

眼窩減圧手術（自費）説明同意文書

眼窩減圧手術（自費）を受けられる

患者：@PATIENTID @PATIENTNAME さん、ご家族のみなさまへ

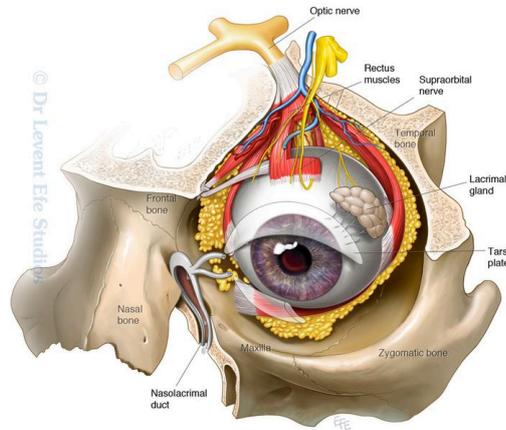
手術予定日：（ 両・右・左 ） 年 月 日

この説明書は、眼窩減圧手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

- 眼球突出（生来の脂肪増生・骨の発育不良による）
- 眼窩脂肪が通常よりも多い、もしくは眼窩の骨の発育不良があると眼球突出と言われる状態になります。これによりドライアイや眼つきの大きな顔貌になります。

眼窩部の解剖図



2. この治療の目的・必要性・有効性

- 高度の視力低下や眼球突出に対して、眼の周囲（眼窩）の骨や、眼の奥の脂肪を切除することで肥大した筋肉や脂肪が入るスペースを拡大する手術です。
- この治療をすることにより眼球を陥凹させ、眼球突出により鋭くきつくなった目つきを改善し、ドライアイを改善させます。
- どの程度効果があるかは患者さんの状態により個人差があります。

3. この治療の内容と性格および注意事項

- 全身麻酔で行います。
- 下まぶたや目頭などの結膜や、上眼瞼・下眼瞼や目じりの皮膚を切開し、目の奥の骨や脂肪組織を切除します。
- 術後 1 週間、軟膏を使用してもらいます。手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、まだ創部は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。術後には顔貌が大きく変化する場合があります。また術後は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約 6 か月が必要です。
- 手術後眼帯をし、その上から冷却が必要です。
- 当院では多数の医師や看護師のチームで手術を行っており、保険の場合での術者指名は承っておりません。術者指名の希望の場合には自費診療になります。

4. この治療に伴う危険性とその発生率

- 手術により創部に内出血が起こります。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皮下を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。完全な消退には約半年かかります。創部に血腫ができた場合は除去手術が必要です。
- 術前に複視が無い場合、手術後には眼球運動障害が出現し 2 重に見えます。翌日にはほとんど消失していることが多いですが、残存することもあります。
- 複視が残存した場合には、3 から 6 か月で徐々に改善しますが、脂肪切除のみでは 0-3%、外側壁では 3-6%、内側壁では 10-65%で複視が残存するとされています。その場合には、斜視手術が必要になることもあります。正面視では複視が出なくても周辺視野（上下左右）で複視が残る可能性は 10%です。
- 意図的に眼球を陥凹させる手術ですので、まぶたが凹むなど、顔貌が変化します。目標を日本人の平均値 15 mmに設定しますが、顔貌の変化に伴って二重のラインの形状や、下まぶたの腫れ方が変化します。人によってはバセドウ病発症前よりも凹んでしまったと感じることもあります。
- 術後、瞳が広がったり、近くが見づらくなったりすることがありますが、半年程度で徐々に改善します。
- 眼に関わる重要な神経やこれを栄養する血管に障害が起こると失明に至るような視力・視野障害が出る可能性があります。発生率は軽度のものも含めて約 1%に発症します。
- 脳に近い場所の手術を行うため、感染症などをきたすと重篤な状態になる可能性があります。

- ・ 術後徐々に傷痕は目立たなくなりますが傷痕が目立ったり、ケロイドになったりすることがあります。術後に傷が離解した場合など追加処置や再手術が必要になることがあり、保険診療の場合にはその都度費用がかかります。感染などで眼窩蜂巣炎になることがあります。

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

- ・ これに代わる治療はありません。

7. 治療を行った場合に予想される経過

- ・ 術後、さらに眼球陥凹を得たい場合に、今回の手術とほかの部位の減圧術を行うことがあります。眼瞼後退や眼瞼下垂、複視、斜視に対する手術など外科的治療が必要な場合があります。角膜びらんなどの症状がある場合は点眼の治療が必要です。
- ・ 術後に創部から出血することがあります。出血があった場合には創部を軽く圧迫し安静にしてください。創内に溜まると除去手術が必要になる場合がありますが創外に流れることは良いことですのでそのまま止血するのを待ってください。

8. 何も治療を行わなかった場合に予想される経過

- ・ 自然には治りませんので、視力低下や結膜充血が残存します。顔貌の変化が気になっている場合には、うつ状態になってしまう方もいらっしゃいますし、きつい目つきに見られることで社会的不利になることなどが考えられます。

9. 患者さんの具体的な希望

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：千葉県千葉市中央区富士見 1 丁目 1-13 JS Bldg6 階

病院：まぶたとなみだのクリニック千葉（院長：相川 美和）

電話：043-307-7781

時間：診療日の 8:15～17:15

説明日：@SYSDATE

説明医師：@ログイン医師 印

眼窩減圧手術（自費）同意文書

まぶたとなみだのクリニック千葉 院長 殿

私は、眼窩減圧手術（自費）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：@SYSDATE

説明した医師：@ログイン医師 印

同席者：

【同意】

同意年月日： 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： ）