

Operace útlaku periferních nervů, lupavých prstů a Dupuytrenovy kontraktury

 Diagnóza:

Zdravotnické zařízení:

Pacient:

Jméno, příjmení:.....

Rodné číslo:.....

VÁŽENÁ PACIENTKO, VÁŽENÝ PACIENTE, VÁŽENÍ RODIČE. Vzhledem ke zdravotnímu stavu Vaší osoby nebo Vašeho dítěte je nutné provést výše zmíněný zákrok. Před vlastním výkonem s Vámi bude lékař/ka o nutnosti a možnostech zákroku hovořit. Musíte vědět o rizicích a možných komplikacích plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout. Tento formulář Vám má pomoci se na rozhovor připravit a důležité body zdokumentovat.

CO ZNAMENÁ VAŠE ONEMOCNĚNÍ?

1. Útlak nervu (sy KT a jiné):

Paže a ruka jsou nervově zásobeny 3 hlavními nervovými větvemi. Ty vycházejí z krční páteře. K útlaku nervu může dojít na více typických místech. Jedná se o místa, kde probíhají nervy mezi svaly nebo v kostních žlábcích. Podkladem k útlaku nervu mohou být chronic-

ky dráždící procesy a záněty, hormonální změny (např. těhotenství) nebo poranění kostí a měkkých tkání. Nejčastějším onemocněním nervů na horní končetině je syndrom karpálního tunelu. Nejčastějšími příznaky jsou noční brnění prstů, bolesti vystřelující až do lokte či ramene, potíže s rozeznáváním a udržením jemných předmětů, pocit ranní ztuhlosti ruky a necitlivost prstů, která je až bolestivá. Potíže jsou horší v klidu.

2. Lupavý prst:

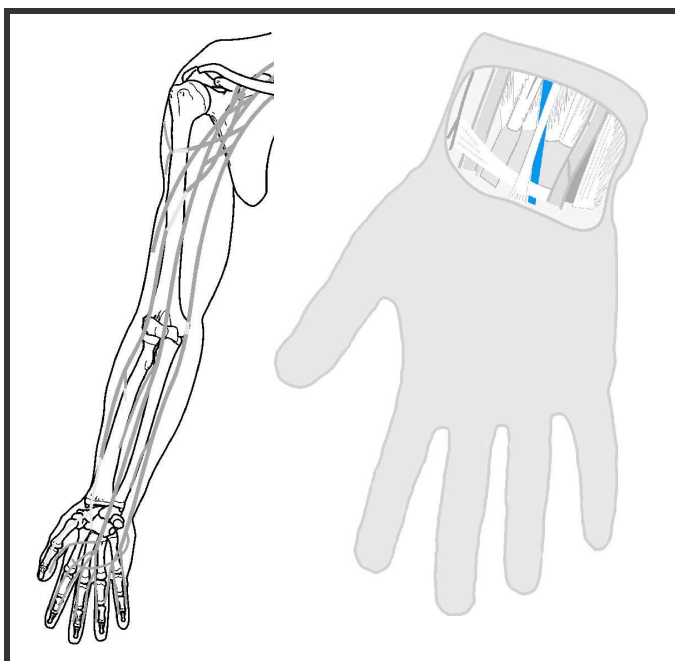
Lupavý nebo také skákavý prst se odborně nazývá stenozující tendovaginitis flexorových šlach (ohybačů) palce a prstů ruky. Jde o zánětlivé postižení šlach s jejich obaly, které vede k jejich zesílení (zbytnění). To omezuje jejich hladký, plný a nebolestivý pohyb skrz poutka, kterými šlachy probíhají. Projevuje se při ohnutí a natažení postiženého prstu bolestivým přeskočením (lupnutí).

3. Dupuytrenova kontraktura:

Hlavním příznakem je ohnutí prstu pruhem jdoucím z dlaně. Dále jsou to tuhé uzly a vtaženiny v dlani a na prstech. Vzácně se tyto příznaky objevují také na ploskách nohou. Kontraktury (ohnutí) omezující natažení prstů vedou k obtížím při hygieně, denních činnostech nebo pracovní zátěži.

Ve Vašem případě se jedná o:

.....



