뇌척수액 검사에 대한 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

진단명

환자의 현재 신경학적 증상과 검사 소견의 결과를 종합해 볼 때 _____ 이 의심됩니다.

이와 같은 진단은 임상양상과 신경학적 진찰 소견, 뇌전산화 단층촬영 등으로 의심해 볼 수 있겠으나 확진을 위해서는 뇌척수액 검사가 필수적입니다.

진단명에 대하여 들었습니다. **서명 :** **(인)**

뇌척수액 검사의 목적

뇌척수액 검사는 정상적으로 염증세포나 세균이 존재해서는 안되는 뇌척수액내에 염증세포가 얼마나 있고, 나아가 염증반응으로 인한 단백질과 당의 농도 변화, 특수 화학 물질의 농도 등을 검출하여 뇌염이나 뇌막염의 확진을 하게 됩니다. 또한 뇌척수액 내에 존재하는 세균을 직접 배양하여 치료를 위한 적절한 항생제 사용의 판단 근거가 마련됩니다.

검사의 목적에 대하여 들었습니다. **서명 :** **(인)**

뇌척수액 검사의 방법

검사는 비교적 간단하며 준비과정까지 포함해 약 30분 이내에 끝나며 통증이 심하지 않아 허리부위에 국소마취를 하거나 마취 없이 시행되기도 합니다.

환자는 옆으로 누운 채 머리를 굽히고 다리를 오무려 마치 새우등을 만든 듯한 자세를 취합니다. 시술의사는 환자의 뒷편에서 환자의 허리 부위 피부를 아주 깨끗하게 소독한 후 가는 바늘을 꽂아서 뇌척수액의 압력을 측정하고 약간의 뇌척수액을 얻어 백혈구 수, 적혈구 수, 당 수치, 단백질 수치 등을 검사합니다. 뇌척수액 성분 검사에 따라 그 결과는 수일 이상의 시간이 소요되기도 하며 균 배양이나 DNA 증폭 방법으로 어떤 종류의 균인지 확진을 할 수도 있습니다.

간단한 뇌척수액 검사 후 환자는 머리를 낮추고 수시간 이상 침상에서 안정을 취하도록 권유합니다. 이는 뇌척수액 검사 후 동반될 수 있는 저뇌압성 두통을 예방하고자 하기 때문입니다.

뇌척수액 검사는 뇌부종이 매우 심한 환자에서 시행할 경우 뇌척수액의 유출로 인해 급작스러운 뇌압 변동이 유발되어 심각한 뇌손상을 일으킬 수 있으므로 시행 의사는 사전에 반드시 뇌전산화 단층촬영을 통한 이상 유무를 확인 후 시행하게 됩니다. 또한 요추 부위의 수술로 인해 감염의 위험성이 있거나 검사 바늘이 들어가기 어려운 경우는 시행할 수가 없게 됩니다.

검사의 방법에 대하여 들었습니다. **서명 :** **(인)**

뇌척수액 검사의 후유증

간혹 중추신경계 감염 질환이나 척수염 등의 진단을 위해 뇌척수액 검사를 시행한 후 하지 마비가 되었다고 호소하는 환자 분들이 있는데 이것은 뇌척수액 검사의 결과가 아니고 질병 자체의 진행에 따른 결과입니다. 왜냐하면 뇌척수액 검사를 위한 바늘은 척수가 없는 허리뼈 4-5번 사이의 공간에서 시행하게 됨으로 척수 손상의 가능성은 전혀 없기 때문입니다. 다만 요추 주변의 인대나 근육의 자극으로 국소적 통증이 수일간 지속될 수는 있습니다.

드물게 바늘이 들어간 곳을 통해 감염과 염증이 유발되어 오히려 뇌막염이 발생할 수도 있습니다. 그러나 이의 예방을 위해 모든 검사기기는 완벽한 소독 절차를 거친 것이고 시술 의사는 허리뼈 주변 피부를 철저히 소독한 후 시행하게 됩니다.

가장 흔한 후유증은 뇌척수액을 빼냄으로써 일시적인 뇌압 저하가 일어나 앉거나 서면 두통이 심해지는 저뇌압성 두통이 일어날 수 있습니다. 그러나 대부분 절대 안정을 취하면 수일내에 사라지게 되며 드물게 지속되는 경우에는 뇌척수액이 새는 곳을 막는 시술을 하기도 합니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명 :** **(인)**

귀하의 경우 현재 다음과 같은 특이 사항이 있습니다.

1) _____

2) _____

년 월 일

주치의사 : _____ (인)

면허번호 : _____

서약

본인은 환자의 정확한 질병 진단과 치료를 위한 뇌척수액 검사의 방법과 시술에 따른 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로, 시술 후의 후유증 발생의 위험을 감수하고 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)