

レーザー虹彩切開術についての説明と同意書

この説明書（兼同意書）は4頁からなっています。口頭でも説明しましたが、同じ内容を詳しく記載していますので、手術を受けられる方だけでなく、ご家族の方もよくお読みになった上で承諾書に署名捺印（各ページとも）をお願いします。

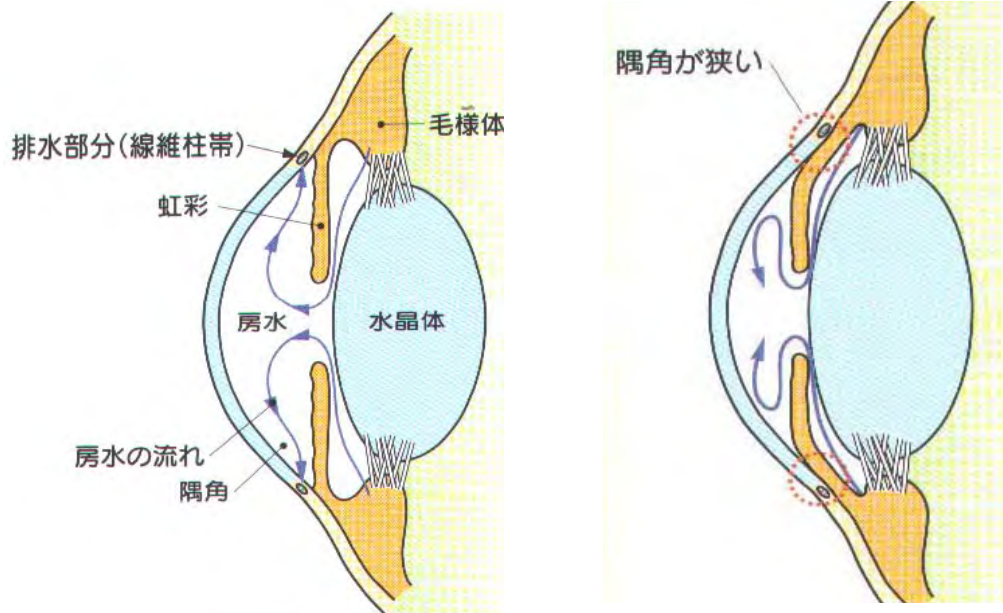
不明な点がありましたら、主治医にお聞きください。

手術を必要とする病気（疾患）と治療法についての説明

様の病名は閉塞隅角緑内障です。

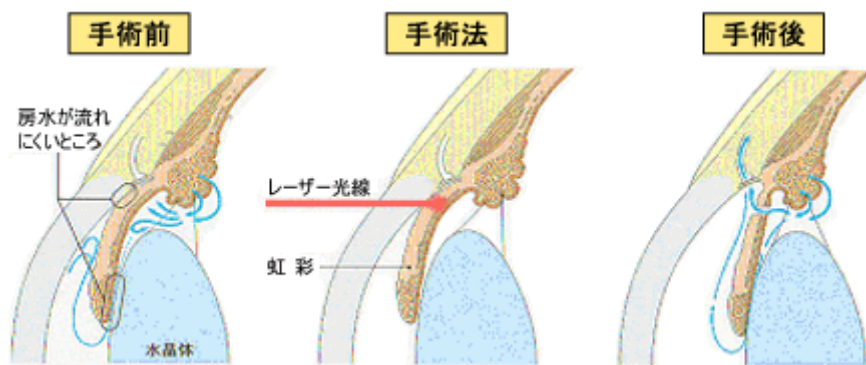
1、閉塞隅角緑内障とは？

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（茶色い眼のねもと）というところから吸収されています。その隅角が閉塞（房水の出口がつまり緑内障が起こること）して眼圧上昇を起こしています。またはその可能性が高い状態です。



