

A VIZSGÁLAT NEVE: MIELOGRÁFIA (GERINCFESTÉS) CT vizsgálattal

KEDVES BETEGÜNK!

A gerinccsatorna feltételezett betegségének diagnosztizálása érdekében szükség van egy kontrasztanyagot tartalmazó vizsgálatra, ún. mielográfiára.

Fontos számunkra és kötelességünk, hogy Önt tájékoztassuk, hogy Ön felelős döntést hozhasson, amikor a tájékoztató füzet végén beleegyezését kérjük a beavatkozás elvégzéséhez.

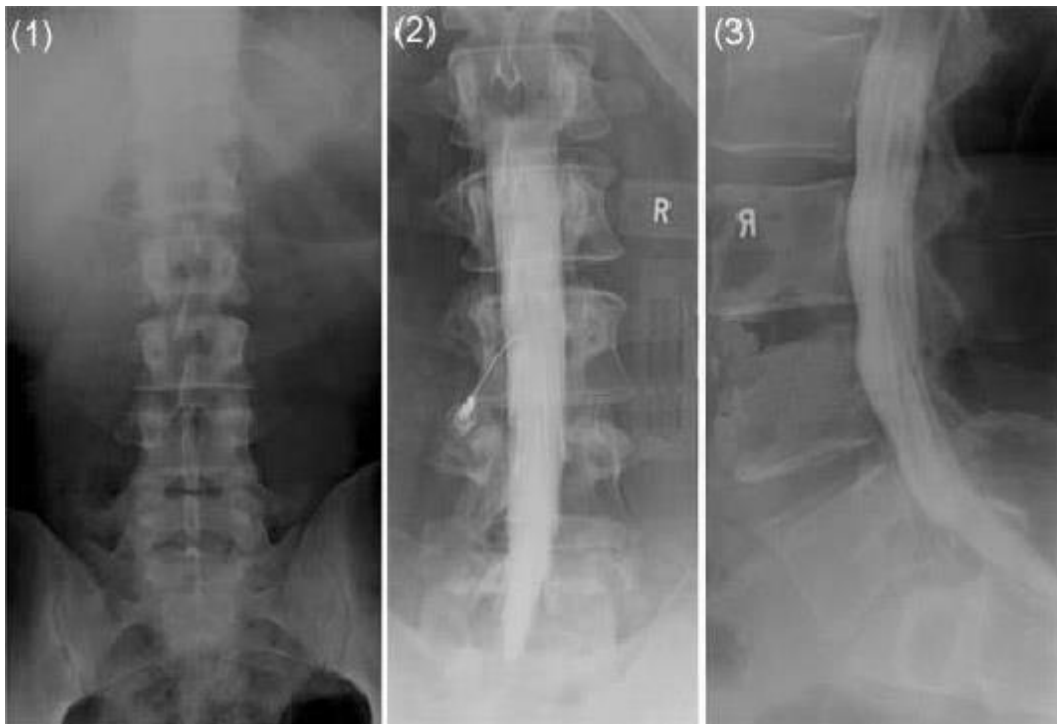
MI A MIELOGRÁFIA?

A köznyelv „gerinccfestés” néven ismeri. Lényege, hogy szerves jód tartalmú kontrasztanyagot juttatunk a gerincvízbe (liquorba). A liquor zárt térben helyezkedik el, a durazsák határolja. Az eljárással megállapítható, hogy képződött-e – bármely okból – benyomat, deformitás a durazsákon. Ez ugyanis a durazsákban lefutó idegelemek funkcióját hátrányosan befolyásolhatja, fájdalmak, sőt érzékszavarok vagy éppen izomgyengülés forrása lehet. Napjainkban nagy biztonsággal nyerhető hasonló információ CT (komputer tomográfia) és MRI (mágneses rezonancia vizsgálat) segítségével, így alkalmazása nagymértékben háttérbe szorul, különös tekintettel a velejáró kellemetlenségekre: utána feküdni kell, komoly fejfájások léphetnek fel, és bár igen ritkán, de allergiás reakció sem zárható ki. Vannak esetek azonban, amikor a felsorolt képalkotó vizsgálatok adta információ nem elégséges a diagnózis felállításához, például, ha a vizsgált gerincszakaszon nagyfokú a deformitás vagy korábbi műtét során fémanyagot ültettek be.

