

방광수압확장술 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

간질성 방광염/ 방광통증후군은 뚜렷한 감염의 증거가 없음에도 심한 빈뇨, 절박뇨, 야간뇨 등의 배뇨증상과 함께 하복부(치골 상부), 요도, 질, 회음부 등의 통증을 특징으로 하는 질환입니다. 방광의 충만 시 통증을 느끼며 방광의 섬유화 등으로 방광의 용적이 감소되는 특징이 있습니다. 방광내시경을 시행하며 관류용 생리식염수가 주입되는 압력을 이용하여 방광을 확장시키는 것은 간질성 방광염/ 방광통증후군의 진단과 일부 통증의 경감을 목적으로 시행합니다.

2. 과정 및 방법

전신마취(혹은 척추마취, 경막외마취)를 시행하고 쇄석위(거치대를 이용하여 양측 다리를 벌리고 눕는 자세)로 눕습니다. 방광에 내시경을 삽입하고 관류용 생리식염수를 80~100cmH₂O 압력으로 일정시간 동안 방광에 주입하고 기다립니다. 이후 방광을 비우고 내시경을 이용하여 방광 내벽의 변화를 관찰합니다.

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 하복부 통증이나 배뇨통, 배뇨증상, 출혈이 며칠간 악화될 수 있으나 특별한 조치를 취하지 않아도 자연스럽게 소실됩니다. 통증이나 출혈이 극심하거나 배뇨증상이 수일 이상 지속되는 경우 의료진에게 알려주셔야 합니다.
- ② 수술 후 일시적으로 요폐가 발생할 수 있습니다.
- ③ 수술 후 발열 등을 동반한 요로 감염이나 패혈증이 발생할 수 있으며 이 경우 항생제 복용이나 입원 치료 등이 필요할 수 있습니다.
- ④ 수술 과정 중 매우 드물게 요도, 방광의 손상이나 천공이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

간질성 방광염/ 방광통증후군의 치료는 매우 비특이적이며 증상의 개선을 목표로 합니다. 내시경 소견에서 Hunner병변이 있는 경우 경요도 절제를 시행할 수 있습니다. 방광수압확장술 외에, 혹은 병행하여 약물치료 또는 방광내 약물주입요법 등을 시도해 볼 수 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

간질성 방광염/ 방광통증후군에서 방광 수압 확장술은 진단적 가치와 함께 일부 증상의 개선 효과도 있으나, 질환 자체가 만성적인 경과를 보이므로 증상에 맞게 다양한 치료법을 복합적으로 시행해야 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 : _____ 1996 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 :