

## 浙江省人民医院住院病历

姓名: 性别: 年龄: 科室: 病区: 床号: 住院号:  
[REDACTED] 女 77 岁 消化内科 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

### 1、简要病情:

结肠多发隆起性病变、直肠多发息肉、 消化道出血	▲
	▼
◀	▶

### 2、术前诊断（含评估）:

结肠多发隆起性病变、直肠多发息肉、 消化道出血	▲
	▼
◀	▶

### 3、手术指征:

结肠多发隆起性病变、直肠多发息肉、 消化道出血	▲
	▼
◀	▶

4、拟定手术方式: 内镜下消化道病变高频电、氩气刀切除/ESD

5、替代治疗方案: 外科手术治疗(创伤大)或保守治疗(可能延误病情)

6、术前准备: 禁食 8 小时

7、术中及术后可能出现的意外和风险:

7.1 术中可能出现的意外和风险:

- 1) 麻醉意外及其相关严重并发症。
- 2) 药物过敏反应, 严重时可能出现休克、甚至危及生命(如麻醉剂、镇静剂、染色剂等)。
- 3) 局部损伤: 胃镜检查时咽部损伤, 肠镜局部粘膜损伤, 或因呕吐出现食管粘膜撕裂。
- 4) 支气管痉挛、胃内容物反流误吸、吸入性肺炎、窒息、呼吸骤停等。
- 5) 心脑血管意外发生, 极少数患者由于胃镜肠镜检查时恶心、疼痛、不适、情绪紧张等情况下可能出现心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭以及脑出血、脑梗塞等脑血管意外, 危及生命, 当患者具有较大上述风险或出现上述情况时随时终止操作, 并在相应科室配合下给予患者及时治疗和抢救。
- 6) 出血: 切除病变后少数患者可导致出血, 可通过局部注射、氩气、钛夹等治疗手段达到治疗或预防目的, 不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段。
- 7) 穿孔: 极少数患者在操作过程中或操作完成后可发生消化道穿孔, 并可能出现腹腔感染、腹膜炎、纵膈炎、纵膈气肿、液气胸、胸腔感染等并发症, 甚至危及生命, 并可能需要手术治疗。
- 8) 因意外情况或病人特殊情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗, 可根据病人情况决定下一步治疗。

除上述情况外, 本次手术还可能出现下列情况:

- 9) 部分患者治疗前因诊断需要需加做超声内镜检查。

10)少数患者由于前次检查活检等原因,病变缩小无须电切治疗或病变已自行脱落而无须治疗。

## 7.2 术中应对意外和风险的防范措施

☒ 严密监测生命体征变化,保持生命体征平稳 ☒ 备齐各种急救设备,随时处理术中出现的各种情况 ☒ 仔细操作,动作轻柔、准确 ☒ 严密止血 ☒ 除上述情况外,还有如下应对措施:

\_\_\_\_\_

## 7.3 术后可能出现的意外和并发症:

☒ 术后组织病理为恶性,并有浸润性,需要外科手术治疗 ☒ 术后出血 ☒ 局部或全身感染  
☒ 切口感染、裂开 ☐ DIC ☐ 水电解质平衡紊乱 ☒ 肺部感染 ☒ 术后气道阻塞,呼吸、心跳骤停 ☒ 诱发原有疾病恶化或潜在疾病发生 ☒ 再次手术 ☒ 术后心梗、脑梗、肺梗塞  
☒ 静脉血栓形成 ☒ 术后多脏器(心、肺、肝、肾等)功能衰竭,经积极治疗后无效可能 ☒

目前尚无法预料的意外 ☒ 除上述情况外,本次手术还可能出现下列情况:

\_\_\_\_\_

## 7.4 术后应对意外和风险的防范措施

☒ 严密监测生命体征变化,保持生命体征平稳 ☒ 水电解质平衡紊乱 ☒ 注意观察心肺功能变化 ☒ 病情有变化及时处理 ☒ 需要时请相关科室会诊、协助处理 ☒ 除上述情况外,还有如下应对措施:

\_\_\_\_\_

## 8、应对检查意外和风险的防范措施有:

1、以患者安全为重,完善相关术前准备,调整患者各项生理指标在允许手术治疗的安全范围,力争将手术风险降到最低限度。

2、我作为手术医生承诺:定以良好的医德医术为患者手术,严格遵守医疗操作规范,密切观察病情,及时处理各种病况。

医学是一门发展中的经验科学、还有许多未被认识的领域。由于患者的个体差异,疾病的变化也各不相同,对手术治疗的耐受力明显不同,相同的手术治疗有可能出现不同的结果。因此,任何手术都具有较高的医疗风险,有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外,也有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。

上述情况医生已与患方详细陈述,患方已完全理解,经慎重考虑后,我自愿要求行内镜下治疗

患者(被授权人)签字

\_\_\_\_\_

日期: 2016.7.26

特别声明:在本次诊疗期间,如我无法行使知情及诊疗选择权利,将委托

\_\_\_\_\_

(关系 \_\_\_\_\_),行使该权利。患者签字

\_\_\_\_\_

我愿意接受患者\_\_\_\_\_的委托，在患者本次诊疗期间如无法行使知情及诊疗选择权利，则由我代行使该权利。

被委托人\_\_\_\_\_身份证号码\_\_\_\_\_联系电话\_\_\_\_\_

申请医师签字\_\_\_\_\_陈有为

日期\_\_\_\_\_2016.7.26

主刀医师签字\_\_\_\_\_陈有为

日期\_\_\_\_\_2016.7.26

科主任（或三级医师）签字\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_