

アテローム（粉瘤）手術 説明・同意書

アテローム（粉瘤）とは

皮膚に生じる袋状の構造物に古い角質や皮脂が溜まることにより徐々に大きくなる良性の皮膚腫瘍です。はっきりした原因はまだわかっていませんが、一般的に「おでき」として知られています。感染を起こすと、赤く腫れて急激に大きくなり、痛みや膿が出ることがあります。この腫瘍は、手術で皮膚内の袋を取らない限り、自然に消滅することはありません。

（よく似た腫瘍 石灰化上皮腫 外毛根鞘腫など 同様の手術で治療します）

アテローム（粉瘤）の手術について

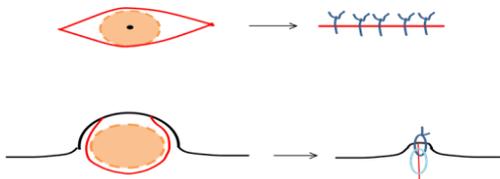
① 切開排膿術（応急処置）

化膿している場合は、局所麻酔を行った後、皮膚をメスで切開することにより、中に溜まった膿、垢や皮膚の袋をできるだけ除去し、洗浄します。その後、キズの処置を継続して行い、感染が治まり、キズが閉じるのを待ちます（1カ月程度かかります）。

② 皮膚・皮下腫瘍摘出術

皮膚や皮下脂肪にできた腫瘍を切除して取り除く治療法です。局所麻酔を行った後、アテロームとそれに付着した皮膚、皮膚内の袋を切除します。止血後、皮膚を中縫いと外縫いで縫合して手術を終了します。手術翌日の診察で、キズに問題がなければシャワー浴が可能になります。以降は、毎日、ご自身で創部をシャワーと石鹸で洗浄し、処方された軟膏を塗った後、ガーゼを貼る処置を行っていただきます。抜糸は約1週間後に行います

（中縫いの糸は抜糸しません）。外縫いの糸は、キズが治りにくい場所では、抜糸を遅らせることもあります。抜糸後は約3カ月間専用のテープを用いてテーピングを行います。



コード	内容	区分	料金	
K005	皮膚腫瘍切除（露出部）	1	-2cm未満	16,600
		2	2-4cm	36,700
		3	4cm以上	50,100
K006	皮膚腫瘍切除（非露出部）	1	-3cm未満	12,800
		2	3-6cm	32,300
		3	6-12cm	41,600
	病理検査		8,600	
	病理判断料		1,300	

上記の保険負担額

合併症

出血・血腫：血液をサラサラにする薬を内服されている方、血が止まりにくい体質の方、腫瘍が大きい方は出血しやすく、創部の下に血液が溜まりやすいです。通常、手術中の止血と手術後の圧迫で止まるため、術後は吸収されるのを待ちます。万が一出血が止まらない、溜まった血液の量が多い場合は、キズを開いて止血の処置が必要になることがあります。

感染：感染予防のため術後に抗生剤を処方しますが、感染が認められた場合はキズを少し開いて膿を出す処置が必要になる場合があります。

キズが開く：キズの安静が十分でなかった場合や、基礎疾患があり治癒が悪い場合などで、抜糸後に創が開くことがあります。その場合、再度縫合を行うか、軟膏治療を用いて保存的に経過をみる場合があります。

しびれ：術後しばらく、キズ周囲にしびれを感じる場合があります。通常、徐々に回復していきますが、稀に回復に1年以上かかる場合もあります。

キズあと：通常は3カ月～半年程度でキズあとは落ち着き馴染んできます。目立たないキズあとになるよう治療を行います。必ずキズあとは残ります。体質によってはキズあとがケロイド、肥厚性瘢痕となり赤く盛り上がる場合があります。その場合は塗り薬、貼り薬、注射などで治療することがあります。キズあとが目立つ場合には、キズが落ち着いた後に手術を行うことがあります。

創部の陥凹変形：腫瘍が大きい場合や、深い場合は創部が陥凹することがあります。

縫合糸膿瘍：中縫いの糸が化膿し表面にでてくる場合があります。追加抜糸を行います。

再発：同じ場所に腫瘍が再発することがあります。

アレルギー：薬剤アレルギーのある方は事前にお知らせください。気分不良時は迅速に対応します。

(説明メモ)

\$PATIENT_ID\$ \$PATIENT_NAME\$

手術名 皮膚皮下腫瘍摘出手術 K005 1, 2, 3 / K006 1, 2, 3

説明日 年 月 日 説明医師: _____

- 施術前後写真や病理標本などを「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用することがあります。
 - 施術前後写真や病理標本など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があります。
- (写真は施術部位のみで個人が特定されないよう、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す。)

上記に同意されない場合はこちらにチェックをしてください。

やむおえない場合を除いた手術当日のキャンセルは費用が発生する場合がございます。

キャンセルポリシーについてはホームページをご参照ください。

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施術および手術に同意いたします。

親権者名		続柄	
住所			
電話番号			