

選択的レーザー線維柱帯形成術について

—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： 開放隅角緑内障
2. 治療の名称： 選択的レーザー線維柱帯形成術
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、障害された視神経はもと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。

緑内障は、主に開放隅角緑内障と閉塞隅角緑内障に分類されますが、

今回の選択的レーザー線維柱帯形成術の適応となる開放隅角緑内障について説明します。

開放隅角緑内障

隅角とは、角膜（くろめ）と虹彩（ちやめ）の間の隙間のことです。開放隅角緑内障ではこの隅角までの房水（眼の中の水）の流れは問題ないのですが、その出口である線維柱帯やシュレム管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。視神経の脆弱さか血流が悪いことが原因といわれていますが、詳細はわかりません。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：

選択的レーザー線維柱帯形成術（SLT）

レーザーを線維柱帯の色素細胞にあて、房水の流出を改善する治療方法です。

痛みもほとんどなく、治療後もすぐに通常の日常生活が可能です。

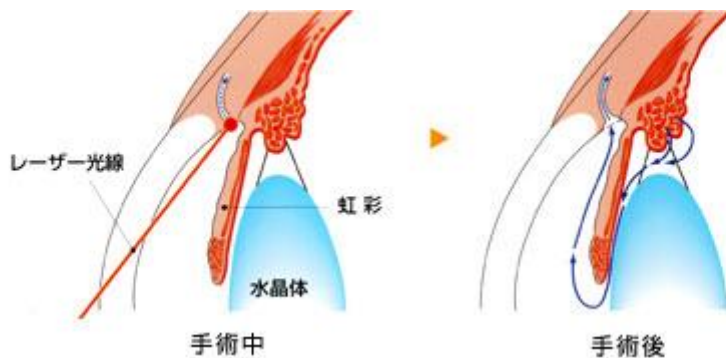
奏効した場合の眼圧下降は、約2から6 mmHgとされています。

有効率は約70%くらいといわれています。

効果があれば、薬を減らせる、手術を遅らせるなどの利点があります。

ただし、有効率は、1年で70%、2年で60%、3年で50%と徐々に低下するため、レーザーの追加もしくは手術が必要になることがあります。

レーザー費用は、1割負担で約9千円、3割負担で約2万7千円かかります。



5. 選択的レーザー線維柱帯形成術の合併症

眼圧上昇、虹彩炎などをおこす可能性があります、一時的なもので問題になることは稀です。

6. 治療の予定： 20____年____月____日 午前・午後____時ころより約10分

7. 特記事項・その他

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 **選択的レーザー線維柱帯形成術** に関する以下の事項につき説明を受けました。

1. 病名・病状
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_____）