

肩関節鏡、関節鏡視下バンカートブリストー法説明書

患者： _____ 様（代理人 _____ 様（続柄 _____ ））

病名	<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり 反復性肩関節脱臼、亜脱臼
手術名	肩関節鏡、関節鏡視下バンカートブリストー法（関節唇形成術 骨移植を伴う）
麻酔方法	麻酔科医師が方法を決め、管理します。
手術の方法	関節鏡で肩関節内部（腱板・上腕二頭筋長頭・関節唇・関節包・関節軟骨など）を観察します。関節鏡は消化器の内視鏡と異なり、外部と交通が無いため、約2-5cmの創6カ所必要です。烏口突起を骨切りして、付着している腱ごと肩甲下筋（腱板の一部）を分け関節窩前方に移行しチタン製のスクリューとワッシャーで固定します。関節包・関節唇の修復（形成）にアンカーを4個程度用います。手術時間は約2.5時間です。
この手術特有の合併症と対象法	肩関節可動域制限→可動域制限（外旋制限）が残る場合があります。自主トレーニングを含めた理学療法が重要です。 移植骨の骨癒合不全や破損→チタン製のスクリューで強固に移植骨を固定しますが、烏口突起には腕橈骨筋と上腕二頭筋短筋が付着しており、その筋力や固定力不足によって骨癒合不全や移植骨の破損が起こる可能性があります。再脱臼を起こしてしまう場合には再手術が必要になります。 再脱臼→術後97%に再脱臼は起こりません。約3%に術後の再脱臼がみられます。術後再脱臼が反復性になるのであるならば再手術の可能性もあり得ます。あくまでも脱臼しない肩にする手術ではなく、脱臼しにくい肩にする手術です。
感染について	整形外科手術の約1-2%にみられます。術中に十分に消毒洗浄し、術後に抗生剤の予防投与を短期間行います。感染が収まらない場合は再手術の可能性があり得ます。また、術後に抗生剤の予防投与を短期間行います。表層の感染であるならば抗生剤で対処しますが、深部の感染が治まらない場合は再手術（洗浄）の可能性があり得ます。
出血について	術中の出血は通常200gから300gであり、基本的には輸血の必要はありません。
術中神経損傷の可能性と対処法	腋窩神経麻痺、筋皮神経麻痺→術後一過性に肩関節周囲の感覚障害、上腕二頭筋の筋力低下をみることがあります。自然治癒することが多いので、保存的に経過をみます。
術中生命予後に関わる重篤な合併症発生の可能性と対処法	深部静脈血栓症→エコノミークラス症候群とも言われている下肢からの血栓が肺・心臓などにつまってしまう病態です。術中に、下肢に弾性包帯またはフットポンプをまき予防します。この手術で起こる可能性はきわめて低いと考えていますが、発生した場合は抗凝固療法が必要です。
術後の予定	術後3週間、安静のためスリング固定を行います。術翌日から歩行可能で術後約1-3日で退院予定です。退院後外来で抜糸をします。固定終了後、関節可動域訓練、筋力訓練を開始し、3ヶ月で脱臼を誘発するような接触のないスポーツ活動・労働が可能になり、4-6ヶ月ですべての活動ができる予定です。
その他について	反復性に肩関節が前方に脱臼（亜脱臼）し、MRIにて前方の関節唇・関節包の損傷・弛緩がみられるため、患者さんと相談の結果手術加療を選択しました。治療のゴールは脱臼をおこさず、日常生活動作、スポーツ、労働などが行えるようになることと考えます。
同意を撤回される場合について	同意された場合でも、実施までの間はいつでも撤回することができます。また、その医療が継続して行われる場合にも、やめることができますが、やめることの影響について主担当医から十分な説明を受けた上でご判断をお願いいたします。
セカンドオピニオンについて	治療方針を決める上で主担当医以外の意見をお聞きになりたい方は、必要な資料や検査結果を用意しますので遠慮なくご相談ください。

ID :

氏名 :

様

肩関節鏡、関節鏡視下バンカートブリストー法説明・同意書

別紙にて説明を致しました。

予定手術： 肩関節鏡、関節鏡視下バンカートブリストー法

手術予定日： 年 月 日

手術時間： 約2時間程度

必要事項を記入した「肩関節鏡、関節鏡視下バンカートブリストー法説明書」を受領しました。

説明に際しては質問する機会を与えられ、用語や説明内容で理解できない点、疑問などに関して理解納得できる追加説明を受けました。

手術実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても承諾します。

(本人または代理人は上記各項目を確認し、にチェックして下さい。)

私は上記の医療行為についてその必要性と内容、また、状況に応じた内容の変更、起こり得る危険性について説明致しました。

説明日

説明担当医師

同席者

私は上記の医療行為の説明を受け、実施に同意致します。

20 年 月 日

患者署名

家族等署名

(続柄：)

本人、家族が署名できない理由

職種 医師 看護師 氏名 _____

ご不明な点がございましたら主担当医までお問い合わせ下さい。

河北総合病院 本院：03-3339-2121 (代表)