A mágnesezhető fém jelenléte kizárja az MRI alkalmazását és a CT-kép minősége is gyenge a zavaró jelek miatt. Sajnos a nem mágnesezhető fémanyag jelenléte is befolyásolja a kép minőségét - annál inkább, minél nagyobb mennyiségben került beültetésre. Ilyen esetekben a mielográfia értékes kiegészítő információhoz juttatja az orvost, kivált, ha CT vizsgálattal egybekötve végezzük el.

HOGYAN TÖRTÉNIK A VIZSGÁLAT?

A mielográfia ülve vagy oldalfekvésben történik. Az orvos helyi érzéstelenítés után egy vékony tűt vezet a gerinccsatornába, két csigolya közé. A vékony tű segítségével először gerincvíz-vétel történik. Ezután az orvos kontrasztanyagot fecskendez a gerinccsatornába, végül különböző testhelyzetekben vagy hanyatt fekvő helyzetben CT-vizsgálat készül. Utóbbi vizsgálat előtt arra kérjük kedves Betegünket, hogy ágyában, anélkül, hogy felülne, forduljon hasra, egyik, majd másik oldalára, és ismét hanyatt, hogy a kontraszt anyag a gerincvízzel jól elkeveredhessen, ez esetben a CT-vel nyert kép több információt ad.



1-3. ábra Mielográfia után készült hagyományos röntgenfelvételek: előlről, oldalról



4-6. ábra Mielográfia után készült CT vizsgálat képei: előlről, haránt, oldalról

MILYEN SZÖVŐDMÉNYEK FORDULHATNAK ELŐ A VIZSGÁLAT KAPCSÁN?

A mielográfia általában szövődmények nélküli beavatkozás, de egyéni érzékenységtől függően néha mégis előfordulhat fejfájás, szédülés, hányinger, hőemelkedés, derékfájdalom a beavatkozást követő órákban vagy napokban.

Ezek a tünetek általában két napon belül beavatkozás nélkül gyógyulnak. Meg lehet akadályozni az ilyen panaszokat szigorú ágynyugalommal, lapos fekvéssel, és nagyobb mennyiségű folyadék fogyasztásával (egyes esetekben infúziók adása válhat szükségessé) az első 24 órában.

Ritkán előfordulhatnak allergiás reakciók (bőrkiütés, viszketés)!

Ez az eljárás nem végezhető el abban az esetben, ha az alkalmazott gyógyszerek valamelyikére Ön érzékeny. Ha olyan gyógyszert szed, amely a vér természetes alvadását gátolja – „vérhigító” – pl. Syncumar, Aspirin Protect, Plavix stb. Tekintettel arra, hogy az alkalmazott gyógyszerek befolyásolhatják a vércukorszintet és a vérnyomást, fokozott körültekintést igényelnek cukorbetegség és magas vérnyomás betegség esetén.

Véralvadásgátló szereket tehát néhány napig el kell hagyni a tervezett beavatkozás előtt.

A Syncumar, Warfarin típusú gyógyszerek szedését a műtét előtt fel kell függeszteni és Heparin származék injekciójával helyettesíteni. Az egyéb ún. „vérhigító” (*thrombocytáaggregáció gátló*) *gyógyszerek közül a clopidogrel származékokat (Plavix, Trombex stb.) 7-8 napig, az acetilszalicilsav (ASA, Aspirin protect, stb.) tartalmú szerek szedését 5-6 napig szüneteltetni kell.*

Továbbá nem végezhető el a beavatkozás, ha Ön jódra allergiás, hiszen a beavatkozáshoz jódtartalmú anyagot használunk.

Kérjük ezért, hogy amennyiben Önnek gyógyszerérzékenysége van, véralvadást befolyásoló gyógyszert szed vagy kezelt cukorbeteg, vérnyomásbeteg, ill. jódra érzékeny, erről feltétlenül tájékoztassa kezelőorvosát.

MIRE KELL FIGYELNI?

- Vizsgálat előtt (ha mást nem javasoltak):
 - Két órával a vizsgálat előtt már ne egyen!
 - Víz és tea fogyasztása lehetséges.
 - Tejet, alkoholt ne fogyasszon!
 - Ne dohányozzon!

- Vizsgálat után:
 - Minimum 24 órán keresztül szigorúan tartsa be az ágynyugalmat, laposan fekve. **Ezt a napot a kórházban kell töltenie!**
 - Amennyiben bármilyen panasa jelentkezik (fejfájás, hányás, hőemelkedés), kérjük, azonnal jelezze kezelőorvosának!

