

# 眼瞼下垂症手術 説明・同意書

## 【眼瞼下垂について】

眼瞼下垂は、上まぶたが正常な位置よりも下がり、視野を遮る状態です。この状態は、加齢、遺伝、筋肉や神経の障害、外傷などさまざまな要因によって引き起こされます。とりわけ、上まぶたの皮膚のたるみや、眼瞼挙筋（まぶたを引き上げる筋肉）の機能低下が原因として挙げられます。眼瞼下垂が進行すると、眉毛を無意識に引き上げ、視野を確保しようとするため、前頭筋に過度の負担がかかることで、結果として頭痛や肩こりを引き起こすことがあります。

## 【手術内容】

### 1. 皮膚の切除

眼瞼下垂の原因が上眼瞼の皮膚のたるみによって引き起こされている場合、余分な皮膚を切除し縫合します。切開は、二重まぶたの線に沿って行う場合と、眉毛の下に沿って行う場合（眉毛下切開）があります。抜糸は術後7日目ごろに行います。

### 2. 挙筋短縮術、前転法

眼瞼挙筋が機能しているのに、上まぶたがさがっている場合、挙筋腱膜を短縮したり、前方に移動させまぶたの裏の軟骨（瞼板けんばん）に固定することで、まぶたを適切な位置に引き上げます。切開は二重まぶたの線に沿って行います。抜糸は術後7日目ごろに行います。

### 3. 腱移植・筋膜移植や糸による吊り上げ術

眼瞼挙筋がほとんど機能しない場合、もしくは挙筋短縮術では十分な効果が得られない場合には、手首の腱（長掌筋腱：10%の人には存在せず、切除しても手の機能に問題はありません）や太ももの筋肉の膜（大腿筋膜）や人工の糸を用いて、まぶたを前頭筋に吊り上げます。この方法では、まぶたと眉毛の頭側に切開を行います。抜糸は術後7日目（まぶた）～10日目（採取部）ごろに行います。大腿部は術後ヘルニア（創部がふくらむ）になることがあります。

## 【合併症とリスク】

**出血、血腫：**手術後の出血を予防するために2日間は自宅で安静にし、保冷剤などで十分に冷やしてください。出血が起こり、なかなか止まらない場合には再度処置が必要なことがあります。血腫（血の塊）が形成されても通常は吸収されますが、処置が必要なことがあります。

**腫脹、出血斑：**術後はかなり腫れます。腫れ、青あざを予防するために2日間は自宅で安静にし、保冷剤などで十分に冷やしてください。腫れや青あざは通常術後3週間程度でおさまります。

**キズが開く：**ぶついたりこすったりするとキズが開き、再度処置が必要なことがあります。

**感染症：**手術部位が感染する可能性があります。感染症が発生した場合、抗生物質の投与や追加の治療が必要になることがあります。

**左右差：**手術後に左右のまぶたの高さや形が異なることがあります。術後3カ月程度でおちつくことが多いですが、再度手術が必要になることがあります。

**過矯正または矯正不足：**手術後にまぶたが上がりすぎたり、逆に十分に上がらない場合があります。術後3カ月程度でおちつくことが多いですが、再手術が必要になることがあります。

**瘢痕形成：**手術後キズあとは赤く目立ちますが通常は徐々に目立たなくなります。瘢痕が目立つ場合には、追加の治療が必要なことがあります。

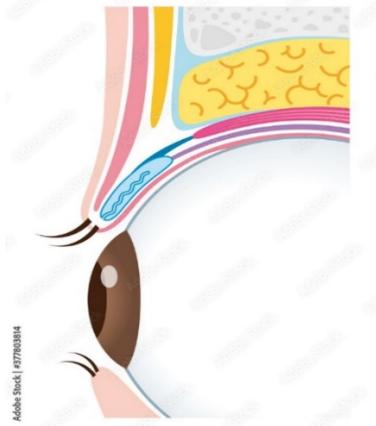
**再発：**時間の経過とともに、眼瞼下垂が再発する可能性があります。再発した場合、再手術が検討されることがあります。

**麻酔アレルギー：**麻酔薬による気分不良、アナフィラキシーショックにはすみやかに対応します。

御自身の思い描くような結果が得られないことがあります。

\$PATIENT\_ID\$      \$PATIENT\_NAMES\$

(説明メモ)



## 眼瞼下垂症手術 同意書

眼瞼下垂症手術 皮膚切除 上眼瞼切開 眉毛下切開

眼瞼下垂症手術 挙筋前転法

眼瞼下垂症手術 前頭筋吊り上げ術

説明日 年 月 日 説明医師： \_\_\_\_\_

診療に伴い発生する**施術前後写真**や資料等を「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用することを承諾します  
(個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います)。

診療に伴い発生する**施術前後写真**や資料等を院内**説明写真**やウェブサイト等**掲載写真**として使用することを承諾します。

写真は**施術部位のみ**で個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います。一度承諾しても、再度拒否することはできません。

写真はあくまでクリニックと本人の確認用途のみとし、第三者への閲覧は承認しません。

私は、手術の内容および起こりうるリスクを理解したうえで上記手術について同意いたします。

同意日 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

<未成年の方> 親権者の同意が必要となります。 \*下記事項は親権者ご本人がご記入ください。

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の上記手術に同意いたします。

親権者名		続柄	
住所			
電話番号			