

[ここに入力]

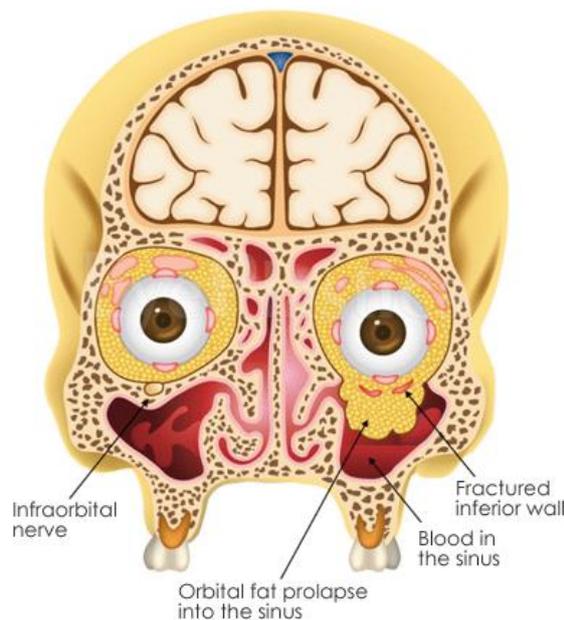
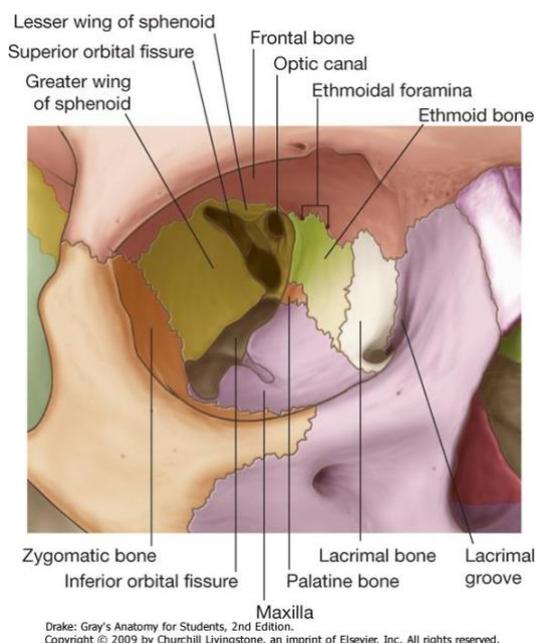
説明同意文書

眼窩骨折手術を受けられる 患者さん、ご家族のみなさまへ

この説明書は、眼窩骨折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

- 眼窩壁骨折
- 眼球が骨に囲まれた部分を眼窩といいます。この眼窩の入り口（眼の周囲）は丈夫ですが、その奥にある眼窩壁の鼻側～下壁（床）は薄い骨でできています。そのため、ボール等の強い圧力が加わると眼の周りの骨は持ちこたえても、その歪みや圧力によって弱い眼窩壁が骨折します。眼の周囲に外力が加わったことで眼窩の骨が折れています。骨折部からは眼窩内の脂肪組織や眼を動かす筋肉などがはみ出しますので、眼が落ち窪み（眼球陥没）、眼の動きが悪くなって物が二重に見える（複視）、そのために吐き気を催すこともあります。また、鼻をかむと血液の混じった鼻水が出ます。このような状態で鼻をかむと、逆に骨折部から眼の周囲組織に空気が入ってひどい場合には視力障害を起こしますので、鼻をかんではいけません。



[ここに入力]

[ここに入力]

2. この治療の目的・必要性・有効性

- 骨折部位にはまり込んだ組織を戻し、眼窩を再建し、症状を少しでも改善することが目的です。
- 吐気や複視や眼球陥没の改善、しびれの回復促進などが期待できますが、損傷の程度によっても結果は大きく異なります。

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。
- 骨折の部位によって下まぶたのまつ毛に沿った皮膚や、下まぶたの内側の結膜などを切開し、骨折のある部位に到達します。その後はまり込んだ組織を戻し、折れた骨や人工素材（シリコンプレート、セラミック、チタン材など）を使用して眼窩を再建します。シリコンシートを使用した場合には、数か月ののちにこれを除去する手術が必要になることがあります。
- 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。術後大きく顔貌が変化する場合があります。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が、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。
- 術後回復を早めるため眼球を動かす訓練が必要です。
- 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。

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。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 割程度改善しますが、完全な消退には約 6 ヶ月かかります。創部に血腫ができた場合は除去手術が必要です。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。
- 術後に再度縫合処置をすることがあります。

[ここに入力]

[ここに入力]

- 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。
- 複視が悪化する可能性もあります。

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

- 症状がなければ経過観察します。
- 経過観察によって複視や痛みも改善していく可能性もありますが、そのまま残る可能性もあります。外見上の眼の落ち窪み（眼球陥没）の修正には原則として手術が必要です。

7. 治療を行った場合に予想される経過

- 複視や痛み、しびれは徐々に回復していきませんが、手術をしても症状がどこまで回復するかは不明です。
- 術後しばらくしても複視がある場合斜視手術の適応になることがあります。
- 術後に創部から出血が流れることがあります。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

- 複視や眼球陥没、しびれなどの症状が残る可能性があります。

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。

[ここに入力]

[ここに入力]

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、080-3401-9510

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、眼窩骨折手術 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：

同席者：

【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