



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Post-irradiációs végbélvérzés argon plazma koagulációs (APC) kezelése

Kedves Páciensünk!

A kismedencét érintő (urológiai, nőgyógyászati, vagy végbélrák miatti) sugárkezelések egyik kellemetlen szövődménye az un. krónikus post-irradiációs proctopathia (besugárzás utáni idült végbélkárosodás), ami rendszerint végbélvérzéssel jár. Ez a kismedencei sugárkezelések 2-20 %-ában alakul ki. A sugárkezelés következtében a végbél érintett területén a nyálkahártya sorvad, az erek szabálytalanul kitágulnak, elvékonyodott faluk könnyen megreped, ennek eredményeként krónikus vérzés, akár ismételt transzfúziót igénylő vérszegénység alakulhat ki.

A kezelést a tapasztalt tünetek és azok súlyossága határozza meg. Bár a terápiás paletta széles, közülük viszonylag kevés azok száma, amelyek valóban hatásosan enyhítik a tüneteket.

A gyógyszeres kezelések vagy nem túl hatékonyak, vagy eredményességükre vonatkozóan nincs elég adat. A sebészi módszerek szövődményrátája magas.

A hatékonynak tartott kezelési módok egyike az argon plazma koagulációs (APC) kezelés. Ennek lényege, hogy egy, az endoscop munkacsatornáján felvezetett katéteren át befújt ionizált argon gáz magas frekvenciájú monopoláris áramot vezet a nyálkahártyára, ill. az alatta futó erekre. Ezek fehérjéi a hő hatására kicsapódnak (koagulálódnak), majd a sérült terület gyógyulása során hegek alakulnak ki, ennek hatására a tágult erek elzáródnak.

A betegség súlyosságától, az érintett nyálkahártya terület nagyságától függően általában 2-4 APC kezelésre van szükség a megfelelő eredmény eléréséhez. Az egyes kezelések között 3-8 hétnek kell eltelnie.

A kezeléssel kapcsolatosan szövődmények is előfordulhatnak, ezek pontos előfordulási gyakorisága nem ismert.

A kezelés közben kellemetlen haspuffadás, alhasi, vagy végbéltáji fájdalom jelentkezhet székelési ingerrel, vagy anélkül. A hőhatás miatt nyálkahártya fekély, vérzés, székelés inger alakulhat ki, a fekélyek gyógyulása végbél szűkülethez vezethet. A fájdalom akár napokig tarthat, megszűnhet spontán, vagy fájdalomcsillapítókra. Összességében: jelenleg az APC kezelésnél egyértelműen hatékonyabb és/vagy biztonságosabb kezelési mód a sugárkezelés okozta végbélvérzés kezelésében nem ismert.

A beavatkozás kockázatának csökkentése céljából kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Szed-e véralvadást befolyásoló gyógyszert?	igen	nem
Vérzékeny-e?	igen	nem
Van-e epilepsziája?	igen	nem
Van-e beültetett szívritmus szabályozója?	igen	nem
Fennáll-e terhesség	igen	nem
Ismert-e valamely gyógyszer iránti túlérzékenysége?	igen	nem

.....

Egyéb ismert betegségei:

Ha a tervezett beavatkozással kapcsolatosan kérdése van, tegye fel a beavatkozást végző orvosnak!



HEVES VÁRMEGYEI MARKHOT FERENC KÓRHÁZ
Belgyógyászati Osztály – Gasztroenterológia részleg

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott:....., született:

lakcím:....., TAJ:

szabad akaratomból az alábbi **nyilatkozatot teszem** az elvégzendő

Post-irradiációs végbélvérzés argon plazma koagulációs (APC) kezelése

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (299. azonosító számú) Betegtájékoztató átadásával egészségi állapotomról, a javasolt és a lehetséges alternatív vizsgálati, diagnosztikai eljárás, beavatkozás természetéről és céljáról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a vele járó kockázatokról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetséges bekövetkezéséről. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata és elismerem, hogy az elvárt eredményt nem lehet biztonsággal szavatolni.

2. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a vizsgálat **következményeként, a betegtájékoztatóban részletezett mellékhatások, szövődmények léphetnek fel.**

- * Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe, és megértem, hogy az érzéstelenítésnek lehetnek kockázatai.
- * Felhatalmazom a kezelést végző orvost (orvoscsoportot) és asszisztenciáját arra, hogy a gyógyeljárás során felmerülő, előre nem látott szükség esetén a beavatkozást a kellő mértékben kiterjesszék és megtegyenek minden, a gyógyeredmény javítását célzó intézkedést, beleértve addig nem tervezett gyógyszer adását, kórházi osztályon történő elhelyezést is.
- * Beleegyezem abba, hogy a vizsgálatok, vagy ellátásom során orvosaimon és ápolóimon kívül **más egészségügyi szakemberek is** (más szakterület orvosai, szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók, tanuló nővérek) **jelen legyenek** és abba is, hogy dokumentációs vagy oktatási célból állapotomról, a velem kapcsolatos tevékenységről felvételek készüljenek, ha azokon személyem nem azonosítható.
- * Tudomásul veszem, hogy jogom van a feljánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért illetve a gyógyeredmény kialakulásáért **azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.**
- * A vizsgálatba, beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Kijelentem, hogy a vizsgálat, beavatkozás lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről ezzel kapcsolatban több kérdés nem merült fel. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a **fent nevezett kezelést vagy beavatkozást elvégezzék.**

Eger, 20..

.....
beteg vagy képviselője aláírása

.....
vizsgálatot végző orvos aláírása
és bélyegző lenyomata

Döntőképes (cselekvőképes), de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

1

2

.....
név, lakcím

.....
név, lakcím