장 폐쇄증 수술시 설명 및 동의서

환자의 이름 :
주민등록번호 :
주 소 :

진단명

가. 귀하의 현재상태 : 장폐쇄증의 의심이 있습니다.
나. 장폐쇄증의 원인 및 증상 : 원인은 첫째 기계적 장폐쇄증으로 수술 후 발생하는 장유착, 장내종양이나 이물질에 의한 장관내 폐쇄, 탈장, 장의 선천성기형, 장의염전 등이며 둘째 마비성장폐쇄증으로 수술 후 일시 마비나 전해질 불균형, 복막염, 장의 허혈, 복강내 패혈증 등이며 셋째는 소장의 혈관의 폐쇄에 의한 것입니다.
다. 진단방법 : 병력청취, 진찰 소견 및 단순복부 촬영이 큰 도움이 되고, 장 폐쇄증의 위치와 원인을 알기 위하여 복부 전산 단층 촬영술이나 복부 초음파 진단이 필요한 경우도 있습니다.

진단명에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

귀하의 위 증세를 완화시키기 위한 방법

가. **수술명**
① 장을 열지않는 이과적 처치법 ( )
② 장 절개술 ( )
③ 측관 형성술 ( )
④ 경피 장누공 형성술 ( )
⑤ 장 절제술 및 문합술 ( )입니다.

나. **수술의 목적**
장의 폐쇄를 일으키는 원인을 제거하여 장의 폐쇄를 교정하여 주는 것입니다.

다. **수술방법**
(1) 장을 열지 않는 이과적 처치법 : 장 유착 박리술, 장 중첩증의 손에 의한 정복, 교액된 탈장정복 등입니다.
(2) 장절개술 : 장을 절개하여 위석, 분괴, 담석 등의 장 내강을 막는 물질을 제거합니다.
(3) 측관형성술 : 절제 불가능한 폐쇄성 암종에 대한 측관 형성술을 시행할 수도 있습니

다.

(4) 경피 장누공형성술 : 장폐쇄증이 생긴 암종양의 제거가 불가능한 경우에 시행합니다.

(5) 장 절제술 : 장에 암이 발생한 경우와 괴사된 경우에 장을 절제하고 문합술을 시행합니다.

라. 귀하가 알아야할 **치료 경과**는 다음과 같습니다.

(1) 장폐쇄증 환자는 수술 후 장운동이 필요하므로 다른 복부수술 환자보다 금식을 오래 할 수도 있습니다.

(2) 수술 후 2-3일간 레빈관을 삽입하여야 하며, 때에 따라서는 5-6일간 레빈관 삽입을 유지하는 경우도 있으며 장운동 회복을 위하여 조기에 운동하는 것이 도움이 됩니다.

(3) 다시 장유착이 발생하는 경우가 많으며 재수술을 시행할 경우도 많습니다.

(4) 장 문합부위 및 단순 봉합시에 문합부 누출이 발생할 수도 있습니다.

증세를 완화시키기 위한 방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

시술 후의 후유증 내지 합병증

문합부 누출, 재발성 장 폐쇄증, 폐 부전, 심폐정지, 복강내농양, 패혈증, 창상감염, 단장증후군, 사망 등이 발생되기도 합니다.

후유증에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

후유증 내지 합병증 발생률

우리 병원에서는 문합부 누출(　　%), 재발성 장 폐쇄증(　　%), 단장증후군(　　%), 사망률(　　%)입니다.

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

이 수술 이외의 치료방법

1) 금식하고 수분과 전해질을 교정할 수 있습니다.
2) 레빈관이나 밀러 아보트관을 삽입하여 위장관 내압을 감소시킬 수 있습니다.
3) 진통제나 항생제등 보조치료를 할 수 있습니다.

대체 치료방법에 대하여 들었습니다. **서명** **(인)**

치료를 하지 않는 경우

장천공이나 패혈증으로 사망할 수도 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

위 장폐쇄증의 치료를 위한 수술의 방법과 수술에 따른 합병증에 대하여 충분히 이해하였으므로 수술후의 후유증 발생의 위험을 감수하고 본 수술을 받을 것을 신청합니다.

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)**