

음낭수종 근본수술 동의서

등록번호		연령/성별		이름	
진단명					
예정 수술명					
시행 예정일					

다음의 내용은 환자 본인이나 대리인(보호자)에게 예정된 수술에 대한 정보를 제공하고 자주적 의사에 따라 수술 여부를 결정하고, 수술 시행에 동의함을 확인하기 위해 제공하는 것입니다. 의사에게 추가 설명을 요청할 수 있고, 본 동의서 사본이 필요한 경우 의무 기록 사본 발급 절차에 따라 받을 수 있습니다. 환자분의 병력이나 알레르기, 복용 약 등 특이 사항에 대해서는 반드시 의료진에게 알려주셔야 합니다.

환자의 기왕력 및 현재 상태 현재 환자분께 해당사항이 있다면 표시하고 구체적으로 기입해 주십시오.				
☐ 고혈압	☐ 당뇨	☐ 알레르기	☐ 특이체질	☐ 출혈소인
☐ 심장질환	☐ 신장질환	☐ 호흡기질환	☐ 복용약물	
☐ 기타 :				

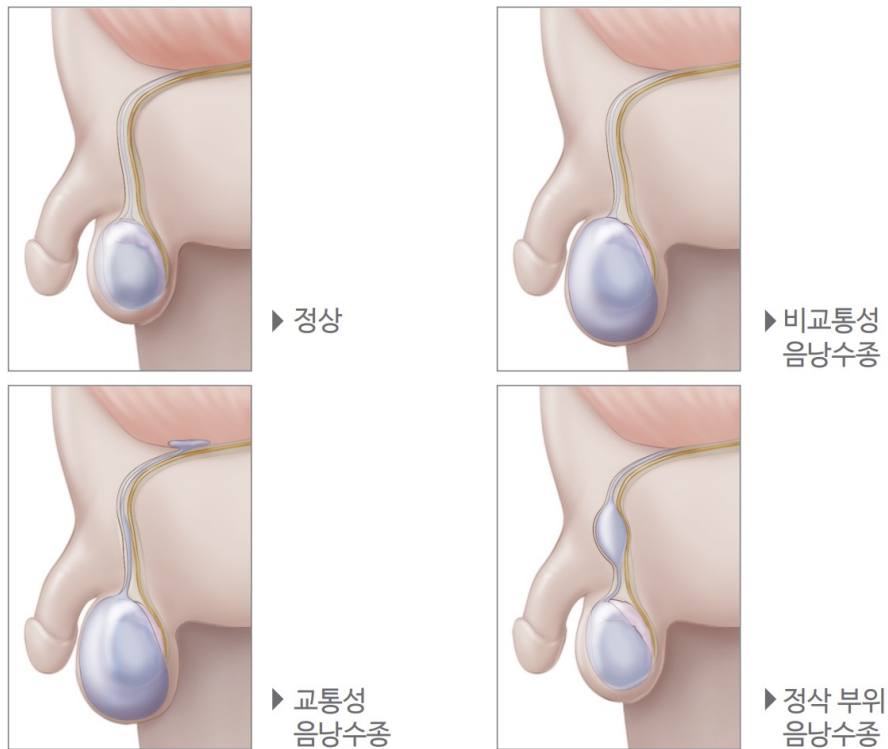
1. 정의 목적

음낭수종은 고환을 싸고 있는 고환 초막 사이에 액체가 고여 주머니처럼 만져지는 흔한 음낭의 양성 종물입니다. 고환 초막이 음낭 내에 국한되어 있을 수도 있지만, 고환 상부까지 확장되는 경우도 있고 간혹 서혜부 탈장과 오인되기도 합니다. 장이 있는 복강과의 통로가 열려있는 경우를 [교통성 음낭수종]이라고 하며, 소아에서 흔합니다. 성인의 경우 대부분 복강과 연결이 없는 [비교통성 음낭수종]입니다.

