경막외 차단술에 대한 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

진단명

가. 귀하의 현재 상태 : 경수 (요천수부) 신경근병증 (추간판 탈출증, 척추 협착증)의 의증이 있습니다.

나. 경수 및 요천수부 신경근병증의 증상 : 상기 의증은 여러 가지의 원인에 급성 또는 만성적인 경과에 의해서 발생할 수 있습니다. 사람의 척추뼈와 뼈 사이에는 추간판이 존재하여 충격을 흡수하고 움직임을 원활히 조절하는데 이 추간판 속의 수핵이 탈출하여 하지로 내려가는 신경근을 압박하는 경우 이를 추간판 수핵 탈출증이라고 하며, 이때 경수 또는 요천수부의 급성 신경근병증을 유발합니다. 그러나 추간판 탈출증 외에도 척추뼈의 퇴행성 변화가 심하거나 척추 협착증이 있는 경우에도 척수에서 신경이 빠져나가는 길인 신경공이 좁아져서 신경근병증이 발생하며 이때 주로 만성적인 요천수부의 신경근병증을 유발합니다.

흔히 발생하는 증상으로는 경부통 및 요통과 함께 상지 또는 하지로 내려가는 방사통입니다. 이와 함께 손끝 발끝까지 전기가 흐르듯이 저리거나 감각의 이상이 나타나 감각저하, 이상감각 등이 나타나고 근력약화가 나타납니다. 계속 신경압박이 진행되는 경우에는 근력약화가 진행되고, 심한 요천수부 신경병증의 경우에는 배뇨곤란 등의 증상이 발생할 수도 있습니다.

다. 추가적인 검사의 필요성 : 귀하의 현재 의증인 신경근병증의 확진을 위해서는 척추 자기공명영상 촬영 및 근전도 검사가 필요합니다.

진단명에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 위 증세를 완화 시키기 위한 방법

가. 시술명 : 경막외 차단술

나. 시술의 목적 : 현재의 통증 및 증상을 치료하고 신경의 염증과 부종을 완화하여 신경 손상이 진행되는 것을 막기 위해 시술합니다.

다. 시술의 방법
1) 경막외강에 국소마취제나 기타 약물을 주입하여 척수신경을 차단하는 방법입니다.
2) 경막외 차단술은 약물 주입을 1회에 끝내는 방법과 카테터를 사용하여 지속적으로 약물을 주입하는 방법이 있습니다.

라. 귀하가 알아야 할 치료경과는 다음과 같습니다.
1) 약물 주입은 국소 마취제 외에 스테로이드 제재를 함께 혼합하여 사용할 수 있습니다.
2) 시술의 자세는 요추부 경막외 차단술인 경우 침대에 측와위로 누워서 시술합니다.
3) 약물 주입 후 적어도 30분간은 침상 안정하면서 약물 주입의 효과, 호흡, 의식상태 등을 감시하게 되며 필요에 따라서는 약 2시간 정도까지 안정을 취해야 합니다.

치료경과에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

시술 후 후유증 내지 합병증

이 시술의 합병증 발생의 빈도는 1% 미만이며, 저혈압, 경막천자, 신경손상, 경막외 혈종, 농양, 중독증상, 이소천자, 카테터 삽입에 따른 발열, 국소 압통, 피하고름집 등이 발생할 수 있습니다. 또한 스테로이드제를 사용해 주사하는 경우 당뇨와 고혈압이 있는 환자에서 혈당 및 혈압이 상승할 수 있습니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

후유증 내지 합병증 발생률

우리 병원에서 현재 위의 수술에 대한 후유증 및 합병증 발생률은 저혈압(%), 경막천자 (%), 신경손상 (%), 경막외 혈종(%), 경막외 농양(%), 중독증상(%), 딴곳천자(%), 카테터 삽입에 따른 발열(%), 국소 압통(%), 피하농양(%) 입니다.

후유증 내지 합병증 발생률에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

이 수술 이외의 치료방법

첫째, 내과적 치료: 약물요법, 물리치료, 운동치료, 국소 근육주사
둘째, 수술

대체 치료방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

치료를 하지 않는 경우

자발적인 경과를 거쳐 증상이 호전되는 경우도 있으나, 심한 경우 난치성 만성 통증으로 진행하거나 영구적인 근력약화가 생길 수 있습니다.

치료를 하지 않을 경우에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) _____
2) _____

년 월 일

주치의사 : _____ **(인)**

면허번호 : _____

서약

본인은 위 _____증의 치료를 위한 _____술의 방법과 시술에 따른 후유증과 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로, 본 시술을 받을 것을 신청합니다. 아울러 시술에 따른 모든 지시사항을 충실히 이행하며 주치의 및 시술의사의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 서약합니다.

귀하의 증상과 치료 및 후유증에 관한 상세한 설명을 들었다면 **들었음,** _____
본 동의서 사본을 받았으면 **받았음** 이라고 자필로 기재해 주십시오. _____

본 동의서는 잘 보관하십시오.

년 월 일

환 자 : _____ **(인)**

보호자(법정대리인) : _____ **(인)**