

정계정맥류결찰술 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 :				

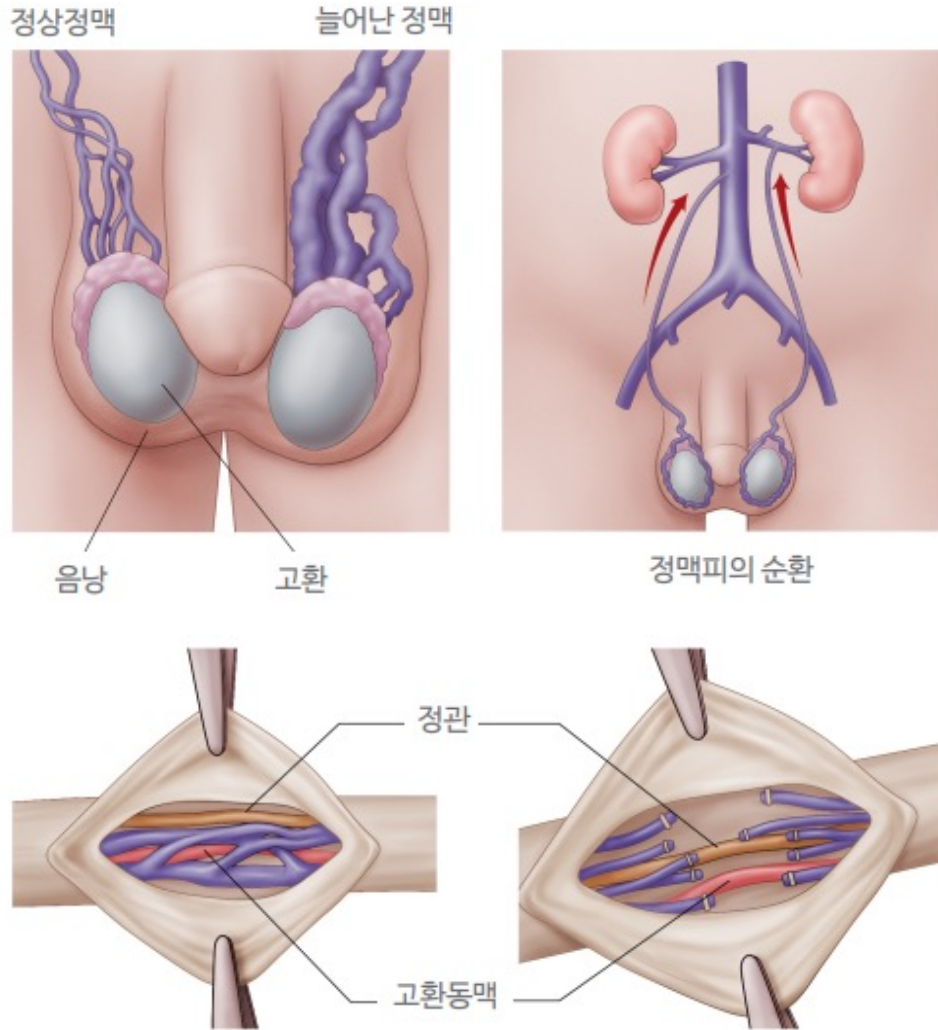
1. 정의 목적

정계정맥류는 고환의 주요 정맥 통로인 정계정맥이 매우 늘어나 있는 상태를 말합니다. 매우 흔하게 발견되는 질환이지만 일부에서 고환의 성장을 방해하고, 정자의 질을 저하시키며 통증을 유발하거나 미용상의 문제를 일으킵니다. 이러한 문제가 있는 경우 늘어난 정맥을 차단하여 정계정맥류를 치료하게 됩니다.

2. 과정 및 방법

피부를 절개하여 정계정맥이 주행하는 부위로 접근하여 늘어나 있는 정계정맥을 묶어 차단하게 됩니다. 어떤 위치에서 정계정맥을 결찰할 지에 따라 수술 부위가 결정되는데 주로 서혜 하부, 서혜부, 후복강 등에서 시행됩니다. 서혜 하부나 서혜부로 접근하는 경우 정교한 미세 수술을 위해 현미경을 이용하기도 하며, 후복강으로 접근하기 위해 복강경을 이용하기도 합니다.

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, 혈종, 혈관천자, 신경병증으로 인한 이상감각 혹은 감각 소실 등이 있습니다.



[그림] 정계정맥류의 수술적 치료. 이미지 출처. 대한비뇨의학회 환자설명리플렛.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 정계정맥류결찰술 후 출혈에 의한 혈종, 수술 부위 감염이나 통증이 발생할 수 있습니다.
- ② 고환 위축 : 수술 중 드물게 정관이나 고환으로 주행하는 신경이 손상될 수 있으며, 동맥이 손상되어 고환 위축이 발생할 수 있습니다.
- ③ 음낭수종 : 림프관이 결찰되어 수술 후 림프액 순환의 장애로 음낭수종이 발생할 수 있습니다.
- ④ 통증 : 수술 전 음낭이나 고환의 통증이 있었다면 수술 후 비슷한 양상의 통증이 남아 있을 수 있습니다.
- ⑤ 정계정맥류의 재발 : 수술 중 발견되지 않은 정맥이나 신생 혈관 등에서 다시 정계정맥류가 발생(재발)할 수 있습니다.
- ⑥ 수술 전후 정액 검사 지표의 개선이 없는 경우도 있으며, 난임의 가능성은 항상 남아 있습니다.
- ⑦ 드물게 수술 후 반흔에 의해 고환이 떨어져 올라가는 경우도 있을 수 있습니다
- ⑧ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

수술 외의 방법으로 경피적 색전술을 시행해 볼 수 있으나, 가장 성공률이 높고 재발 가능성이 낮은 치료법은 서혜 하부 또는 서혜부로 접근하는 미세 수술입니다. 수술이 필요한 상황에서 수술을 시행하지 않고 정계정맥류가 자연 소실되는 경우는 거의 없습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 후 가급적 과도한 신체 활동은 자제하고, 의료진의 지시에 따라 내원하여 상처 확인 및 봉합사 제거가 필요할 수 있습니다.
- ② 약 복용이나 목욕, 샤워 등은 의료진의 설명에 따릅니다.

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 :