

説 明 ・ 同 意 書

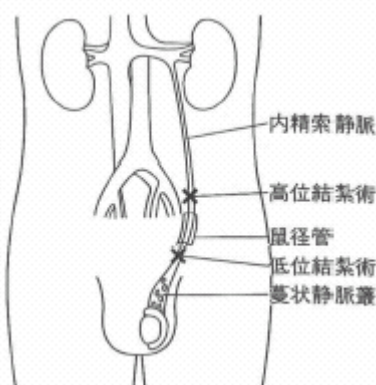
私は、患者(または)代理人 @PATIENTNAME 様に対して、下記手術・検査・麻酔の必要性、危険性及び合併症等について、次のように説明いたしました。

手術・検査等の名称 精索静脈瘤根治術

説明の内容

1. あなたの病気や病状について: 精索静脈瘤

...



図のように精巣から流出した細かな静脈(つる状静脈叢)は次第に合流して内精索静脈となります。この内精索静脈を血流が逆流して、つる状静脈叢に血液がうっ滞したのが精索静脈瘤です。精索静脈瘤は男性不妊症の原因となると一般に考えられています。

また精索静脈瘤は健康には影響しませんが、陰囊の不快感や痛みをきたすことがあります。

2. 手術・検査の目的、必要性や有効性:

精索静脈瘤が男性不妊症の原因となると考えられている理由は、

- ・精索静脈瘤が男性不妊症の患者さまに多いこと。
- ・精索静脈瘤がある男性不妊症の患者さまに精索静脈瘤の手術をすると精子の数や運動率が良くなって子供を授かる方がいらっしゃるからです。

男性不妊症で精索静脈瘤手術を行った場合、手術後約半数の患者様で精子濃度または運動率の改善がみられ、手術後1~2年の妊娠率は約30%です。

3. 手術・検査の内容と注意点:

先に述べましたように内精索静脈の血液が逆流するのが精索静脈瘤の原因ですから、この内精索静脈を糸でしばった上で切り、逆流しないようにするのがこの手術の原理です。精巣から血液が流れ出なくなるが大丈夫かと疑問に思われる方もいらっしゃいますが、精巣から血液が流れ出ていく血管は他にもあり問題はありません。精索静脈瘤手術には、血管を鼠径管(図参照)より上で切断する高位結紮術と、鼠径管より下で切断する低位結紮術がありますが、当科では低位結紮術を行っています。

その理由は

- ・低位結紮術の方が再発が少ない。
- ・陰囊水腫の合併が少ない。

・創が小さくて痛みも少ないからです。

手術は局所麻酔で行います。創は約3cmぐらいで手術用顕微鏡を用いて行います。手術時間は約2時間です。食事は手術後すぐに可能です。手術直後は痛みのために歩きにくいですが、通常数日で痛みが軽くなり退院可能となります。

4. 手術・検査の危険性とその対応:

痛み:通常は手術後数日で軽くなりますが、時に数ヶ月にわたり痛みが続くことがあります。

出血・感染:まれに再手術が必要になることがあります。

精索静脈瘤の持続・再発:手術を行っても精索静脈瘤が消失しなかったり、手術後いったん消失した精索静脈瘤が再発することがあります(数%)。精索静脈瘤が残っていても血液の逆流がなければ問題はありません。

陰嚢水腫:手術後、精巣の周囲にリンパ液が溜まり、陰嚢が腫れることがあります(数%)。

精巣萎縮:非常に稀ですが、手術後に精巣が萎縮してしまうことがあります。

5. 手術・検査を受けない場合、または代替可能な手術・検査:

精索静脈瘤は健康に影響するものではありませんので放置していても問題はありません。

精子の状態が悪い場合は薬による治療もありますが効果は定かではありません。また人工授精、体外受精といった方法もあります。

6. 患者さまの具体的な希望:

7. 手術・検査の同意を撤回(てっかい)する場合: 同意された後であっても手術・検査が始まるまでは、いつでもやめることができます。やめる場合には、そのことを主治医もしくは担当医にご連絡下さい。

8. 診療情報・材料の教育研究目的での使用に関するお願い:

関西医科大学腎泌尿器外科では、よりよい診断法や治療法の開発のための臨床研究を常に行っています。また、大学病院として学生や研修中の医師の教育(学生講義、教科書執筆、学会での教育セミナーなど)にも力を注いでいます。さらに、近年は専門医・認定医としての資格制度も多数制定され、多くの医師が取得を目指しています。これらの研究、教育、資格応募に際して、患者さんの診療情報(血液データ、画像データ、手術画像など)と診療材料(余剰血清、摘出組織の一部など)を使用しなければならないことがあります。また、治療の成績を明らかにするために、患者様の治療状態についての調査(治療後に患者様個人宛に調査用紙を送付することや、お電話で健康状態についてお尋ねをすること)も重要な作業です。患者さんの個人情報(氏名、住所など)が診療目的以外に使用されたり外部に漏れたりすることは決してありません。御理解の上、御協力いただければ幸いです。

協力いただけるかどうかはあなたの自由で、協力しなくても診療上の不利益を受けることは決してありません。いったん協力が同意されても、いつでも撤回でき、撤回しても不利益を受けることは決してありません。

9. 連絡先: 関西医科大学附属枚方病院@USERFORMALSECTIONNAME 枚方市新町 2丁目3番1号、電話 072-804-0101

@SYSDATE

 @USERFORMALSECTIONNAME 医師 @USERNAME 印

.....

関西医科大学附属枚方病院 病院長 殿

私は、上記について説明を受け、その内容を十分に理解しましたので、その実施に同意しました。なお、この説明・同意書の写し(もしくは、説明文書とこの同意書の写し)を受け取りました。

@NENGOU 年 月 日

患者氏名 _____

住 所 @PATIENTADDRESS _____

親族又は代理者 (親権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、
その他 _____)

氏名 _____