

경요도적방광내수술 결석 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.

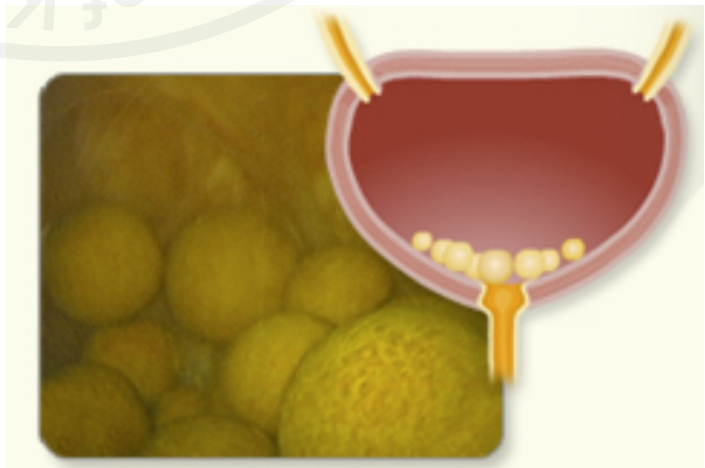
환자의 기왕력 및 현재 상태 현재 환자분께 해당사항이 있다면 표시하고 구체적으로 기입해 주십시오.				
☐ 고혈압	☐ 당뇨	☐ 알레르기	☐ 특이체질	☐ 출혈소인
☐ 심장질환	☐ 신장질환	☐ 호흡기질환	☐ 복용약물	
☐ 기타 :				

1. 정의 목적

이따금 발생하는 배뇨통 및 배뇨 곤란과 함께 동반된 혈뇨는 방광결석 및 요도결석의 전형적인 증상에 해당합니다. 내시경을 이용하여 방광 내부의 결석을 확인하고 레이저 등 결석을 분쇄하여 제거할 수 있는 기구로 방광 및 요도 내부의 결석을 제거하는 수술입니다.

2. 과정 및 방법

- ① 마취 후 요도를 통해 내시경을 방광으로 진입 시킵니다.
- ② 내시경으로 결석을 확인 후, 필요에 따라 레이저 등 결석을 몸 안에서 분쇄할 수 있는 장치를 이용하여 결석을 분쇄 후 전용 겸자 또는 결석 포획 바구니 등을 사용하여 결석을 제거합니다.
- ③ 필요에 따라 도뇨관을 삽입합니다.



이미지 출처: 질병관리청 국가정보포털 health.kdca.go.kr

3. 발생할 수 있는 합병증

- ① 요도를 통해 내시경이 진입하므로 요도나 하복부에 통증이나 출혈이 있을 수 있으나 대부분 수술 후 며칠 내로 증상이 경감됩니다.
- ② 수술 중 세균이 방광, 요관 등에 침투하여 자극증상, 발열 등 요로감염의 증상을 유발할 수 있습니다. 매우 드물게 패혈증까지 발생할 수 있어 수술 후 심한 통증이나 배뇨증상, 고열이 있거나 갑자기 어지러운 경우는 즉시 내원하시거나 가까운 응급실로 방문하셔야 합니다.
- ③ 수술 후에도 결석이 남아있을 수 있으나, 작은 크기의 잔석은 대개 자연 배출 됩니다.
- ④ 결석 등 자체의 질환으로 인해 또는 수술하는 과정 중에서 방광 손상이 있을 수 있으며 드물게 방광 천공이 생길 수 있습니다. 또한 요도를 통한 수술이므로 요도 손상 및 요도 협착이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 결석이 내시경으로 제거가 불가능할 정도로 매우 크거나 단단한 경우, 봉합이 필요한 방광 손상이 발생한 경우 개복수술이 필요할 수 있습니다.
- ⑥ 기타 환자 상태에 따라 예측이 어렵고 불가항력적인 합병증이 발생할 수 있습니다.

4. 선택할 수 있는 다른 치료방법

방광결석/요도결석은 크기가 큰 경우 자연 배출을 기대하기 어렵습니다. 체외충격파쇄석술을 시도해 볼 수도 있으나 체외충격파쇄석술 단독으로 결석을 완전히 제거하는 것은 어려울 수 있습니다. 내시경을 이용한 수술이 아닌 경우 개복수술을 고려할 수 있습니다. 결석의 크기가 매우 크거나 분쇄가 어려울 것으로 예상되는 경우 개복수술이나 복강경수술을 먼저 고려할 수도 있습니다.

5. 수술과 관련된 주의사항

- ① 결석은 재발률이 높은 질환입니다. 방광결석을 유발하는 전립선비대증, 요로감염, 요정체, 방광내 이물질 등의 선행 요인이 있다면 이에 대한 치료가 이루어져야 방광결석의 재발률을 낮출 수 있습니다.
- ② 수술 후 무리한 활동을 자제하고 휴식을 취하며, 수분 섭취를 충분히 합니다.
- ③ 혈뇨나 배뇨증상, 통증 등이 점점 악화되거나 혈종 등으로 배뇨가 곤란한 경우 즉시 내원하시거나 가까운 응급실을 방문하셔야 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 :