AMIT AZ ÖN ORVOSÁNAK FELÉLTENÜL TUDNIA KELL...

1. **Van-e Önnek valamilyen allergiás megbetegedése?** (pl. szénanátha, asztma)
igen
nem

2. **Van-e túlérzékenysége gyógyszerre, élelmiszerre, ragtapaszra, helyi érzéstelenítőre**
(pl. Lidocainra) jódra, kontrasztanyagra?
igen
nem

3. **Korábbi kontrasztanyagot vizsgáltnál lépett-e fel bőrkiütés, vérnyomás-probléma,**
viszketés?
igen
nem

4. **Voltak Önnek valaha bñulásos tünetei?**
igen
nem

5. **Szenved-e Ön a következő betegségek valamelyikében?**
 - **vérzékenység**
igen
nem
 - **szívbetegség**
igen
nem
 - **fertőzőbetegség /hepatitis, AIDS/**
igen
nem
 - **magas vérnyomás**
igen
nem
 - **vesebetegség**
igen
nem
 - **pajzsmirigy-túlműködés**
igen
nem
 - **cukorbetegség / diabétesz /**
igen
nem
 - **epilepszia**
igen
nem

**6. Szed Ön rendszeresen gyógyszert?
(pl. Syncumar, Aspirin, szívgyógyszer)**

igen
nem

7. Volt Önnek korábban hasonló radiológiai vizsgálata (röntgen, CT, mielográfia)?

igen
nem

Ha igen, mikor és melyik testrészen?

8. Hölgyek a termékenység időszakában:

Lehetséges-e, hogy Ön állapotos?

igen
nem

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MIELOGRÁFIÁS (CT) VIZSGÁLATHOZ

- A tervezett beavatkozásról kezelőorvosomtól a részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást megkaptam, azt részletesen áttanulmányoztam.
- Tájékoztattak betegségem és az ebből következő panaszaim lehetséges okairól és következményeiről.
- Felvilágosítottak a mielográfiás vizsgálat előnyeiről, és esetleges hátrányairól.
- Részletesen ismertették a beavatkozással kapcsolatos, esetleges szövődményeket, azok természetét, kezelését és a velük kapcsolatos esetleges átmeneti vagy tartós állapotromlásokat.
- A beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre kimerítő választ kaptam.
- A mielográfiás vizsgálatban több kérdésem nincs.
- A fenti tények gondos mérlegelése után arra a következtetésre jutottam, hogy a gerincbetegségem gyógyítása érdekében az általam elfogadott vizsgálat elvégzésére felkérem az Osztályvezető Főorvos Úr által kijelölt orvost.
- Ezen nyilatkozatomat belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, és a jelenlévő két tanú előtt, elolvasás után, mint akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag, saját kezűleg írtam alá.

Budapest,

.....
Operáló orvos

.....
Páciens, vagy törvényes képviselő

Tanú 1 (név, lakcím):
.....

Tanú 2 (név, lakcím):
.....

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MIELOGRÁFIÁS (CT) VIZSGÁLATHOZ

- A tervezett beavatkozásról kezelőorvosomtól a részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást megkaptam, azt részletesen áttanulmányoztam.
- Tájékoztattak betegségem és az ebből következő panaszaim lehetséges okairól és következményeiről.
- Felvilágosítottak a mielográfias vizsgálat előnyeiről, és esetleges hátrányairól.
- Részletesen ismertették a beavatkozással kapcsolatos, esetleges szövődményeket, azok természetét, kezelését és a velük kapcsolatos esetleges átmeneti vagy tartós állapotromlásokat.
- A beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre kimerítő választ kaptam.
- A mielográfias vizsgálatban több kérdésem nincs.
- A fenti tények gondos mérlegelése után arra a következtetésre jutottam, hogy a gerincbetegségem gyógyítása érdekében az általam elfogadott vizsgálat elvégzésére felkérem az Osztályvezető Főorvos Úr által kijelölt orvost.
- Ezen nyilatkozatomat belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, és a jelenlévő két tanú előtt, elolvasás után, mint akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag, saját kezűleg írtam alá.

Budapest,

.....

Operáló orvos

.....

Páciens, vagy törvényes képviselő

Tanú 1 (név, lakcím):

.....

Tanú 2 (név, lakcím):

.....