JAKÉ NEBEZPEČÍ HROZÍ BEZ LÉČBY?

Bez operačního výkonu bude postupně docházet ke zhoršení všech příznaků. U **syndromu karpálního tunelu** k poruše cití, ochabnutí svalů, pocitu mravenčení, často k bolestem během noci. Při oddalování operace může dojít k nevratným změnám na nervu. U **lupavého prstu** může dojít k trvalému zablokování pohybu prstu a výrazným bolestem. Při **Dupuytrenově kontraktuře** dochází ke zkracování prstu a omezení jeho hybnosti, které vede k poruše úchopové funkce ruky a k obtížnému udržování hygieny. Léčba koupelemi, cvičením, léky může vést ke zmírnění potíží, ale nevede k vyhojení. Doporučujeme Vám proto operační řešení.

JAK BUDE OPERACE PROVEDENA?
1. Operace pro sy KT:

V lokálním znecitlivění protneme z krátkého řezu v patě dlaně pevný zápěstní vaz a tím uvolníme tlak v zápěstní úžině. K nervu se dostane opět dost krve s kyslíkem a výživou. Ihned po operaci přestanou noční obtíže. Ostatní obtíže ustupují i několik měsíců v závislosti na hojení nervu. Při extrémně těžkém poškození nervu mohou některé obtíže přetrvávat.

2. Operace pro lupavý prst:

Léčba spočívá v podélném protěti tzv. A1 poutka, kterým obtížně prochází zbytnělá šlachy. Provádí se v místním znecitlivění z drobného řezu ve dlani.

3. Operace pro Dupuytrenovu kontrakturu:

Jde o protěti nebo odstranění kontrahující tkáně z dlaně a někdy i z oblasti prstů v lokálním znecitlivění. Během operačního zákroku bývá na končetinu nasazena manžeta, kterou se ruka zatáhne v oblasti předloktí tak, aby do ruky přechodně nepřitékala krev a rána byla přehledná.

VYHLÍDKY NA ÚSPĚŠNOU LÉČBU?

Operací jsou většinou dosaženy dobré výsledky. Už po krátké době můžete být zcela bez potíží. Je však zapotřebí Vaší spolupráce.

POOPERAČNÍ PRŮBĚH A NÁVOD K DALŠÍMU OŠETŘOVÁNÍ

Pro dosažení očekávaného výsledku operace respektujte prosím všechna lékařská doporučení. V případě ambulantní operace se prosím

nechte z nemocnice odvézt a neúčastňujte se 24 hodin po operaci aktivně silničního provozu. Při bolesti, poruchách hybnosti, cití a změně barvy kůže operované končetiny informujte ihned lékaře. Může se jednat o první příznaky poruchy prokrvení končetiny.

Promluvte si s lékařem před samotnou léčbou o následujících bodech:

- Kdy odstranit stehy?
- Od kdy je možno ruku sprchovat a koupat?
- Budu užívat léky? (jak dlouho, množství, jaké)
- Je nutné fyzické šetření a prac. neschopnost?
- Jsou nutná nějaká další vyšetření? Termín?

OBEČNÁ RIZIKA OPERAČNÍHO VÝKONU?

Míra rizika lékařského výkonu je ovlivněna mimo jiné Vaším celkovým zdravím a předchozími onemocněními. Vyplňte prosím pozorně tento dotazník:

- **Byl/a jste již v minulosti operován/a?**
ANO NE
S čím?.....
- **Jsou u Vás známá nějaká onemocnění (cukrovka, vysoký tlak, on. Srdce, ledvin apod.)?**
ANO NE
Jaká?.....
- **Trpíte některými infekčními chorobami (např. chřipka, angína, hepatitis, AIDS)?**
ANO NE
Jakými?.....
- **Byl/a jste v poslední době očkován/a?**
ANO NE
- **Objevily se u Vás někdy záchvaty křečí?**
ANO NE
- **Jste alergik/čka? Byla u Vás někdy pozorována nesnášenlivost některých léků?**
ANO NE
Jakých?.....
- **Vyskytlo se u Vás dříve silnější krvácení po jiných zákrocích (např. u zubaře)?**
ANO NE
Jak?.....