2、どのような場合にレーザーが必要になるのか？レーザー以外の治療法は？

閉塞隅角緑内障に対しては、レーザー治療かそれに類する治療（例えば周辺虹彩切開術や白内障手術など）が必要です。虹彩周辺部にレーザーを照射し切開孔（穴）を開け、房水の流れる水路を作ります。レーザー治療により房水の流れを改善し、緑内障の悪化を防ぐのが目的です。レーザー以外の治療法として周辺虹彩切開術や白内障手術がありますが、いずれも、レーザーとは異なり、眼を切開する必要があります。しかし、角膜の障害が強い場合にはレーザーは行わず、周辺虹彩切開術や白内障手術を行います。急性の閉塞隅角緑内障発作は放置すると失明に至ることもあるので、すぐに治療が必要です。



3、レーザー治療はどのように行われるか？

麻酔の目薬をしたあとにレーザー用のコンタクトレンズをつけて行います。多少の痛みを伴う場合がありますが、10分から15分程で1回の治療は終わります。レーザー直後は暗く感じて見えにくくなる場合がありますが、普通は15分程で戻ってきます。当日は特に安静の必要はなく日常生活に制限はありません。

4、レーザー治療の危険性は？

レーザー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。レーザー治療の効果が十分得られれば、房水の流れが良くなり眼圧上昇を予防することが出来ます。しかし、急性発作の場合には角膜浮腫（角膜が腫れること）の程度によってはレーザー治療ができないことがあります。そのときには手術治療が必要になることがあります。合併症として、一過性眼圧上昇、虹彩炎、前房出血、角膜混濁等が起こる可能性があります。また、レーザー治療後数年経ってから角膜内皮の障害でおこる水疱性角膜症は、発症すると重篤な視力障害をおこし、治療には角膜移植が必要となる場合があります。

5、レーザー治療を受けないとどうなるか？

先ほども述べましたが、閉塞隅角緑内障の急性発作の場合は、2、3日で失明してしまいます。急性発作が起こってしまったからのレーザー治療は行いにくくなるので、この緑内障になる危険性の高い眼は、できるだけこのレーザー治療または白内障手術、周辺虹彩切開術を受けて急性発作を予防することをお勧めします。慢性の閉塞隅角緑内障でも同じ治療が必要です。

【手術日および手術術式】

レーザー虹彩切開術

手術は平成____年____月____日の予定です。

われわれ担当医や看護スタッフは異常があれば早期に発見し、適切な処置が行えるように心がけています。手術後の経過のなかで、少しでも、ご本人あるいはご家族で、不安や疑問を感じられた場合には遠慮なく御質問、御指摘をお願いいたします。担当医または看護婦が説明致します。

1. 病名および現在の病態
2. 治療法の選択
3. 手術の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想
4. 手術予定日
5. 手術術式・内容
6. 麻酔の方法
7. 手術に伴う危険性
8. 合併症

以上、主治医は説明しました。

平成 年 月 日

主治医氏名：

印

印

手術同意書

関西電力病院 眼科 主治医 殿

私は、平成____年____月____日にレーザー虹彩切開術を受けるに際し、以下の事項につき主治医から十分説明を受けました。また、この「手術についての説明と同意書」の複写（全4頁）を受け取りました。

1. 病名および現在の病態
2. 治療法の選択
3. 手術の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想
4. 手術予定日
5. 手術術式・内容
6. 麻酔の方法
7. 手術に伴う危険性
8. 合併症

その結果、(以下の1~5のうちから、ひとつだけ選んで番号を○で囲んで下さい。)

1. 以上の内容を理解できましたので、ここに示された手術(検査)を受けることに同意いたします。
2. 説明内容は理解できましたが、手術以外の方法での治療を望みます。
3. 説明された内容が理解できませんでしたので、手術は受けたくありません。
4. 説明された内容が理解できませんでした。再度、理解できるよう説明を求めます。
5. その他：()

平成 年 月 日

手術を受ける方の住所： _____

氏名： _____ 印

同席者の氏名（続柄）： _____ () 印

手術を受ける私の同意のみで手術を施行して下さい。(署名： _____)

【ご本人以外に同意が得られない場合、例えば、ご家族(近親者)が居られない、または、来院されない場合のみレを入れて下さい。】