



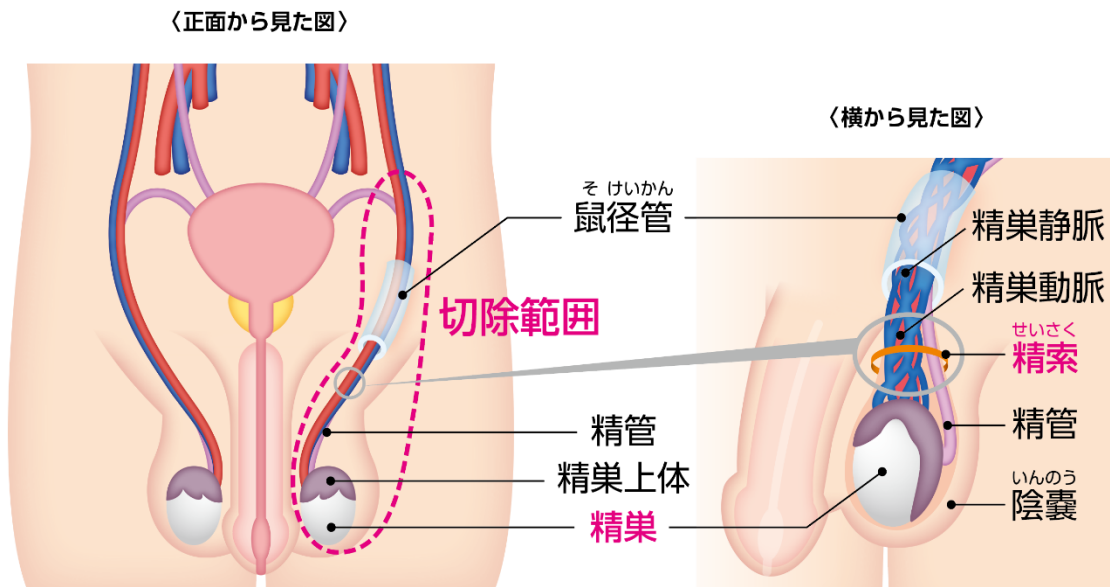
## 高位精巣摘除術

### 概要・目的：

精巣腫瘍(悪性腫瘍)が疑われた場合、この腫瘍は非常に早く増殖し、転移しやすいという特徴があるため、治療・診断の両方の意味を含めて、直ちに精巣を摘出する手術を行います。もし、転移がなければ原発病巣を摘出するだけで根治したことになります。

術後、病理診断・腫瘍マーカーなどを含めた採血・CT などの画像所見・病期(ステージ)などを総合的に判断して、経過観察・放射線療法・化学療法・追加手術(後腹膜リンパ節廓清)などを行います。

### 方法：



精巣と精索(精子の通る精管と血管が束になっている部分)をあわせて切除する手術。  
精索は腹腔内につながっているため、できるだけ腹腔に近い高い部分から切除する。

国立がん研究センターHP より引用

- 1.通常腰椎麻酔にて行います。
- 2.足の付け根の鼠径部を 6cm 程度切開し、精巣に向かう血管をまず結紮し、癌細胞が手術操作によって散らばらないようにしてから、精巣・精巣上部・精索を一塊として摘出します。
- 3.状態をみてドレーンを留置します。
- 4.手術時間は平均 3-40 分で麻酔時間の入ると 2 時間で手術室から戻ってきます。
- 5.手術当日は、酸素吸入、点滴がされます。ベッド上安静で歩行、食事はできません。
- 6.手術翌日(1 日目)から 2 日目には状態に応じて、飲水、食事、歩行が可能となります。

## 合併症(副作用・偶発症)について：

### 1.出血、後出血

手術による出血は通常少量です。稀に、後出血といって術後に出血する場合があります。陰嚢が腫大します。多くは自然に吸収されますが、感染をきたした場合は再手術など行います。

### 2.発熱、陰嚢腫大

手術による炎症、浮腫により発熱、陰嚢腫大がおきます。経過を見ていくうちに良くなることが殆どです。

### 3.感染症

術後の創部感染で傷の離解・再縫合などが必要になったり、精巣周囲の炎症や尿路感染症などを起こしたりする以外にも、全身に感染が及ぶ敗血症などの重篤な感染症が起こる場合もあります。

### 4.麻酔関連

現代でも麻酔による死亡を含めた合併症の可能性はあります。心・肝・腎機能悪化する可能性。麻酔薬とのアレルギー反応でショックの可能性がります。

### 5.持病の悪化

術前に指摘されていた持病、術前に指摘されていなかった持病などが悪化・顕在化する可能性があります。

6.術後の肺梗塞、心筋梗塞、脳梗塞:おもに、骨盤内や足の血管などで血液が固まったり(血栓)、皮下の脂肪が血管の中に入り込み、これが血管の中を流れて肺の血管を閉塞する、生命を脅かす重大な合併症です。この合併症は希では有りますが、最近日本人にも増えています。これを予防するために専用のストッキングを購入して頂くことをお勧めしています。このストッキングを手術中にはいていただき、必要な場合にはフットポンプで足の血流循環を補助します。術後には出来るだけ早く歩行していただくことが大切です。

7.悪性腫瘍(癌)を疑って手術を施行した場合でも、術後の病理診断で良性(癌ではなかった)と最終診断が出る場合があります。

8.その他(せん妄) 手術後や麻酔後の半覚醒状態に伴う意識障害により、点滴や治療のためのチューブを抜いてしまったり、転倒、転落の危険性が認識できない状態にある場合、患者様の安全性を守るために必要最小限の行動制限(ベッド柵の複数固定、体動センサーなど)をさせていただく場合があります。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

## 他の治療選択肢・代替医療について：

現在、本治療と代替治療法としては、

生検、経過観察があります。

## セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

●この説明を聞いて、本治療を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。

●この手術を受けることに同意し、治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。

●わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： \_\_\_\_\_

私は、陰嚢内水腫根治術の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

病名(診断名) : みぎ/ ひだり 精巣腫瘍疑い

予定する手術名 : みぎ / ひだり 高位精巣摘除術

手術日 :           年           月           日

同愛記念病院 院長 殿

年           月           日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 印 (本人との続柄 \_\_\_\_\_ )

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要