

閉塞隅角緑内障の治療

—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： 閉塞隅角緑内障

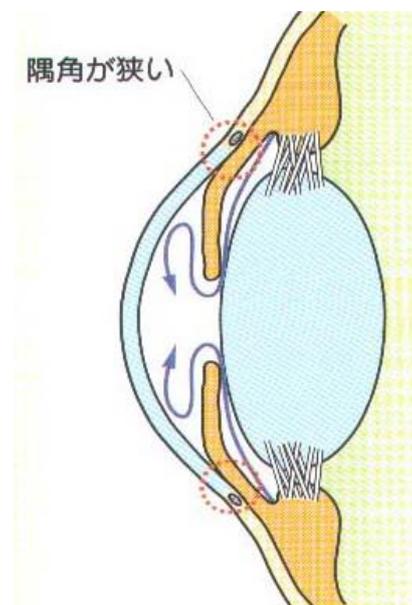
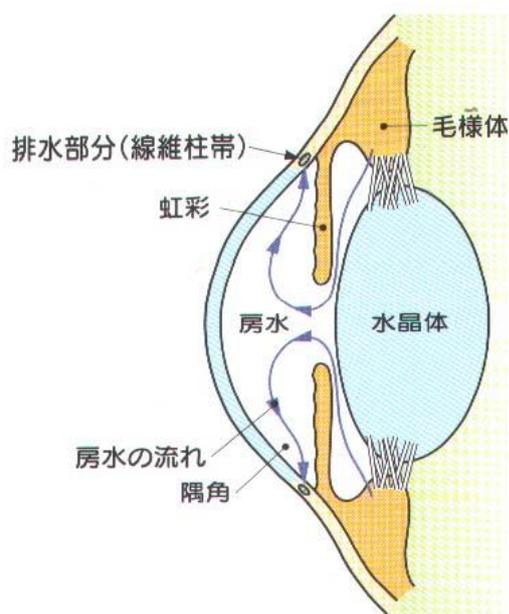
2. 治療の名称：

3. 治療の目的と適応：

原発閉塞隅角緑内障、原発閉塞隅角症

眼の中には、房水という水があります。房水は毛様体というところで作られて、隅角（黒目と茶目のねもとにある隙間）というところから吸収されています。

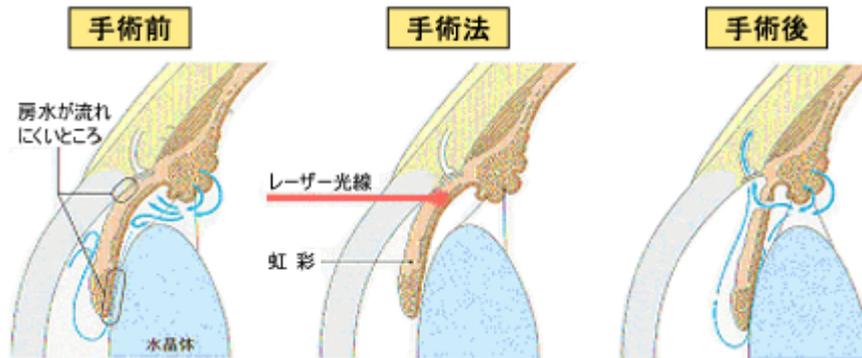
閉塞隅角緑内障、閉塞隅角症では、その隅角（房水の出口）が閉塞して眼圧が上昇しているか、またはその可能性が高い状態になっています。



4. 治療方法：

レーザー虹彩切開術

虹彩の周辺部にレーザーで、小さい穴を開け、房水の通り道を作ります。但し、エネルギーの高いレーザーをあてるため、術後の合併症として、角膜内皮細胞が傷害され水胞性角膜炎を生じることがあります。レーザー費用は1割負担で約8千円、3割負担で約2万4千円です（入院の場合、入院費用は別費用）。

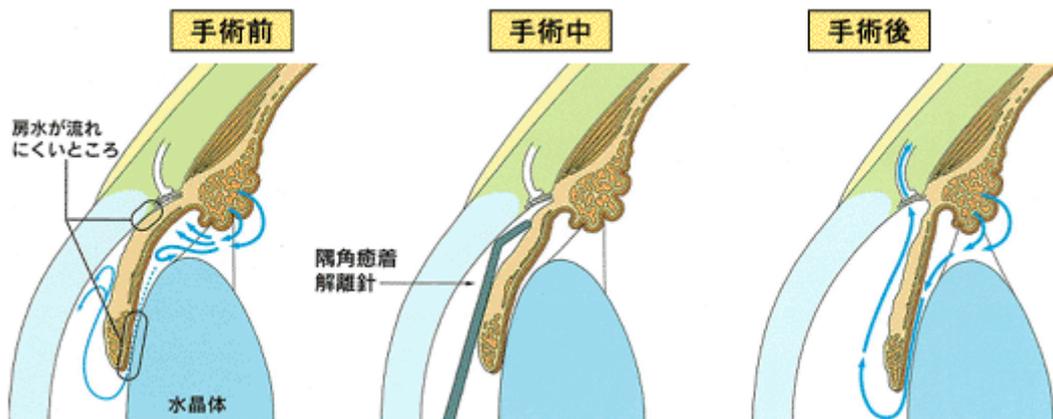


周辺虹彩切除術

急性緑内障発作に対して、レーザー虹彩切開術が困難な場合に行います。虹彩の付け根を一部切除し、房水の通り道を作成します。

隅角癒着解離術

隅角が狭くなり、虹彩が線維柱帯に癒着している場合、その癒着を眼の内側から針のようなもので剥がす手術です。白内障の手術と同時に行うと効果的なことが多いため同時に行うことが多いです。また、術後に剥がしたところが再癒着しないように隅角（虹彩の根元）にレーザーをすることがあります。



5. 緑内障手術の合併症

一過性眼圧上昇、虹彩炎、前房出血、感染、水泡性角膜症（角膜が濁って視力が低下する）、上脈絡膜出血等が起こる可能性があります。

レーザー治療の場合、治療中に目をキョロキョロすると、狙ったところにレーザーが照射できずに治療後に視力が落ちたり、視野が狭くなったり、暗く感じる場合があります。

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

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 **閉塞隅角緑内障治療** 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_____）