

# 陰茎索切除術説明書および承諾書

患者氏名： 殿

## 1. 病名： 尿道下裂のない陰茎索変形

## 2. 現在の症状

陰茎の勃起時に陰茎が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。

## 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（陰茎勃起時の屈曲）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屈曲を修復する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（麻醉時間 約 時間）

2) 手術名：陰茎索切除術

3) 麻醉方法：全身麻醉（麻醉科医による）

4) 手術の方法とその特徴

索変形の程度に応じて術式がそれぞれ異なります。

1. 索変形が軽度の場合（約45%の頻度）
  - ・ 陰茎の皮膚切開と皮下組織の剥離のみで陰茎がまっすぐになる。
2. 索変形が中等度の場合（約20%の頻度）
  - ・ 陰茎の皮膚切開と皮下組織の剥離のみでは陰茎がまっすぐにならない。
  - ・ 尿道を陰茎海綿体から剥離することにより、陰茎がまっすぐになる。
3. 索変形が高度の場合（約35%の頻度）
  - ・ 陰茎の皮膚切開と皮下組織の剥離のみでは陰茎がまっすぐにならない。

- ・ 尿道を陰茎海綿体から剥離しても陰茎がまっすぐにならない。
- ・ 形成不全の短い尿道を切断する必要があります。
- ・ 欠損した尿道部分を陰茎周囲の皮膚を用いて新たに形成することが必要です。  
(尿道形成術)
- ・ 尿道形成が必要な場合、今回の手術で同時に尿道を形成することもあります。通常は6ヶ月後に2回目の手術として尿道を形成します。



## 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) 索変形の再発

まれに手術後に陰茎の屈曲が再発することがあります。陰茎の屈曲が再発した場合には、再手術が必要になります。

### 6) 瘻孔形成などによる再手術の必要性 (索変形が高度であった場合)：

①形成した尿道の途中で小さな穴が開き、尿が尿道の先端と途中の穴の両方から出る、②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。また、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：

手術後は、短期間尿道に管を入れておきます。この管が入っていても尿がしたい感じが出ることがあります。手術後は傷の痛みが出る可能性があります。痛い時には鎮痛剤（坐薬や飲み薬）を使います。手術後に、陰茎は包茎の状態ではなく、亀頭が露出した状態となることがあります。

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。
- 術後短期間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、3～7日程度です。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。
- むくみを予防し、陰茎を保護するために巻くテープは3～7日程度で取ります。
- 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 \_\_\_\_\_