

요관스텐트 삽입술 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.

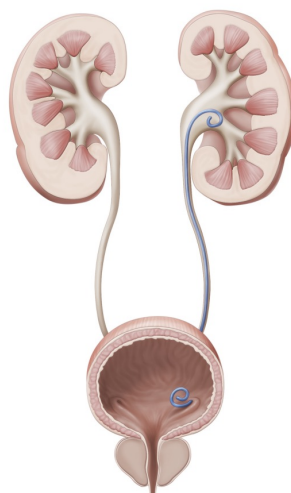
환자의 기왕력 및 현재 상태 현재 환자분께 해당사항이 있다면 표시하고 구체적으로 기입해 주십시오.				
☐ 고혈압	☐ 당뇨	☐ 알레르기	☐ 특이체질	☐ 출혈소인
☐ 심장질환	☐ 신장질환	☐ 호흡기질환	☐ 복용약물	
☐ 기타 :				

1. 정의 목적

요관스텐트(요관부목) 삽입술은 신장이나 요관 또는 요관 주위 조직의 문제로 인해 신장에서 방광으로 소변이 잘 내려가지 않는 경우 신장에서 방광까지 도관(요관스텐트)을 설치하여 신장의 소변이 원활히 배출되도록 유도하는 수술입니다. 또한 기존에 요관스텐트가 설치된 경우, 정기적으로 요관스텐트를 교체하기 위하여 시행하기도 합니다.

2. 과정 및 방법

통상적으로 국소마취를 시행하나, 통증이 심하여 수술이 어려운 경우 의식하 진정이나 척추마취, 전신마취 등을 시행할 수 있습니다. 쇄석위(거치대를 이용하여 양측 다리를 벌리고 눕는 자세)를 취한 후, 요도를 통하여 내시경을 방광으로 진입시킨 후 요관구를 통해 유도철선(Guide wire)을 삽입하고 이를 따라 요관스텐트를 신장의 집뇨계인 신배까지 밀어 올려 삽입합니다.



이미지 출처: 대한비뇨의학회 환자설명리플렛.

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

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 요도를 통해 내시경을 방광으로 진입시키므로 통증이나 경미한 출혈이 발생할 수 있습니다.
- ② 요관스텐트로 인해 옆구리의 통증이나 혈뇨, 배뇨통, 급박뇨, 빈뇨, 잔뇨감 등의 배뇨증상이 발생할 수 있습니다.
- ③ 요로감염으로 인한 고열, 옆구리 통증, 다양한 배뇨증상이 발생할 수 있고, 드물게 패혈증이 발생할 수 있습니다.
- ④ 요관스텐트가 원하는 정위치에 위치하지 못하고 상부나 하부로 이동할 수 있습니다. 이러한 경우 요관스텐트를 제거하거나 위치를 재조정합니다.
- ⑤ 요관스텐트의 표면에 결석과 비슷한 단단한 가피가 형성되어, 내시경을 이용한 통상적인 방법으로 제거나 교체가 어려울 수 있습니다.
- ⑥ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

신장에서 생성된 소변이 제대로 배출이 되지 않으면 신장 기능이 저하되어 회복이 불가능할 수도 있습니다. 신장에서 소변을 배출시키고 신장 내부의 압력을 낮추기 위해서 요관스텐트 삽입술 외에 고려할 수 있는 치료법은 옆구리 피부를 통한 경피적 신루설치술이 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 신장부터 방광까지 소변의 흐름에 지장을 주는 원인이 해결되면 요관스텐트는 반드시 제거해야 합니다.
- ② 만일 장기간 요관스텐트를 유지해야 하는 경우 2~3개월 주기로 요관스텐트를 교체해야 합니다.
- ③ 장기간 남아있는 요관부목은 가피가 형성되고 결석처럼 굳어 오히려 소변의 배출을 방해하고 다양한 문제를 일으킬 수 있습니다. **반드시 정해진 날짜에 병원을 방문하여 요관스텐트를 제거하거나 교체해야 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 :