
	<b>Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</b> <b>a</b> <b>Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</b> H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. <b>Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</b>	
	<b>XVII. kerületi szakrendelő, Reumatológia</b> <b>Ambulanciavezető: Dr. Sebestyén Mária</b> Tel: [36-1] 254-0540      www.bajcsy.hu	

## Paravertebrális injekció DEGENERATIV(KOPÁSOS) GERINC BETEGSÉG

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önrel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében PARAVERTÉBRÁLIS (gerinc melletti izomzatba adott) INJEKCIÓ beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. A REUMATOLÓGIA. Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

**Beteg neve**..... **TAJ:** □□□-□□□-□□□

**Születési idő:** □□□□.□□.□□

### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE DEGENERATIV(KOPÁSOS) GERINC BETEGSÉG-DG.:.....

Ön nyaki, háti vagy deréktáji, esetleg valamelyik végtagba is kisugárzó fájdalma miatt kereste fel az ambulanciánkat. Ezeknek a panaszoknak a hátterében állhat a gerinc egyik alkotóelemének kóros elváltozása. Az Önt ellátó orvos a panaszok, a vizsgálat és a rendelkezésre álló képalkotók (pl.: röntgen, CT, MRI) elemzése után meghatározta a fájdalmak forrását.

Ez a fájdalom az Ön esetében a következő struktúrák egyikétől származik.

- I. A csigolyákat hátul összekötő kisízületek terhelése valamilyen okból megnő. Felgyorsul a természetes kopás (arthrosis), amely az ízület fájdalmassá válását eredményezheti.
- II. A gerinccsatornából minden szomszédos két csigolya között, kétoldalt egy idegpár lép ki. Ezek a nyaki szakasról a felső, míg az ágyéki szakasról az alsó végtagokba tartanak. Ezen idegek irritációja – „becsípődés,, – idegyulladásal, és az adott végtagba kisugárzó fájdalommal járhat .
- III. Leggyakrabban a terhelésnek legjobban kitétt, legalsó kettő porckorong elhasználódása (degenerációja) jelentkezik először, ami a gerinccsatorna ezen szakaszának következményes beszűkülésével és így akár több, ezen szakaszon eredő idegnek az irritációjához vezethet. Hasonló panaszokat okozhat, korábban ezen a szakaszon végzett gerincműtét után kialakuló hegesedés a gerinccsatornában.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE,LEHETSÉGES KOCKÁZATA,EGYÉB VÁLASZTHATÓ KEZELÉSEK

PARAVERTÉBRÁLIS (gerinc melletti izomzatba adott) INJEKCIÓ

Ezek a panaszok legtöbbször úgynevezett konzervatív kezeléssel, tehát gyógyszerekkel, tornával, fizioterápiával orvosolhatóak. Fizioterápiás kezelés, helyi kenőcsök, pakolások is gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító hatásúak,azonban közel sem mentesek mellékhatásokról míg a fizioterápia többszöri alkalmazása egyéb belgyógyászati betegségek mellett nem vagy csak szoros szív és vérnyomás ellenőrzés mellett alkalmazható,adásukkor elsősorban vérnyomás és szív panaszok jelentkezhetnek, míg az un. nem szteroid vagy szteroid gyógyszeres terápia a legtöbb gyógyszerre jellemző általános mellékhatások mellett hosszabb vagy akár rövidebb távon is átmeneti enyhe vagy akár súlyos gyomor-bélrendszeri mellékhatásokat okozhatnak. Néha azonban ezek a terápiák nem hozzák meg a kívánt hatást, vagy célszerűbbnek látszik egy

pontosan meghatározott fájdalomforrás egyszeri, „invazívabb” ellátása. Invazívnak azért nevezzük, mert legalább egy injekció alkalmazása szükséges ehhez, ami valamennyi fájdalommal járhat.

A gerinc melletti izomzatba beadott kis mennyiségű helyi érzéstelenítő és gyulladáscsökkentő (szteroid) az ízületre, vagy a szomszédos két csigolya között kilépő ideg esetében az irritált (becsípődött) idegre hat.

A kiindulási pont lokalizálása után sokkal hatékonyabb és gyorsabb az injekciós kezelés amely célzottan főleg a fájdalom kiindulási helyén fejti ki hatását.

Mi az injekciós beavatkozás menete?

Fekvő vagy ülő helyzetben a bőr előzetes, gondos fertőtlenítése után az injekcióval a gerinc melletti izomba juttatjuk a gyógyszert. Az injekció ún. helyi érzéstelenítőt (többnyire Lidocaint) és gyulladáscsökkentő gyógyszert (mellékvesekéreg hormon, szteroidot) tartalmaz. A szúrásnyomokat steril gézzel befedjük és leragasztjuk, a kötést 3-4 óra múlva lehet levenni.

Milyen kockázatai és kellemetlenségei lehetnek a beavatkozásnak?

Az injekciót követően az érintett végtag melegsége, zsibbadása, akár elgyengülése jelentkezhethet, amely az alkalmazott helyi érzéstelenítő hatása és természetes jelenség, maximálisan egy napig, de általában csak néhány óráig tart. Ezután a beavatkozás után 1/2-1 óra fekvés szükséges.

A lokálisan adott injekciónak a szakmai szabályok betartása esetén is lehetnek veszélyei (szövődményei). A fertőzést steril eszközök alkalmazásával és a bőr gondos fertőtlenítésével igyekszünk elkerülni. Igen ritkán azonban még előfordulhat, ezért ha a szúrás helyén lüktető fájdalmat érez, láz, hidegrázása alakulna ki az injekció után, azonnal forduljon orvoshoz, mert így a célzott kezeléssel a súlyosabb, esetlegesen mélyebbre terjedő fertőzés elkerülhető.

Gyógyszerallergia bármilyen gyógyszer alkalmazása esetén előfordulhat, ilyenkor megfelelő helyi és általános gyógyszeres kezeléssel a tünetek megszüntethetők. Igen ritkán a mellékvesekéreg hormoninjekció a szúrás helyi kis terjedésű bőrsorvadást, a terület bőrének elvékonyodását okozhatja, mely kis esztétikai károsodás, teendőt általában nem igényel. Ritkán bevérzés a szúrás helyén létrejöhet, amennyiben kis terjedésű, akkor teendőt nem igényel, néhány nap alatt magától felszívódik. Nagyobb bevérzés esetén kérjük, forduljon orvoshoz az esetleges további szövődmények (elfertőződés) meggátlása érdekében. A beadott mellékvesekéreg-hormon injekció néhány órás arckipirulást eredményezhet. Vérnyomás emelkedés, vízvisszatartás, vagy vércukor emelkedés előfordulhat.

Ezek az eljárások nem végezhetőek el abban az esetben, ha az alkalmazott gyógyszerek valamelyikére érzékeny. Ha olyan gyógyszert szed, amely a vér természetes alvadását gátolja – „vérhígító” – pl. Syncumar, Aspirin Protect, Plavix stb. Továbbá, tekintettel arra, hogy befolyásolhatják a vércukorszintet és a vérnyomást, fokozott körültekintést igényelnek cukorbetegség és magas vérnyomás betegség esetén. Kérjük ezért, hogy amennyiben Önnek gyógyszerérzékenysége van, véralvadást befolyásoló gyógyszert szed, vagy kezelt cukorbeteg, ill. vérnyomásbeteg, erről feltétlenül tájékoztassa kezelőorvosát.

### 3./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasoltam.

Az orvos kiegészítése:

.....  
.....  
.....

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

### 4./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

## 5./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....

