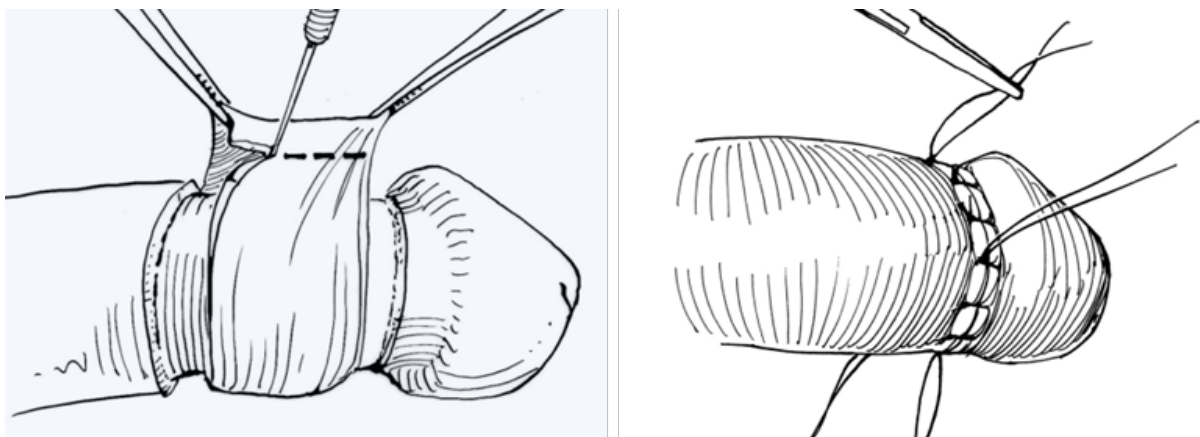


✓ 環状切除術について

亀頭を包んでいる包皮を切除して亀頭が露出している状態にする術式です。当院では陰茎小帯や縫線を温存する方法を基本としていますが、包皮の状態（炎症、癒着の程度など）によって切除・縫合線は変更とされます。また成人の環状切開術は病状によっては保険診療とならない場合もあります。担当医や医事課にご相談下さい。



✓ 手術の麻酔や後の処置や外来受診について

成人の場合は局所麻酔による日帰り手術ですが、小児の場合には怖がらないように短時間の全身麻酔で行います。このため手術に際しては小児科の受診が必要になります。また入院は前日で、創部の状態を観察しながら概ね翌日に退院となります。手術時間は通常 30～60 分です。帰宅後の消毒は特に不要ですが傷の周囲に塗る軟膏（リンデロン VG、ゲンタシン、クロマイ軟膏など）や内服の抗生剤を処方することがあります。基本的に創部の消毒は必要ありません。手術をしてから 24 時間たってからシャワーを使用してください。入浴は術後 3 日目から可能です。ガーゼは適宜交換して下さい。術後 1～2 週間ごろに来院してもらい創部の状態を確認します。糸はすべて吸収されるので抜糸はありません。亀頭直下の陰茎小帯・縫線の部分が 1～2 ヶ月浮腫むことがあります。

合併症(副作用・偶発症)について：

- ①出血…抗凝固・血小板薬を処方されている患者さんは創部から出血が持続するためにガーゼを帯状に巻いて圧迫することがあります。排尿で汚れたら適宜ガーゼを交換して下さい。出血が持続する場合にはご連絡下さい。
- ②細菌感染症…創部に感染をおこすことがあります。難治性の場合、抜糸などの処置が必要になることがあります。全身状態が良好でない患者さんは感染が通常の抗生剤では制御できない場合があります。
- ③排尿時痛…術後早期にはしばしばみられます。痛みが原因でおしっこを我慢してしまい、膀胱が緊満することで腹痛を訴えることがあります。鎮痛座薬などで対応します。
- ④再発…術後に洗浄などのケアを怠った場合や、アトピー性皮膚炎がある場合には包皮亀頭間の癒着により再び包茎となることがあります。
- ⑤勃起時痛、性交時痛…術後、自然な勃起については心配ありません。成人の場合 3～4 週間はセックス、マスターベーションや陰部を締め付けたり擦れるような激しいスポーツは控えてください。
- ⑥血栓・塞栓症…ご高齢の患者さんや既往歴のある患者さんでは深部静脈血栓による肺塞栓症を発症する可能性があります。本治療は抗血小板療法を中止して施術しますので頻度はごく稀ですが、発症すると重篤な状態に至る可能性が高いものです。フットポンプ、弾性ストッキング着用などにより予防処置は講じますが、完全に防げるものではありません。術後は歩くなどの運動を行ってください。
- ⑦その他…成人でご高齢の場合持病の悪化や、麻酔薬や抗生剤などによるアレルギーや予期せぬ出来事(脳梗塞、脳出血、心筋梗塞など)が生じ、重篤な事態に至る可能性があります。

他の治療選択肢・代替医療について：

仮性包茎自体は病気ではありません。陰茎の亀頭、包皮の適切なスキンケアで衛生状態の維持が可能な場合には性感も維持されますので手術は不要です。また小児の場合には思春期に陰茎の成長にあわせて包茎は解消する人が多いので慎重に判断して下さい。亀頭包皮炎症を繰り返す、包皮と亀頭の癒着や嵌頓包茎のリスクがある状態では本手術が推奨されます。ご希望に沿った治療法を選択してください。

ご本人の年齢や併存疾患、就学状況（休暇）を考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

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：

ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人やご家族の協力によってなされ、そのためにも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： _____

病名(診断名) : 真性、仮性、嵌頓(かんとん)包茎

手術：

手術日 : 年 月 日

私は、包茎（手術）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。

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