

光線力学的療法（PDT）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。

治療を必要とする病気（疾患）と治療法についての説明

様の病名は加齢黄斑変性症です。

1. 加齢黄斑変性症とは？

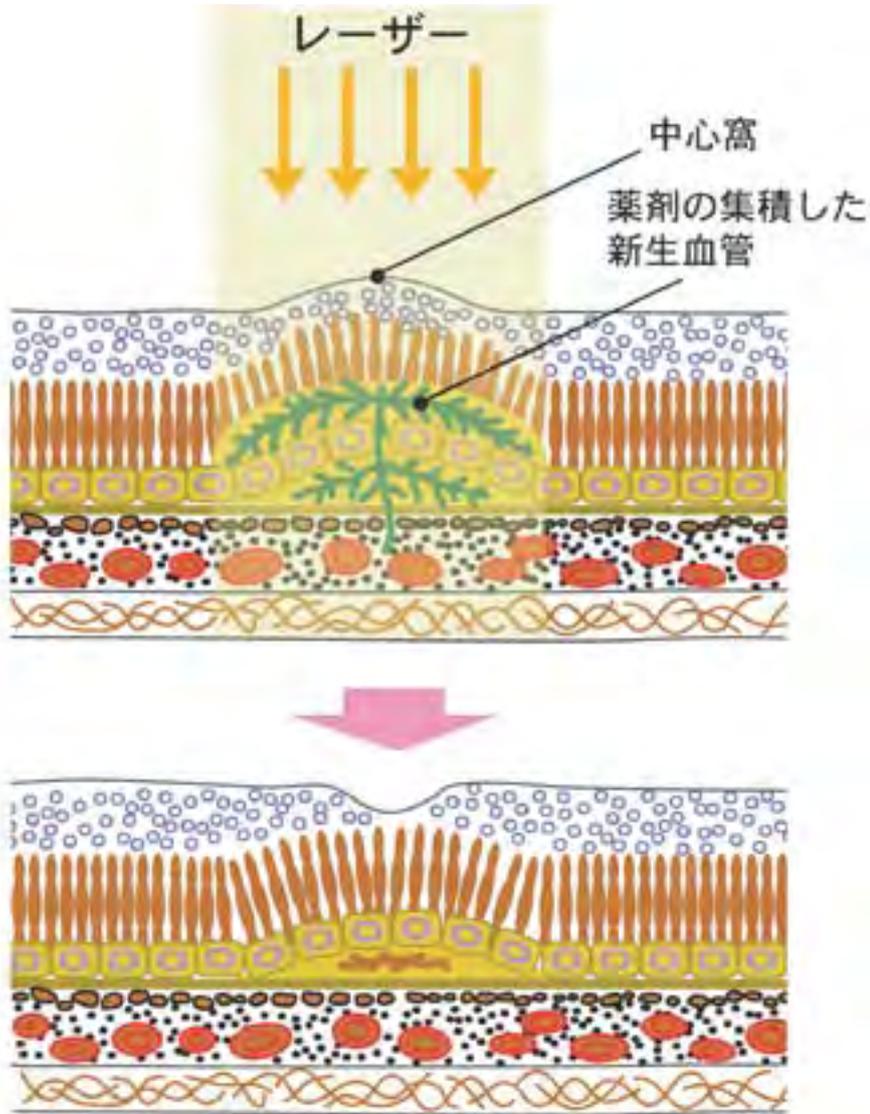
加齢により網膜の中心である黄斑部おうはんに起こる、慢性的、進行性の疾患で、視力低下や変視症（ゆがんで見える）をきたし、進行すると失明の危険性もあります。この加齢黄斑変性は萎縮型と滲出型に分けられますが、滲出型は脈絡膜新生血管という異常血管の増殖によって起こると考えられています。特に中心窩（黄斑の中心部）に脈絡膜新生血管ができると著しく視力が低下します。

2. 加齢黄斑変性症の治療法

現在、主に行われている治療法は、この光線力学的療法と眼内（硝子体内）への薬剤の注射です。治療効果をみながら、両者を併用する場合があります。加齢黄斑変性は進行性の病気ですので、治療しなければ視力が低下し失明に至ることもあります。視力を改善するとまでいかななくても、視力を維持するだけのためにも何らかの治療が必要です。

4. 光線力学的療法（PDT）の方法

光に反応して血管を傷害する物質を生成する薬剤（ベルテポルフィン）を静脈注射します。引き続いて、眼底に弱いレーザーを照射します。ベルテポルフィンは新生血管に特異的に集積する性質を持っています。そのため、主に新生血管を傷害し退縮させることができます。



治療後48時間は光線過敏症がおこる可能性があるため、目や皮膚が直射日光や強い室内光に当たらないようにしなければなりません。といっても、暗室で過ごす必要はありません。蛍光灯など通常の室内光を浴びるほうが、薬剤のぬけがよくなります。安全性を考慮して、当院では、基本的に6～7日入院していただいで治療をおこなっています。

5. 危険性および合併症について

この治療によって、かえって視力が落ちる場合があります。約9%の症例で視力低下が認められます。その他、光線過敏症、視野欠損、出血、黄斑変性の悪化、アナフィラキシー反応、背部痛、大動脈瘤、心筋梗塞、脳梗塞、胃十二

指腸潰瘍が発症した報告があります。合併症が発症した場合は、PDT治療を中止することがあります。また、合併症の治療が必要になることがあります。

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、御指摘をお願いします。担当医または看護婦が説明致します。

以上のとおりです。不明あるいは疑問な点がありましたらご質問下さい。

1. 病名または現在の病態
2. 治療法の選択
3. 治療の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想
4. 治療方法・内容
5. 治療に伴う危険性や合併症
6. 治療予定日

以上、主治医は説明しました。

平成 年 月 日 主治医氏名：

印

印

同 意 書

関西電力病院 病院長 殿

私は、平成____年____月____日に光線力学的療法（PDT）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「治療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。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 病名または現在の病態2. 治療法の選択3. 治療の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想4. 治療方法・内容5. 治療に伴う危険性や合併症6. 治療予定日 |
|--|

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、ここに示された治療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、別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、治療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

治療を受ける方の住所： _____

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治療を施行して下さい。(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。】