

本人已經與醫師討論過接受這個檢查/治療的相關資訊(如：實施原因、步驟、風險及替代方案等)，對於醫師的說明都已充分了解，本人同意進行檢查/治療。

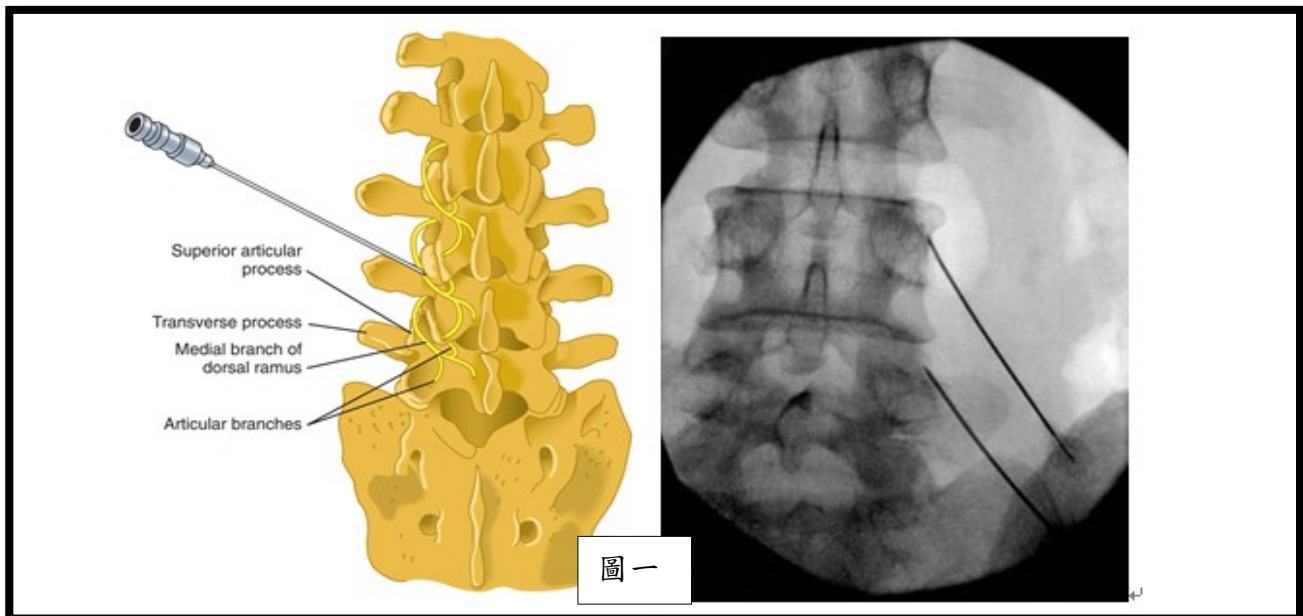
### 認識脊椎小面關節炎：

脊椎小面關節是脊椎骨互相連接的地方，小面關節會因為外傷或退化產生關節炎，造成疼痛。內側神經是一些細小的神經，支配小面關節的感覺區域。

腰椎小面關節炎的常見症狀為下背痛、腰部延伸到臀部和大腿非皮紋分布的疼痛。頸椎小面關節炎的常見症狀為頸部疼痛、僵硬和後側頭痛，少部分人會有肩膀和鎖骨上方疼痛。

### 檢查流程/治療步驟：

- 1、為病人裝設生理監測儀器，需要輕微鎮靜麻醉者則以點滴方式給予鎮靜麻醉劑。
- 2、病人採俯臥姿勢。
- 3、醫師會藉助影像導引來確定相關解剖位置，並決定治療部位。
- 4、在預計治療部位的表皮注射局部麻醉劑(相關資訊另作說明)。
- 5、在影像導引下將針插至內側神經附近，用射頻針刺激神經確認位置(圖一)，這時會在原本疼痛部位有壓力感或不適感。
- 6、開始進行高頻熱凝止痛治療
- 7、治療後觀察 60 分鐘，即可返家。



### 局部麻醉之相關資訊如下：

- 以棉棒沾取殺菌液(chlorhexidine)，於預定下針部位為中心，由內向外消毒各三次。
- 利用針筒將適量麻醉劑(2% xylocaine)注射於傷口周圍。
- 麻醉之風險：少數人藥物過敏引致之突發性反應。麻醉後可能出現之症狀：一般而言沒有症狀。

極少數可能副作用，包括噁心、嘔吐、低血壓、心跳徐緩、感覺異常。若過量或誤注入血管，

## 影像導引高頻熱凝止痛治療及局部麻醉說明暨同意書

則會有嘴唇感覺異常、舌頭麻痺、口齒不清、肌肉抽筋顫抖等症狀。

- 麻醉之好處：可以使您減輕疼痛，使整個過程順利進行。

**效益：**

（經由本術，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何項目；且本術效益與風險性間的取捨，應由您決定。）若脊椎小面關節炎的相關疼痛症狀經過脊椎小面關節內注射/內側神經阻斷注射後，能夠有效緩解症狀，下一步可考慮接受高頻熱凝止痛治療而得到長期止痛的效果，成功率及有效率都極高。

