療・手術など医療は本来不確実で危険性を伴うものです。治療を受けていただく前にその内容を十分に理解していただき納得した上で受けていただくようお願いします。

1. あなたの病名： **緑内障**
2. 治療の名称： **濾過手術（緑内障インプラント手術）**
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、障害された視神経を治す治療法はありません。そこで、眼圧を下げ、視神経が障害されることを遅らせることが治療の目的となります。眼圧を下げるには、最初は目薬を使いますが、目薬で効果が十分得られない場合に手術が必要となります。

4. 治療方法：
緑内障インプラントを用いた濾過手術

眼圧は「房水」という目の中を循環する液体で保たれています。

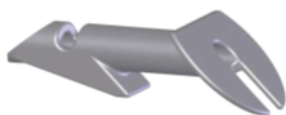


矢印：正常の房水の流れ

手術で眼圧を下げるということは、房水を眼球の外に導く水路を作るとい

うことです。強膜（しろめ）に金属製（ステンレス）のパイプを埋め込んで房水が眼球の外に漏れるようにします。漏れた房水は目の表面の結膜の下に溜まるようにし、濾過胞（ろかほう：水ぶくれ）を形成させます。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。

- 1) 使用する医療機器はアルコン® エクスプレス®緑内障フィルトレーションデバイスと言い、下図のようなステンレス製のパイプです。

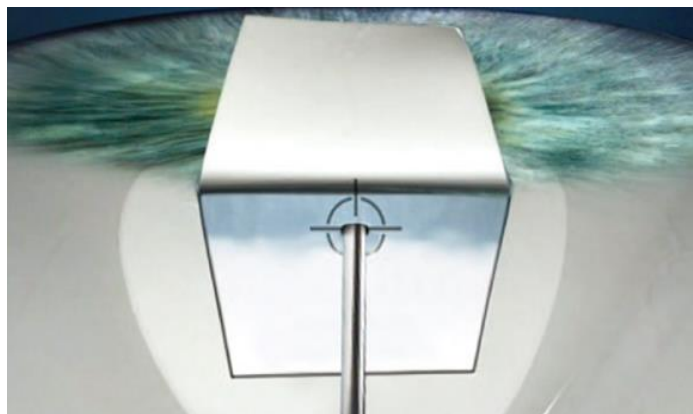


全長：2.6 mm、管外径：380 μm

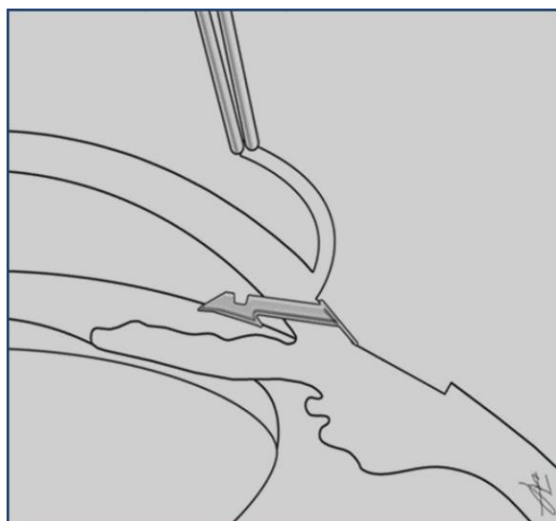
- 2) 結膜を剥離し、強膜を削ぐように切開します。
傷の癒着を防ぐためにマイトマイシン C という抗がん剤を創部に塗布します。



