

# 尿道下裂形成術説明書および承諾書

患者氏名： 殿

## 1. 病名： 尿道下裂

## 2. 現在の症状

- 1) 機能的問題：尿線が下方に向くために、一般的に立って排尿をすることが難しいです。陰茎が勃起すると下に向かって曲がるために、将来的に性交渉に支障を来す心配があります。
- 2) 美容的問題：①尿道口の位置の異常、②亀頭の形の異常（亀頭が左右に分かれた形をしている）、③陰茎を包む包皮が陰茎の背側にあり、包皮のバランスが良くない、④陰茎自体の大きさが陰茎と皮下組織との癒着により小さく見える、などの問題があります。

## 3. 手術の必要性

今回予定している手術の目的は、機能的な問題と美容上の問題を解決することと将来的に生じる可能性のある心理的影響を回避することです。また、手術により陰茎・尿道の形成を行う以外に他の治療方法はありません。

## 4. 手術の方法

1) 手術予定日：令和 年 月 日  
手術予定時間 約 時間（麻酔時間 約 時間）

2) 手術名：尿道下裂形成術

3) 麻酔方法：全身麻酔（麻酔科医による）

4) 手術の方法とその特徴

手術の行程は、陰茎屈曲の矯正、新尿道の形成、尿道口の形成、亀頭の形成、陰茎包皮の形成です。（手術の具体的方法については別紙に図示）

## 5. 手術に伴う危険性、合併症

### 1) 出血：

大きな血管に触れることはないので多量の出血の心配はありませんが、少量の出血は予想されます。術後の出血の心配がある場合には、ドレーンを入れることがあります。

### 2) 陰茎のむくみ：

むくみは時間とともに軽減していきます。手術直後はむくみがひどくならないように陰茎を特殊なテープで巻き、保護します。

### 3) 創感染：

傷に細菌がついて感染が起こることがあります。予防するために抗生剤の点滴と薬の内服をしてもらいます。

### 4) 呼吸器感染：

全身麻酔の影響で一過性に痰が出やすくなります。これが気管に貯まると咳や発熱の原因となります。状況を見て吸入などをしてもらうことがあります。

### 5) 瘻孔形成などによる再手術の必要性：

尿道下裂形成術の成功率は60～80%です。①形成した尿道の途中に小さな穴（瘻孔）があき、尿が尿道の先端と途中の穴の両方から出る、②亀頭の形が元のように分かれた形に戻る、③形成した尿道が狭くなる、などの問題が起こることがあります。形成した尿道が極端に狭くなると、排尿することが困難となるか強い痛みを伴うようになります。このような時には臨時手術で、狭くなった尿道を切開することが必要です。形成した尿道を切開した場合には、再度の尿道形成手術が必要ですが、陰茎の皮膚が完全に回復するまで半年間は待つていただく必要があります。

### 6) その他：

排尿ができない期間は尿道の管をいれておきます。この管が入っていても、尿がしたい感じが出る場合があります。手術後は傷の痛みが出る可能性があります。痛いときには鎮痛剤（坐薬や飲み薬）を使います。多くの場合、陰茎は包茎の状態ではなく、亀頭が露出した状態となります。

重篤な合併症は考えがたいですが、予測できない合併症が併発する可能性もあります。

## 6. 手術後の経過

- 手術日は飲水や食事はすぐには摂れません。術後数時間たったら水分から初めて、柔らかいもの、食べやすいものを摂って頂きますが、口にする前に必ず医師か看護師の確認をとって下さい。
- 点滴は抗生剤の点滴が必要な期間続けます。おおよそ2～3日で抜きます。その後、必要な期間抗生剤を内服してもらいます。
- 術後しばらくは尿道に管を入れます。入れる期間は手術の時の状態により異なりますが、おおむね短い時には5～7日、長い時には10～14日間です。また尿道の管を抜いた後で、排尿をする時に痛がるがありますが、通常は数日で軽快します。
- 陰茎のむくみを予防し、傷を保護するために巻くテープは1週間程度で取ります。
- 尿道の管を抜いた後で問題なく排尿が出来ることが確認できれば退院です。
- 術後陰茎の炎症を抑えるために軟膏を塗ってもらいます。

## 7. 特記事項

- \* 上記内容に関して説明を受け、質問する機会があり、理解された場合には、下記に本人、または代諾者の署名あるいは記名・捺印をお願いします。
- \* 上記内容に関する説明が理解できない場合には、主治医にその旨申し出てさらに説明を受けるなどして、十分に理解されたうえで、署名あるいは記名・捺印を行って下さい。
- \* 手術を承諾した後であっても、手術前であれば、いつでも、すでに行った承諾を撤回すると共に、その他の治療方法を選択することが可能です。
- \* 治療法につき不明な点や心配なことがありましたら、いつでも主治医にご相談下さい。

旭川医科大学病院 説明場所 \_\_\_\_\_

説明日時 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

説明者 職名 泌尿器科医師

署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

患者の署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

代諾者の署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

同席者署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_