

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

## 酚神經阻斷治療說明書

這份說明書是有關您即將接受的手術或醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術或醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

### 手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

酚(Phenol, C<sub>6</sub>H<sub>5</sub>OH)為苯的衍生物，它可以阻斷神經訊號傳遞到過度收縮的肌肉，進而放鬆緊張痙攣的肌肉。適應症為肢體肌肉異常高張力(痙攣)，如腦中風偏癱、腦外傷、腦性麻痺、多發性硬化症、或脊髓損傷所引起之肌肉痙攣。然而，酚神經阻斷治療主要針對支配特定肌肉的周圍神經作傳導阻斷，因此對於改善特定部位或小範圍肌肉群所引發的肌肉痙攣效果較佳。

酚神經阻斷治療的原理，簡單來說是阻斷神經傳導，使痙攣僵硬的肌肉放鬆，有助於復健效果的發揮。其作用機轉乃藉由藥物使支配特定肌肉的運動神經傳導發生障礙，而阻斷神經訊號傳導到肌肉，產生局部肌肉麻痺作用，而使肌肉鬆弛。醫師可根據臨床需要，配合小型電刺激器定位，選擇對特定神經分支部分或完全的神經阻斷。利用酚來做周圍神經阻斷是一種可逆的治療，阻斷效果在幾個月後會消失，所以肌肉痙攣張力可能會回復。若痙攣張力仍然造成患者功能上的阻礙，有些患者必須考慮再次接受阻斷治療。

**手術/醫療處置效益：**(經由手術或醫療處置，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一項；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

1. 酚神經阻斷治療是直接針對特定運動神經分支注射，經醫師謹慎評估檢查後，將適量之酚水溶液注射於支配痙攣肌肉的運動神經周圍。注射後立即可見肌肉放鬆效果，注射後 3-7 天肌肉放鬆效果漸漸發揮，有時會到幾週更為明顯。酚神經阻斷治療的特點為直接注射於痙攣肌肉的運動神經分支上，使肌肉鬆弛，可避免不必要的全身性副作用。
2. 手術/醫療處置成功率：不適用。

**手術/醫療處置風險：**(沒有任何手術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。)

注射後可能產生的副作用為注射部位有局部疼痛或無力，有時會有跌倒、腳痛及全身虛弱無力之情況發生。跌倒可能和腳踝姿勢改變或局部無力有關，故注射後應特別小心，待患者重新適應新的平衡模式後即可恢復。極少數病人會出現靜脈栓塞、周邊神經損傷、感覺異常、局部出血或局部腫脹的併發症。一般而言，這些副作用都是輕微至中度，極少有嚴重副作用產生。

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

**酚神經阻斷治療說明暨同意書**

第 2 頁

**(酚神經阻斷治療說明書承上頁)**

**替代方案：**(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

1. 目前治療痙攣張力的方式尚有手術、口服藥品及肉毒桿菌素注射等。醫師會依患者之狀況需要，建議藥物治療或手術之進行。口服藥物比較會有全身無力的副作用；肉毒桿菌素注射治療只能治療少數肌肉，療效較短又非常昂貴；手術則為侵入式治療，且須配合麻醉進行。
2. 不實施醫療處置可能的後果：不適用。

**醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：**(如無，請填寫無)

注意事項：

1. 健保給付酚神經阻斷治療，但不給付拋棄式注射針。所以須自費使用拋棄式注射針以防止不必要的感染。
2. 醫師將注射適量酚於神經周圍，注射後立即可見肌肉放鬆效果，3-7 天肌肉放鬆效果漸漸發揮，有時會在幾週更為明顯，請小心跌倒的發生。
3. 注射後二十四小時內於接受注射的肢體應避免劇烈關節拉筋運動。
4. 注射後應遵照醫師指示配合相關之復健治療及門診追蹤。
5. 注射後若有任何不適或過敏現象則應立即就醫。
6. 藥物效果約持續 3 至 6 個月。
7. 酚神經阻斷治療的目的在降低肌肉痙攣張力，唯有配合積極的訓練主動動作功能，患者的功能才能全面進步。

說明醫師：

(醫師簽章需先於病人簽署同意)

日期：西元 20 年 月 日

**酚神經阻斷治療同意書**

病人：\_\_\_\_\_，病歷號碼\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，因患\_\_\_\_\_，需接受酚神經阻斷治療。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置，並且保有此資料副本一份。

立同意書人：

(簽章) 身分證字號：

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：\_\_\_\_\_

住址：

電話：

日期：西元 20 年 月 日

(若病人意識不清且無親屬或關係人在場，需由警消人員、社工或志工簽署見證；如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。)

見證人：

(簽章)

日期：西元 20 年 月 日