

影像導引薦髂關節注射/外側神經阻斷注射治療 及局部麻醉說明暨同意書

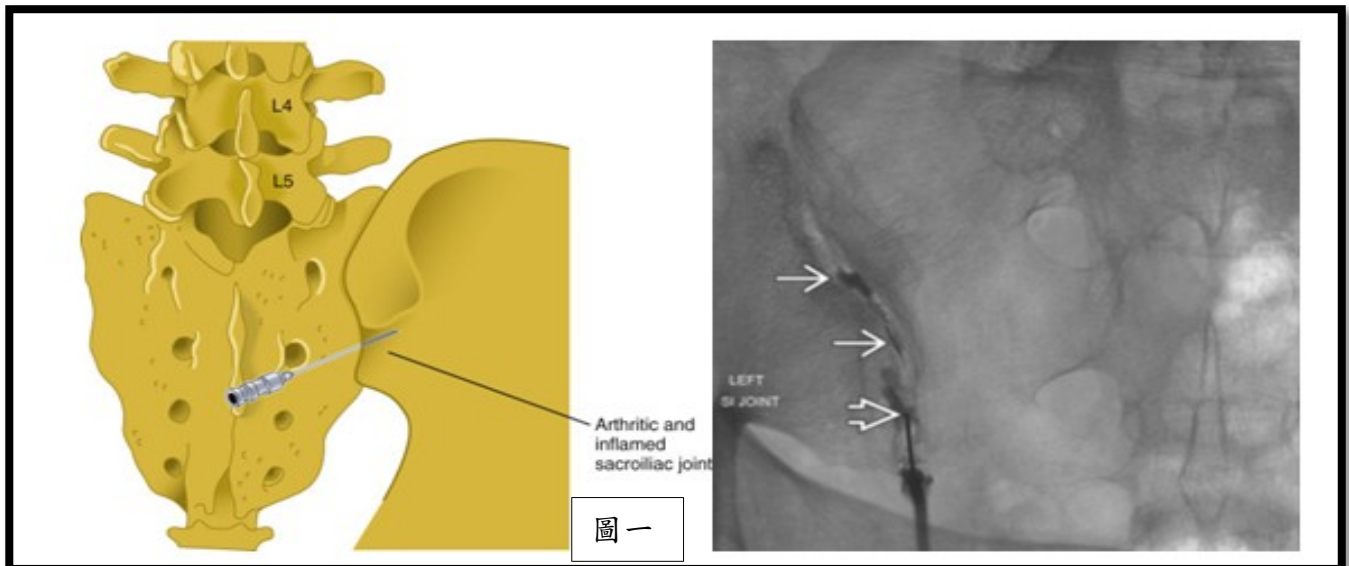
本人已經與醫師討論過接受這個檢查/治療的相關資訊(如：實施原因、步驟、風險及替代方案等)，對於醫師的說明都已充分了解，本人同意進行檢查/治療。

認識薦髂關節炎：

薦髂關節位於薦椎左右兩側與髂骨相連，承擔大部分軀幹的重量，因此容易發生退化性關節炎。薦髂關節也容易受到各種疾病的影響而產生發炎，譬如創傷後關節炎、類風溼性關節炎、僵直性脊椎炎等。外側神經是一些細小的神經，支配薦髂關節的感覺區域。薦髂關節炎的症狀有下背痛、薦髂關節附近疼痛、或是小腿轉移痛。

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，並決定施打部位。
- 4、在預計施打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薦髂關節內或外側神經附近，將藥物注射至薦髂關節/外側神經附近(圖一)。
- 6、注射後觀察 60 分鐘，即可返家。



圖一

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，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。

影像導引薦髌關節注射/外側神經阻斷注射治療
及局部麻醉說明暨同意書

- 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。) 薦髌關節注射/外側神經阻斷注射可以用來診斷與治療薦髌關節炎相關的疼痛症狀。

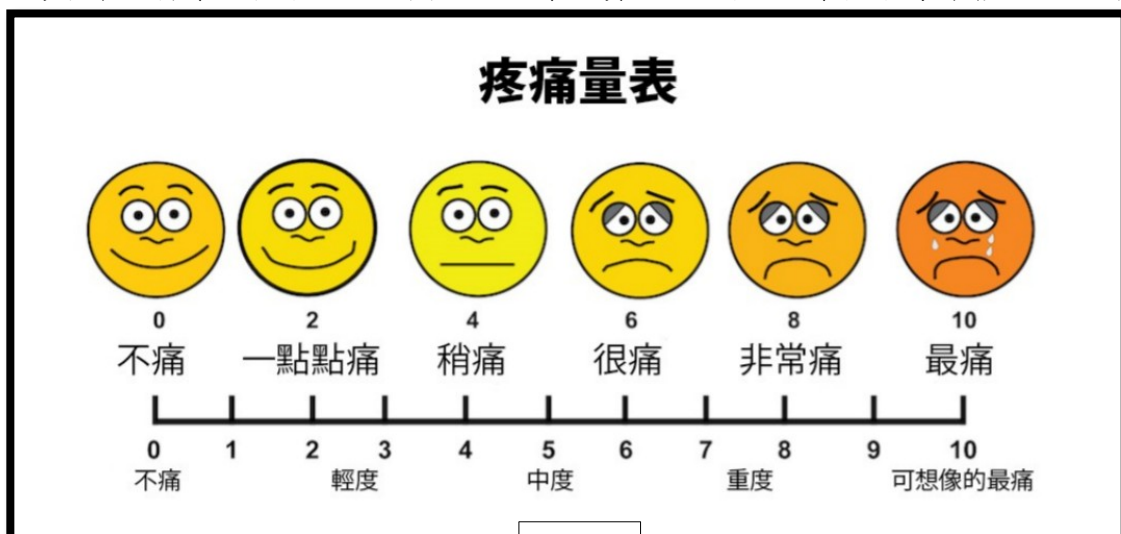
風險/副作用/合併症/併發症：

(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：

- 止痛效果不理想，可能薦髌關節不是疼痛的來源。
- 注射部位出血。
- 對局部麻醉劑的過敏反應。
- 頭暈，暫時性的無力及麻木感。
- 薦髌關節感染(非常罕見)。
- 持續癱麻，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

影像導引薦髂關節注射/外側神經阻斷注射治療 及局部麻醉說明暨同意書

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。

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。
- 影像導引高頻熱凝止痛治療。
- 手術治療。

後續治療計畫與預期結果：

1、疼痛減退或消失，數小時後復發，但在隨後幾天漸漸消滅，這表示疼痛來自薦髂關節炎，並且藥物治療有效。藥物止痛效果約可持續數天至數周。經診斷性神經阻斷證實為薦髂關節炎，

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。

2、疼痛沒有減退，這表示疼痛很可能並非來自薦髂關節，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。
 - (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。

編號 14010-61

亞東紀念醫院

影像導引薦髌關節注射/外側神經阻斷注射治療
及局部麻醉說明暨同意書

113-10 版

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。