

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Datum:

Periradikuläre Therapie (PRT)

Die periradikuläre Therapie ist eine minimal invasive Behandlungsmethode zur Therapie degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen insbesondere mit radikulären (Nervenwurzel-) Beschwerden. CT- gesteuert werden Medikamente direkt an ihren Wirkungsort am Austritt der Nervenwurzeln aus dem Rückenmarkskanal gebracht.

Indikationen:

1. Akute und chronische Schmerzsyndrome durch Bandscheibendegeneration wie Protrusion (Vorwölbung) oder Prolaps (Vorfall)
2. Enger Rückenmarkskanal und Neuroforamina (Austrittslöcher der Nervenwurzeln)
3. Postdiskektomiesyndrom mit Narbenbildung (Z.n. Bandscheiben- Operation mit Narben)

Medikamente:

1. Triam- Hexal 40 mg (Corticoid zur Entzündungsbehandlung)
2. Carbostesin 0,5% 5 ml(Lokalanästhetikum)

Technik:

1. Mit CT (Computertomografie) wird das zu behandelnde Nerven- bzw. Wirbelsäulensegment aufgesucht
2. Lokalisation und Markierung des Weges zum Applikationsort der Medikamente
3. Desinfektion der Haut, steriles Abdecken, sterile Arztkleidung, Lokalanästhesie
4. Vorführen der Injektionsnadel (0,8 mm dick) an die zu behandelnde Nervenwurzel unter CT- Sicht mit Lagekontrolle mit 1 -2 ml jodhaltigem Kontrastmittel
5. Einbringen der Medikamente nach Lagekontrolle. Dokumentation der Verteilung.

Mögliche Komplikationen:

Komplikationen treten **äußerst selten** auf.

1. Nervenwurzelverletzung
2. Blutung
3. Infektion, Abszeß, Hirnhautentzündung
4. Mögliche vorübergehende Schwäche in den von den behandelten Nerven abhängigen Muskeln, selten auch vorübergehende Blasenentleerungsstörungen.
5. Treten nach der Behandlung Schmerzen an der Injektionsstelle, Rötungen oder Fieber auf melden Sie sich bitte oder konsultieren Sie schnellstmöglichst einen Arzt.

Fragen zur Ihrer Sicherheit:

1. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente z. B. Falithrom, ASS ? O ja O nein
2. Bestehen Allergien, insbesondere gegen Kontrastmittel, Jod , O ja O nein
Lokalanästhetika?
3. Sind Sie Diabetiker O ja O nein

Ich bin mit der Durchführung der PRT einverstanden und bin vom behandelnden Arzt ausreichend informiert und aufgeklärt worden.

Datum/ Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt