

# 수증기 이용 경요도전립선절제술 동의서

(Transurethral Water Vapor Ablation of Prostate: Rezum™ system)

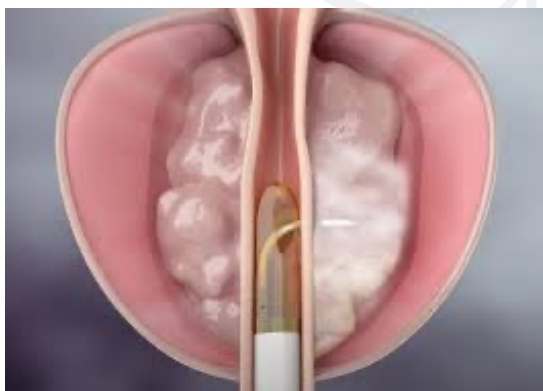
|        |  |       |  |    |  |
|--------|--|-------|--|----|--|
| 등록번호   |  | 연령/성별 |  | 이름 |  |
| 진단명    |  |       |  |    |  |
| 예정 수술명 |  |       |  |    |  |
| 시행 예정일 |  |       |  |    |  |

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.

|                                                               |                               |                                |                               |                               |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>환자의 기왕력 및 현재 상태</b> 현재 환자분께 해당사항이 있다면 표시하고 구체적으로 기입해 주십시오. |                               |                                |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 고혈압                                  | <input type="checkbox"/> 당뇨   | <input type="checkbox"/> 알레르기  | <input type="checkbox"/> 특이체질 | <input type="checkbox"/> 출혈소인 |
| <input type="checkbox"/> 심장질환                                 | <input type="checkbox"/> 신장질환 | <input type="checkbox"/> 호흡기질환 | <input type="checkbox"/> 복용약물 |                               |
| <input type="checkbox"/> 기타 :                                 |                               |                                |                               |                               |

## 1. 정의 목적

수증기 이용 경요도전립선절제술(Transurethral Water Vapor Ablation of Prostate)은 전립선비대증의 증상 완화를 위하여 요도방광내시경에 부착된 수증기 전달 장치를 요도를 통해 삽입하고, 수증기를 비대된 전립선 조직에 주입시켜 비대해진 전립선을 퇴축시키는 전립선비대증의 최소 침습적 치료의 한 종류입니다. 이를 위해 특별히 고안된 Rezum™ system을 이용하며, 전립선 크기 30~80cc 사이의 전립선비대증 환자에서 효과와 안정성이 수용 가능한 수준입니다.



## 2. 과정 및 방법

마취 후 수증기 전달장치를 부착한 내시경을 요도에 삽입하여 비대된 전립선 부위 요도를 확인합니다. 수증기가 3방향으로 분사되도록 특수하게 고안된 바늘을 비대된 전립선에 찔러 넣고 약 9초 동안 전립선조직 내에 수증기를 분사합니다. 이후 바늘을 제거하고 환자의 상태 및 의사에 판단에 따라 같은 방법으로 좌우 수차례 수증기 주입을 시행합니다. 이후 도뇨관을 삽입하고 수술을 종료합니다.

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.

## 3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 수술 중 전립선 피막, 요도, 방광, 직장의 손상이 발생할 수 있습니다.
- ② 출혈(혈뇨), 배뇨통, 빈뇨, 급박뇨, 요폐, 요실금, 요점적, 사정통, 혈정액증, 사정액 감소 등의 증상이 발생할 수 있고, 수술 전 겪은 배뇨증상이 일부 남아 있을 수 있습니다.
- ③ 수술 직후 자가 배뇨가 어려워 일정 기간 동안 도뇨관(소변줄)을 유지해야 합니다.
- ④ 방광염, 부고환염 등의 요로생식기계 감염이 발생할 수 있고 드물게 패혈증으로 집중적인 치료가 필요할 수 있습니다.
- ⑤ 수술 이후 전립선비대증 증상의 재발이나 방광경부 협착, 요도협착 등이 발생할 수 있습니다.
- ⑥ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

## 4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

약물치료를 지속하거나 전립선결찰술(UroLift®) 등의 최소 침습적 치료법을 고려할 수 있고, 수술적 치료로는 경요도전립선절제술(TURP), 홀mium레이저를 이용한 전립선 광적출술(HoLEP), 레이저를 이용하는 전립선기화술(PVP), 개복수술이나 로봇수술 등이 있습니다.

## 5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 수술 직후 배뇨증상은 서서히 좋아집니다. 수술 직후 일정 기간 도뇨관(소변줄)을 착용하고 계셔야 하며, 도뇨관이 당겨지거나 꺾이지 않도록 주의하시고, 소변이 원활히 배출되도록 유지해 주셔야 합니다.
- ② 가벼운 일상생활은 큰 지장은 없으나 무리한 운동이나 과도한 신체활동은 수술 후 며칠 동안은 삼가시는 것이 안전합니다.
- ③ 수술 후 약 1달 정도까지 간헐적으로 혈뇨가 발생하거나 부유물이 소변에 섞여 배출될 수 있으나 대부분 자연스럽게 소실되므로 특별한 처치는 필요하지 않습니다. 경미한 혈뇨가 있는 경우 충분한 수분 섭취와 안정/휴식이 도움이 되며, 과도한 혈뇨로 판단된다면 병원으로 연락하셔야 합니다.
- ④ 수술 후 약 1달 정도는 성관계나 사정을 피하시는 것이 좋습니다. 출혈이나 통증을 유발할 수 있습니다.
- ⑤ 수술 후 일시적으로 소변이 급하게 마려운 증상이나 배뇨통이 나타날 수 있으며, 회복 기간이 지나면서 증상은 서서히 호전됩니다.
- ⑥ 퇴원 후 소변이 매우 마려운 의의가 있고 하복부에 소변이 가득 차 불러오는 등 요폐의 증상이 발생한다면 병원으로 연락하셔야 합니다.
- ⑦ 전립선 조직이 일부 남아 있으므로 수술 이후 정기적인 전립선 검진은 필수적입니다.
- ⑧ 수술 이후 전립선비대증의 증상이 진행하여 추가 치료(수술이나 약물)가 필요할 수 있습니다.

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 :