

여성 요도 게실절제술 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 :				

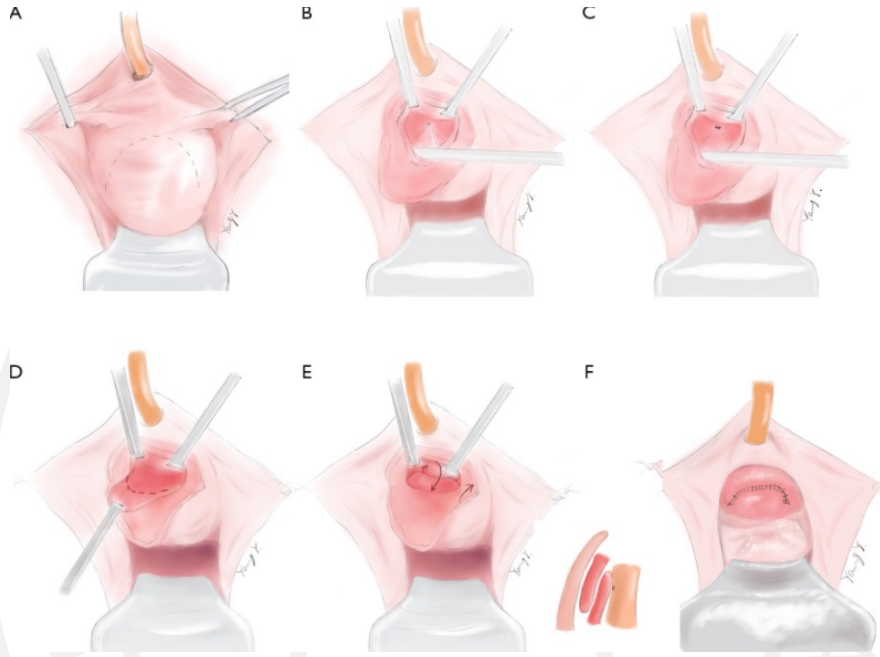
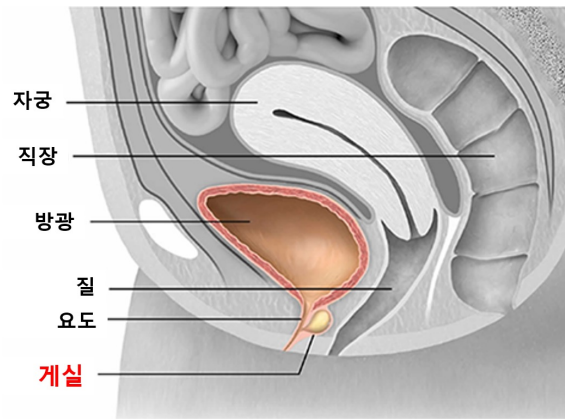
1. 정의 목적

요도 게실은 요도 주변에 발생한 주머니 모양의 종물로, 요도에 염증이나 농양이 있던 자리에 공간이 생겨 발생하는 것으로 알려져 있습니다. 주요 원인은 염증과 요도 손상, 요도 결석 등이 있습니다. 대개는 무증상이나 요도 주변으로 작은 풍선처럼 혹이 만져지기도 하며 요도 통증이나 이물감, 배뇨통, 성교통 등의 증상을 동반하기도 합니다. 요도와의 개통이 없는, 요도낭종과의 감별이 필요할 수 있습니다. 요도 게실은 방치하면 요로감염이나 요실금, 요로결석, 누공 등의 합병증을 유발할 수 있으므로 통증이나 반복적 감염, 배뇨장애 등 증상이 있는 경우 수술적 치료가 원칙입니다.

2. 과정 및 방법

마취 후 요도를 통해 도뇨관을 삽입합니다. 전질벽을 절개하여 요도 게실을 확인합니다. 요도 및 요도 주위 조직과 게실을 분리한 후 요도로부터 게실을 박리하여 절제합니다. 요도와 통해져 있던 열린 공간을 봉합한 후 필요에 따라 주변 조직을 덧대어 봉합 부위를 보강하여 덮어줍니다. 절개했던 전질벽을 봉합하고 수술을 종료합니다. 수술 후 수일에서 길게는 일주일 동안 도뇨관 유지가 필요할 수 있습니다.

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.



이미지 출처. Yang Y, et al. Transl Androl Urol. 2020 Jun;9(3):1028-1036.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 통증, 수술 부위 감염, 요로 감염, 출혈, 혈뇨 등이 있을 수 있습니다.
- ② 수술 후 요실금 또는 배뇨곤란 등 다양한 배뇨증상이 발생할 수 있습니다.
- ③ 수술 후 드물게 요도 협착이나 요도-질 누공이 발생할 수 있습니다.
- ④ 수술 후 성교통이나 질 위축이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 성공적인 수술 이후에도 재발하거나 요도의 다른 부위에 요도 게실이 발생할 수 있습니다.
- ⑥ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

크기가 작거나 초기인 경우 치료하지 않고 경과 관찰을 하거나, 일시적으로 통증 등의 증상이나 염증을 완화시킬 수 있는 약을 복용할 수 있으나 요도 게실의 근본적인 치료는 수술적 절제입니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 후 일정 기간 도뇨관을 유지해야 합니다.
- ② 수술 후 2~3개월 동안 성관계를 삼갑니다.
- ③ 수술 결과를 확인하기 위해 추가적인 검사가 필요할 수 있습니다.
- ④ 병원에서 처방받은 약을 꾸준히 복용하고 의료진의 지시에 따라야 합니다.

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 :