- **Vyskytly se někdy u Vás komplikace při hojení ran (např. píštěle, keloidy)?**

Jaké?.....

- **Měl/a jste někdy trombosu, embolii?**

ANO NE

- **Užíváte pravidelně léky?**

Jaké?.....

- **U žen – jste těhotná?**

ANO NE

- **Co považujete za důležité sdělit o svém zdravotním stavu případně rizicích lékaři ještě před výkonem?**

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

JAKÁ JSOU RIZIKA PLÁNOVANÉHO VÝKONU?

Přes nejvyšší opatrnost se mohou vyskytnout některé komplikace :

- Alergické reakce - podání anestetik nebo jiných léků mohou způsobit zarudnutí, otoky, svědění nebo nevolnost. Zřídka také vážné komplikace jako poruchy dechu, křeče, poruchy srdečního rytmu a tlaku krevního, vedoucí až k život ohrožujícímu šoku.
- Abscesy, záněty kůže a měkkých tkání, včetně cév a nervů jako následek injekcí, infúzí, nutné polohy na operačním stole, desinfekce a/nebo práce s elektrickým proudem při operaci.

- Trombo-embolie - zejména u ležících pacientů, kuřáků a pacientek užívajících hormonální antikoncepci může nastat uzavření žil krevní sraženinou a její následné zavlčení do plic s ohrožením na životě. Prevence trombo-embolie v podobě léků ovlivňujících srážlivost krve může zase naopak způsobit krvácení.
- Lehká krvácení, která jsou většinou žilního nebo kapilárního původu ustanou bez ošetření během několika hodin a pouze výjimečně je zapotřebí lékařského zákroku.
- Povrchové rané infekce, abscesy, píštěle a flegmóny (způsobené zbytky stehu či materiálu). Pooperační krvácení a vznik hematomu mohou vést k rozpadu rány a ke kosmeticky nevyhovujícím jizvám.
- Poškození nervů tlakem obvazu nebo dlahy.
- Poranění sousedících struktur. Na končetině leží cévy, nervy a šlachy velmi hustě u sebe. Podle místa operace a poškozené tkáně může dojít k poruchám prokrvení a hybnosti jednotlivých částí končetiny. Zřídka dochází k poranění nervů a cév tlakem manžety.
- Poranění operovaného nervu zcela výjimečně vede k dočasným nebo trvalým poruchám na základě jeho funkce. Riziko je zvýšeno při dlouhodobém konzervativním léčení a místních aplikacích kortikoidních injekcí.

Všechny zmíněné komplikace si mohou vyžádat léčbu na intenzivních odděleních, další operační zákroky a doživotní zdravotní komplikace a omezení.

Při tomto zákroku **nebude - bude** vyžadována finanční spoluúčast pacienta ve výšiKč.

**POZNÁMKY LÉKAŘE K ROZHOVORU S PACIENTEM:**

(např. specifická rizika a možné komplikace, vedlejší zákroky, speciální otázky pacienta, omezení souhlasu, např. odmítnutí transfúze, možné nevýhody v případě odmítnutí, časového posunutí operace, důvody odmítnutí)

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

Místo/datum:

.....
Jmenovka lékaře

.....
podpis lékaře

PROHLÁŠENÍ O INFORMOVANÉM SOUHLASU :

Prohlašuji, že mi byly lékařem zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, povýkonových komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a svobodně a bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovacích a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení spojených s touto léčbou. Byl/a jsem poučen/a o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že:

- SOUHLASÍM** s výše uvedeným lékařským výkonem, s jeho eventuelním rozšířením, s podáním krevní transfúze a s využitím záznamů pro výuku a výzkum. *(Nehodící se škrtněte)*

Přeji si, aby byly o mém zdravotním stavu informovány tyto osoby způsobilé právním úkonům:

Jméno/Adresa/Telefon:

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

NESOUHLAS/ODVOLÁNÍ SOUHLASU S LÉKAŘSKÝM VÝKONEM A LÉČBOU

Nesouhlasím/Odvolávám svůj výše udělený souhlas s výše uvedeným lékařským výkonem a léčbou i přes všechna mi opětovně poskytnutá poučení a prohlašuji, že jsem si vědom/a možných rizik.

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....
podpis lékaře