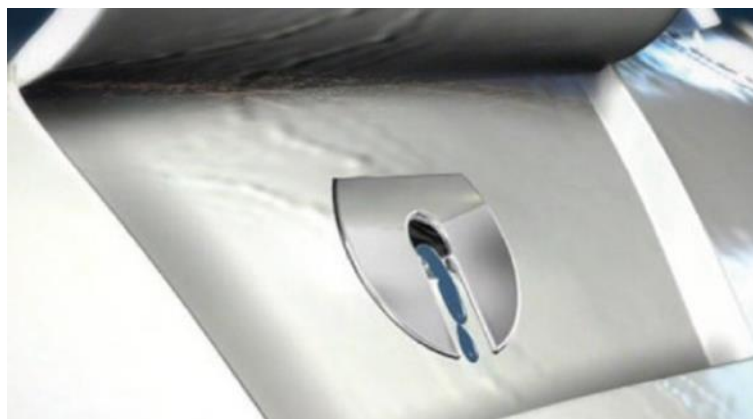
- 3) 細い針で眼の中と通じる穴をあけます。



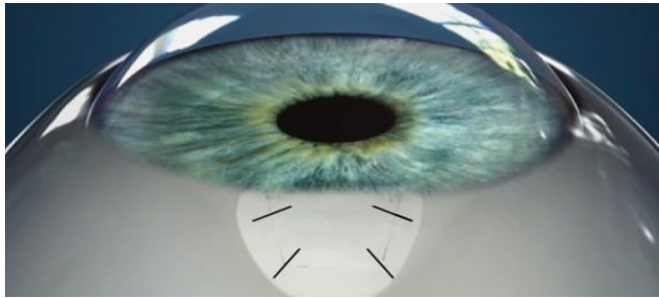
4) あけた穴にパイプを挿入し、留置します。



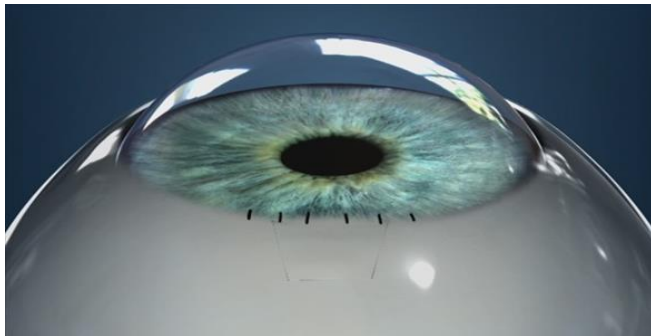
5) 留置したパイプから房水が流出していることを確認します。



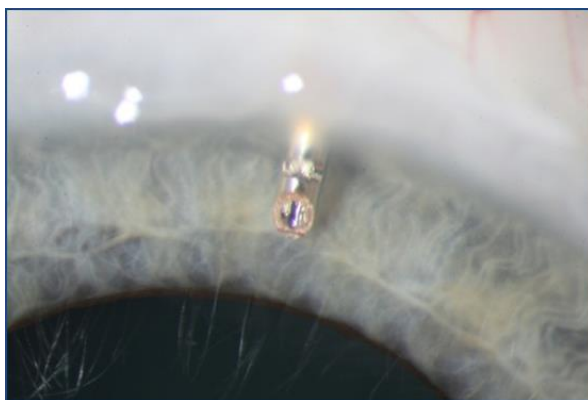
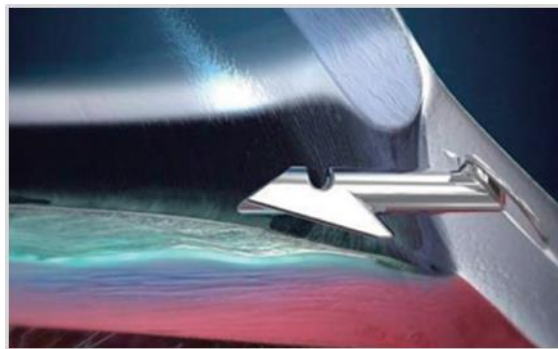
6) 強膜をもとどおりに縫合します。



7) 結膜を縫合します。



8) 手術終了時



5. 緑内障インプラント手術の危険性と合併症

1) 低眼圧

眼圧が下がりすぎると、脈絡膜剥離、脈絡膜出血、低眼圧黄斑症をおこすことがあります。

2) 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。

3) 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1～2週間で吸収されます。

4) 浅前房、前房消失

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）が狭くなることがあります。再縫合をする場合があります。

5) 濾過胞形成不全

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ことがあります。

6) 白内障

術後に白内障が進行することがあります。

7) 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、手術が必要となることがあります。

8) 感染

傷口から細菌が入り込み、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。

9) 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る、上脈絡膜腔（強膜と脈絡膜の間）からの出血で、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。

10) 角膜障害

角膜上皮、角膜内皮の障害を生じることがあります。

11) 金属アレルギー

インプラントの金属に対するアレルギー反応をおこすことがあります。

1 2) 房水漏出

濾過胞の損傷や、縫合不全により房水が結膜外に漏れることがあります。
場合によっては縫合が必要となります。

1 3) 虹彩色素脱出

1 4) 高眼圧

6. 治療の予定： 20____年____月____日

7. 特記事項・その他

MRI 検査を受けられる場合に注意が必要です。緑内障治療用のステンレス製インプラントが眼内に挿入されていることを、検査の際、担当医師、医療従事者にお伝えください。3テスラ以下の強さの MRI 検査は受けていただけますが、この手術を受けてから2週間以内の MRI 検査は推奨されません。

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 **緑内障インプラント手術** に関する説明を受けました。
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_____）