

방광내 보툴리누스독소(보톡스) 주입술 동의서

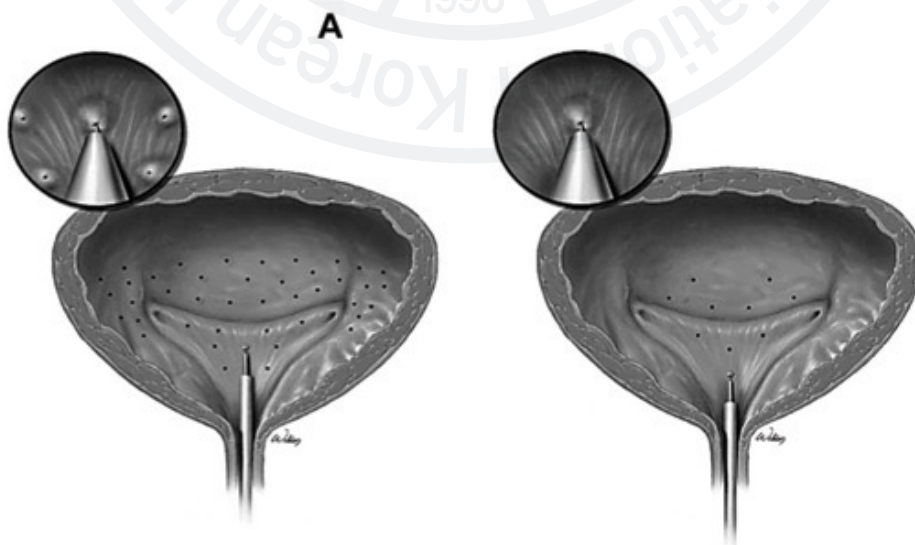
등록번호		연령/성별		이름	
진단명					
예정 수술명					
시행 예정일					

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

행동요법과 약물치료에 실패했거나, 약물 부작용 등으로 약물치료가 어려운 급박뇨, 급박성 요실금을 동반한 과민성 방광 또는 신경인성방광 환자에서 보툴리누스독소(보톡스)를 배뇨근에 주입하여 배뇨근을 이완시키고 불수의적 수축을 억제하는 치료입니다.



이미지 출처. Smith CP, et al. Urology. 2005 Jan;65(1):37-41.

2. 과정 및 방법

마취 후 쇠석위(거치대를 이용하여 양측 다리를 벌리고 눕는 자세)를 취한 후 내시경을 요도로 삽입합니다. 방광 내부를 관찰한 후 내시경의 내강 안으로 특수하게 고안된 주사바늘을 삽입하여 방광의 점막하 또는 배뇨근에 일정량의 보툴리누스독소(보톡스)를 주입합니다. 통상적으로 방광 내부에 일정한 간격을 유지하며 20~30곳에 정해진 양을 주입합니다. 주입이 끝난 후 필요에 따라서 도뇨관을 삽입하기도 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.

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 자가 배뇨가 가능했던 환자가 방광내 보툴리누스독소(보톡스) 주입 후 배뇨를 불편하게 느끼거나 급성 요폐가 발생할 수 있습니다. 보툴리누스독소(보톡스)의 작용 시간이 끝나면 자연스럽게 배뇨기능이 회복되지만 일정기간 자가도뇨를 시행하거나 도뇨관을 유지해야 할 수 있습니다.
- ② 드물게 보툴리누스독소(보톡스)에 과민반응이나 알레르기 반응이 있을 수 있습니다.
- ③ 방광내 보툴리누스독소(보톡스) 주입 부위에서 출혈이 있을 수 있습니다. 대부분은 자연스럽게 지혈되어 회복되지만, 일부에서 혈종이 형성될 정도의 출혈이 발생하여 추가 처치가 필요할 수 있습니다.
- ④ 수술 후 통증, 배뇨 시 불편감, 요로감염 등이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 수술 중 방광 손상이나 요도 손상이 발생할 수 있습니다.
- ⑥ 일부 척수 손상 환자에서 자율신경반사부전을 일으킬 수 있습니다.
- ⑦ 극히 드물게 주사 부위 이외의 다른 부위에 근육마비를 일으키는 “보툴리눔 중독”에 의한 사망이 발생한 바 있으나, 국내에서 보고된 바는 없습니다.
- ⑧ 보툴리누스독소(보톡스) 주입과 관련한 부정맥, 심근경색 등 심혈관계 이상, 발작이 보고된 바 있습니다.
- ⑨ 근무력증, 근위축성측색경화증, 램버트증후군 등의 환자의 경우 보툴리누스독소(보톡스)의 근이완작용으로 질환이 악화될 수 있습니다.
- ⑩ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

약물치료나 천수신경조절술, 장을 이용한 방광확대수술 등을 고려할 수 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 주입된 보툴리누스독소(보톡스)의 효과는 시간이 지나면서(2~6개월) 그 작용이 점차 소실됩니다. 그러므로 보툴리누스독소(보톡스) 주입은 일정한 시간 간격을 두고 반복적으로 시행하게 됩니다.
- ② 보툴리누스독소(보톡스) 주입의 효과가 만족스럽지 않다면 추가적으로 주입할 수 있습니다.
- ③ 수술 이후 자가 배뇨 관찰 및 잔뇨량 측정은 매우 중요합니다. 정기적인 외래 진료가 반드시 필요합니다.

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 :