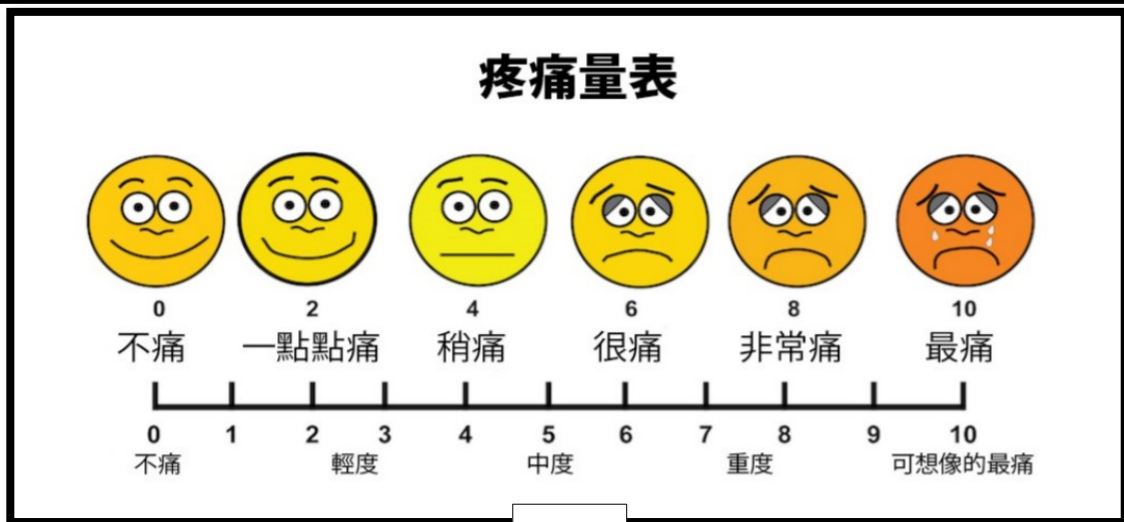
**風險/副作用/合併症/併發症：**

（沒有任何檢查或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。）本項檢查及治療基本上算是相當安全的替代性療法，但仍有一定之風險存在。其相關之風險及併發症包括：

- 注射部位出血、皮膚有燒灼感。
- 對局部麻醉劑的過敏反應。
- 頭暈，暫時性的無力及麻木感。
- 血管張力失調性昏厥。
- 脊椎內感染（非常罕見）。
- 持續癱瘓，下肢運動及感覺受損（非常罕見）。

**注意事項：**

- 不須禁食。
- 治療前當天不可使用止痛藥。
- 治療後 1-3 天在治療部位可能會有紅腫熱痛的情況，若紅腫熱痛持續超過 3 天，或是疼痛感加劇，請盡速回診。
- 治療結束後不可以開車或騎車，請由他人接送回家。
- 治療後 48 小時不可泡澡、不可劇烈運動。
- 每日紀錄疼痛分數(圖二)直到回診。
- 為了維護醫療過程中的安全與檢查治療品質，檢查室/治療室中有錄影監視設備。



圖二

**禁忌症：**

- 對局部麻醉藥過敏。
- 嚴重出血傾向。
- 注射處部位有感染或有全身感染症。
- 懷孕。
- 脊髓病灶或馬尾症候群。
- 顱內壓升高。

**其他替代方案：**

(本術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這本術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。) 若是您對本身疾病的治療方式仍有疑慮，請與負責照顧您的醫師溝通。

- 藥物保守治療、物理復健。
- 手術治療。

**後續治療計畫與預期結果：**

- 1、疼痛減退或消失，這表示疼痛來自脊椎小面關節炎，並且治療有效。止痛效果約可持續半年至 1 年。
- 2、疼痛沒有減退，這表示疼痛很可能並非來自小面關節，後續將繼續尋找疼痛原因。

**醫師之聲明：**

- 1、我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：
  - (1) 需實施檢查/治療之原因、檢查/治療步驟與範圍、檢查/治療風險及輸血可能性。
  - (2) 檢查/治療併發症及可能處理方式。
  - (3) 不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式。
  - (4) 預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀。

影像導引高頻熱凝止痛治療及局部麻醉說明暨同意書

(5)其他與檢查/治療相關說明資料，已交付病人。

- 2、我已經給予病人充足時間，詢問上述有關本次檢查/治療的問題，並給予答覆。
- 3、如遇病人病情緊急，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，爰依醫療法第 63、64 條第 1 項但書之規定先為病人進行必要之處置，以維護病人生命安全。

**病人之聲明：**

- 1、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、步驟、風險之相關資訊。
- 2、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他檢查/治療方式之風險。
- 3、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
- 4、針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- 5、我瞭解在檢查/治療過程中，如果因治療之必要而切除部分器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告及醫學研究，並且在之後會謹慎依法處理。
- 6、我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證百分之百能改善病情。※基於上述聲明，我同意進行此檢查/治療。