



# 小児の腹腔鏡下鼠径ヘルニア、精索水腫根治術に関する説明と同意書

ID 番号 @PATIENTID

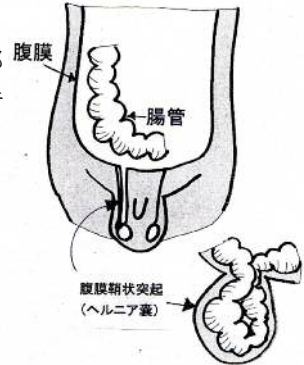
患者さん氏名 @PATIENTNAME 様

## 1 鼠径ヘルニアとは

お腹の中にある臓器（小腸、大腸、大網、女兒なら卵巣、卵管）が飛び出して、鼠径部が腫れる病気で、いわゆる脱腸かんとんです。嵌頓かんとんといって、臓器が脱出したまま戻らないと血行障害をきたして危険です。

精索水腫は 1-2 歳頃までに消失することもあります。交通性で長期に持続する場合、自然治癒は困難とされ、ヘルニアを合併することもあります。

発生率はこどもの 1～5%とされ、こどもの外科手術では一番多い病気です。



## 2 治療

治療法は手術で、ヘルニア囊の根元を結紮し閉鎖します。手術方法には 2 つありますが、当院では腹腔鏡を用いてヘルニア囊（腹膜鞘状突起）の結紮を行っています。腹腔鏡手術は平成 8 年から開始し、平成 21 年 4 月の時点で、総計 1500 例を超え、安全かつ合理的で、創がほとんど残らない方法です。従来方法との比較を次の表に示します。

	腹腔鏡手術	従来法
切開	臍のしわに沿って下半周。腹部正中と右または左の 3mm 程度の創 計 3 か所（両側なら 4 か所）	下腹部右または左の 2～3cm の横切開
手術時間	30～60 分（両側なら約 10 分追加）	15～40 分（両側なら倍の時間）
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>*診断が確実にできる。</li> <li>*精管や精巣動静脈に対する術中の剥離操作による損傷のリスクがきわめて低い。</li> <li>*美容的に優れている。（ほとんど創がわからなくなる。）</li> <li>*対側のヘルニア門を観察でき、予防的な手術が可能。</li> <li>*腹膜鞘状突起の結紮は必ず高位（一番おなかに近い所）で行うことができる。</li> <li>*出べそがある場合、同時に臍形成手術を行える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*昔ながらの方法。</li> <li>*慣れた小児外科医による手術では一定の成績が得られている。</li> </ul>
短所	<ul style="list-style-type: none"> <li>*乳幼児では気腹により一時的に呼吸循環が悪くなる可能性がある。</li> <li>*腹腔内の臓器を損傷する可能性がある。</li> <li>*全国的にはまだ一般的な手術ではなく、長期の経過については不明。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*外鼠径ヘルニア以外の診断がはっきりしないことがある。</li> <li>*創は線として残ることがある。</li> <li>*対側を観察することはできない。</li> </ul>
再発率	0.16%	0.1～0.8%（施設により差がある）

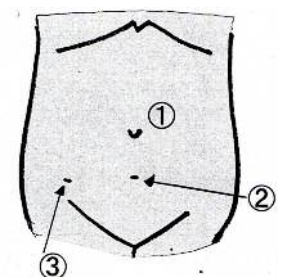
どちらも全身麻酔、2泊3日の入院です。

## 3 合併症

合併症には出血、血腫、皮下出血、創感染、再発、臓器損傷、精管損傷、精巣挙上などがあります。臍部の傷は、縫合糸に対して異物反応をおこしたり肉芽（赤く盛り上がる）ができた場合には、処置が必要になることがあります。

## 4 腹腔鏡手術の流れ

臍のしわ下半周に沿った切開創①から直径 5mm の内視鏡カメラを挿入します。気腹きふくといって炭酸ガスをお腹に入れてふくらませるとお腹の中の観察ができるようになります。テレビモニターの映像を見ながら、ヘルニア囊の根元（ヘルニア門）を非吸収糸（とけず、体に残る糸）でしばって閉鎖します。下腹部に 3mm 程度の小切開②をおき、作業するため



の鉗子を入れ、さらに糸をしこんだ針を③から入れます。

## 5 反対側の出現について

片方の鼠径ヘルニア、水腫の手術を行うと、10～15%に半年から1年の間に反対側のヘルニアが出現することがあります。腹腔鏡下手術の場合、ヘルニア・水腫のない側の観察も容易ですので、もしヘルニア門が開いていれば、同じ方法で症状のない側の閉鎖も行うことにより反対側の出現を予防する事ができます。当院のデータでは、約40%の方に反対側の開存がみられました。(つまり、開いているもの全てがヘルニアになるとは限らないといえます。)

## 6 臍ヘルニアについて

うぶそが気になる、臍が平たいなどの症状があれば、臍ヘルニアの形成手術を同時に行う事ができます。必ずしも理想どおりの形にならないこともあります。手術前よりも臍が良い形になるように心がけています。

病名	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア	<input type="checkbox"/> 臍ヘルニア
	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 精索水腫	
	<input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> ヌック水腫(女兒)	
手術予定日	_____年 ____月 ____日		

治療内容について不明な点がございましたら、医師にご相談下さい。

以上の説明に納得された方は、同意書に署名・捺印のうえ、医師に提出してください。

すべての方は、どんな時期においても、セカンドオピニオンを受けることができますので希望があれば申し出て下さい。

## 同意書

さいたま市立病院長 様

私は腹腔鏡下鼠径ヘルニア・精索水腫手術を受けるにあたり、上記の説明を受けて了承しました。  
なお、別途「病気と手術の説明ファイル No. 1」による詳しい説明も受けました。

腹腔鏡手術中に対側（症状のない側）にヘルニア門の開存が見つかった場合、  
対側ヘルニア門の閉鎖を

希望します  希望しません

上記のいずれかに、印をつけて下さい。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者さん氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

(患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_ )

説明日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医 師 \_\_\_\_\_

同席者 \_\_\_\_\_