

[ここに入力]

説明同意文書

涙嚢鼻腔吻合術（DCR）手術を受けられる 患者さん、ご家族のみなさまへ

この説明書は、涙嚢鼻腔吻合術について説明したものです。わからないことがありましたら、担当医にお尋ねください。治療を受けられる場合は「同意書」に署名をお願いいたします。

1. あなたの病名と現在わかっていること、病態

- 涙道閉塞
- 涙は、目の外上方にある涙腺と呼ばれる器官から産生され、目の表面を潤し、目頭から排水され鼻に流れ落ちます。この涙の下水道を涙道といいます。涙道の一部が詰まってしまっていると涙の排出がうまくいかず、目の表面に涙があふれる状態になったり、閉塞の部位によってはバイ菌のたまり場になってしまい涙道が膿む状態（涙のう炎）になったりします。

2. この治療の目的・必要性・有効性

- 詰まってしまった涙の下水道を再度開通させることが目的になります。目頭の皮膚

[ここに入力]

[ここに入力]

を 1.5cm 程度切開し、涙道と鼻腔の間の薄い骨を除去して涙が鼻腔に流れ落ちるようにします。(鼻外法) 局所麻酔を適切に行えば、痛みはほとんどありません。

- 鼻内から手術を行い、表面を切開しない方法もあります。(鼻内法) 鼻内での操作は痛みを伴い、出血も多くなります。このため主に全身麻酔で行っています。
- また重症の場合にはガラス管を挿入し、人工的に排水を行う手術もあります(ジョーンズチューブ CDCR)
- 成功率は95%です。つまりほぼ成功しますが、20人に1人の割合で再閉塞し手術が必要になります。

3. この治療の内容と性格および注意事項

- 鼻内の処置をするため原則として全身麻酔もしくは局所麻酔で行います。
- 涙嚢という部分と鼻の間にある薄い骨の壁を除去します。その後2つの組織を吻合して手術を終了します。またはその位置にガラス管を挿入します。

•

- 手術後眼帯をし、その上から冷却が必要です。
- 術後1週間、軟膏を使用してもらいます。術翌日からシャワー浴・洗顔・洗髪は可能です。創部に汚れがたまると不潔になりますので、毎日軽く洗い流すようにしてください。ただしまだ癒着していませんので強くこすることはおやめください。3日後からは入浴が可能です。約1週間で創部の化粧は可能です。また術後に腫れますので創部が醜く見える可能性があります。完全に腫れが消退し、完成した状態になるためには6か月が必要です。
- 当院ではチームとしての医療を行っており、厳格な基準を経た指導のもとに手術を行っていますが、通常の保険診療の場合には手術を担当する医師は指定することはできません。担当医を指名する場合には自由診療での手術になります。

[ここに入力]

[ここに入力]

4. この治療に伴う危険性とその発生率

- 手術により創部が腫れ、内出血が起こります。じわじわと鼻出血が3日間程度つづきますが徐々に止まります。皮膚、結膜内出血は最初赤いアザのようになっていますが、黄色く変色し重力に伴って下方に移動しながら約3週間で消退します。腫れの消退は最初の2週間で8割程度改善します。創部に血腫ができた場合は除去手術が必要であることがあります。
- まれに感染などで眼窩蜂巣炎になることがあります。
- まれに骨折部が知覚神経の近くにある場合、術後にしびれや知覚障害が起こることがあります。痛み違和感が残る可能性があります。
- 成功率を高める、もしくは術後出血を予防する目的でヒトの血液を使った接着剤(フィブリン糊・ベリプラスト®)を使用することがあります。安全な製品ですが宗教などの理由で使えない場合にはおっしゃってください。

5. 偶発症発生時の対応

万が一、偶発症が起きた場合には最善の処置を行います。なお、その際の医療は通常の保険診療となります。

6. 代替可能な治療

- 症状がなければ経過観察します。
- 慢性涙のう炎の場合には抗生剤の点眼、点滴を行います。根治的治療ではないため再発することが多いです。

7. 治療を行った場合に予想される経過

- 術後、数日で鼻のガーゼ抜去を行います。また3日間程度鼻出血があります。出血がある間は安静にするようにしてください。1週間程度で涙目や涙のう炎は改善します。創部の回復には3~6か月かかります。

8. 何も治療を行わなかった場合に予想される経過

- 涙目が残存します。慢性涙のう炎からばい菌が広がる急性涙のう炎という状態になることがあり、その場合1週間程度の点滴入院が必要になります。

9. 患者さんの具体的な希望

[ここに入力]

[ここに入力]

治療に関して何かご要望があればお伝えください

10. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、治療が開始されるまでは、本治療を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

11. 連絡先

本治療について質問がある場合や、治療を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

住所：前橋市古市町180-1

病院：新前橋かしま眼科形成外科クリニック

電話：027-288-0224

説明日：_____年_____月_____日

説明医師：_____鹿嶋友敬_____

* 説明同意文書は電子カルテにスキャンしてください。

[ここに入力]

[ここに入力]

同意文書

病院長 殿

私は、涙嚢鼻腔吻合術 を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査（治療）を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療・検査を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 治療の目的・必要性・有効性
- 治療の内容と性格および注意事項
- 治療に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な治療およびそれに伴う危険性とその発生率
- 治療を行った場合の予測される中長期的経過・予後
- 治療を行わなかった場合に予想される経過
- 患者さんの具体的希望
- 治療の同意撤回
- 連絡先

【説明】

説明年月日：平成 年 月 日

説明した医師： 鹿嶋友敬

【同意】

同意年月日：平成 年 月 日

同意者（本人）：

*患者さんに判断能力がない場合にのみ、代諾者が、自筆署名、もしくは記名押印してください。

（代諾者）： （患者さんとの関係： ）

立会人： （患者さんとの関係： ）

臨床倫理専門委員会承認 無断転載等ご遠慮ください