2. 과정 및 방법

소아에서 흔한 교통성 음낭수종은 복강과 연결되는 통로를 막아주는 것이 가장 중요하므로 서혜부에 피부 절개를 하여 음낭수종과 복강과의 통로인 초막돌기를 분리하여 묶어주는 고위결찰술이 필요합니다. 성인에 많은 비교통성 음낭수종은 음낭 절개를 통하여 물이 고여있는 고환초막을 제거하고 봉합합니다.

국소마취는 수술부위 주변의 특정 신경 주변에 마취약제를 주사하여 아픈 감각을 느끼지 못하도록 합니다. 국소마취는 안전하고 효과적인 방법이지만 낮은 빈도라도 합병증이 나타날 수 있습니다. 국소마취의 부작용은 중추신경계와 심혈관계에 영향으로 전신 독성, 통증, 혈중, 혈관전자, 경병증으로 인한 이상감각 혹은 감각 소실 등이 있습니다.



[그림] 다양한 형태의 음낭수종. 이미지 출처. 대한비뇨의학회 환자설명리플렛.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 음낭의 부종 및 혈종, 감염 : 심하지 않은 부종 및 혈종은 압박해 주면 대부분 호전이 가능하나 드물게 혈종 제거 등의 추가 수술이 필요할 수 있습니다.
- ② 감염 : 상처 부위의 감염으로 인해 상처가 벌어지는 소견이 보이는 경우 추가적인 항생제 투여 및 시술이 필요할 수 있습니다.
- ③ 고환 및 고환 주변 조직(부고환이나 정관)의 손상이나 염증, 고환 위축이 발생할 수 있습니다.
- ④ 정관 손상으로 인한 정관 폐색이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 환측 고환의 수술 후 만성 통증이 발생할 수 있습니다.
- ⑥ 수술 부위인 고환 주변 초막의 봉합 부분 등이 단단하게 축지되는 경우도 있습니다.
- ⑦ 재발 : 음낭수종 수술은 질환의 근본적인 치료방법이지만 일부에서 음낭수종의 재발이 있을 수 있습니다.
- ⑧ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

수술하지 않고 지켜볼 수 있고, 주사바늘로 음낭수종의 액체만 흡인 제거하는 방법이 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 활동을 자제하고 휴식을 취합니다.
- ② 의료진의 지시에 따라 약을 복용하고 상처를 관리합니다.
- ③ 음낭 혈종으로 붓기가 심해지거나 열이 나고 통증이 있는 등 감염의 징후가 있는 경우 병원을 내원합니다.

본인은 의사로부터 본 수술의 목적, 과정 및 방법, 발생할 수 있는 합병증, 선택할 수 있는 다른 치료방법, 수술과 관련된 주의사항 등에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.

환자(대리인) 성명 : _____ 서명 _____ 환자와의 관계 : _____

수술에 참여하는 의사(집도의) 성명 : _____ 서명 _____

본인은 본 수술의 필요성, 수술 과정 및 예상되는 합병증과 후유증 등에 대하여 자세한 설명을 의사로부터 들었고, 본 수술로써 불가항력적인 합병증이 야기될 수 있다는 것에 대한 사전 설명을 충분히 듣고 이해하였으며, 의학적 처리를 의료진의 판단에 위임하여 수술과 마취를 시행함에 동의합니다. 아울러 수술과 치료에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 의료진의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 서약합니다.

작성일자 : 년 월 일

설명 의사 성명 : _____ 서명 _____

환자(대리인) 성명 : _____ 서명 _____ 환자와의 관계 : _____

[대리인이 서명하게 된 이유]

- ☐ 환자 본인이 수술 및 마취 등 의료행위에 대한 제반 결정사항을 대리인에게 위임함.
- ☐ 미성년 환자로서 수술 및 마취 등 의료행위와 관련된 의사결정에 보호자의 도움이 필요함.
- ☐ 직접적인 설명 및 동의를 구하는 행위가 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것으로 판단됨.
- ☐ 환자의 신체적·정신적 장애로 수술 및 마취에 대하여 이해하지 못할 것으로 판단됨.
- ☐ 기타 :