

# 武警总医院

## 腰椎后路手术知情同意书

患者姓名

性别 男

年龄 54

病历号

治疗建议

医生已告知我患有 腰椎间盘突出症，需要在 全 麻醉下进行 后路腰椎管减压、弹性内固定 手术。

腰椎间盘突出症，是一个多发病、常见病，它主要因椎间盘外伤、妊娠、劳损变性、纤维环破裂或髓核脱出等，刺激或压迫脊神经、脊髓等引起的一系列症状群的总称。

如果不治疗，可以发展为严重的、不可逆转的感觉、运动障碍。

腰椎后路术式需要根据术中具体情况最后确定。常见手术包括两大步骤：其一、神经及脊髓减压：方法：腰椎全椎板、半椎板、部分椎板切除减压，椎间开窗减压，小关节切除神经根减压，椎间盘切除减压等。其二、腰椎柱功能重建：常用：腰椎椎间融合器置入，椎弓根钉内固定，或腰椎间弹性内固定手术等。

手术目的：解除神经压迫，重建腰椎结构，最大限度保留或重建腰椎功能。脊柱外科只能尽最大努力解除导致神经受压、功能减损的压迫因素，不能修复神经功能。患者预后同脊髓、神经受压时间、程度是否合并脊髓神经变性、坏死等因素有直接和决定性关系。

### 手术潜在风险和对策

医生告知我如下腰椎后路手术可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术存在以下风险和局限性：

1) 患者存在神经压迫严重、病程长等不利因素，(如手术前出现马尾综合征临床表现，手术后二便功能很难恢复)，术后腰腿痛和麻木不能恢复或恢复不良。术后下肢功能恢复不良(例如感觉、运动功能)至死亡。

2) 手术后引流不畅或肌肉渗血，手术区域血肿形成，导致神经脊髓受压，出现相关神经症状，需要二期行血肿清除手术。

3) 应用内固定器械时可能出现：①内固定物压迫、损伤神经、血管等等周围脏器；②固定钉的脱出、断钉、固定部位的骨折等；③植入物的排异反应而产生发热等症状，必要时需将植入物取出④存在骨性融合后取出内面物可能；

4) 如行椎弓根钉内固定，椎弓根螺钉位置不满意，出现神经根及马尾、脊髓症状；如单纯神经减压手术，而致复发、腰痛，需要二次手术；如实施棘突间弹性内固定，出现移位，棘突断裂、内固定失败等相关并发症；

5) 进行脊柱内固定术时可能出现：相邻节段的退变加速、椎间盘突出等继发性改变，长节段融合固定而致术后病人活动度丧失；相邻节段不稳定、出现畸形或(和)间盘退变。





6) 如由于脊髓受压病程较长、神经功能受损严重, 导致脊髓已变性 (MRIT2 加权像见脊髓异常高信号影), 减压后症状及体征改善可能不明显甚至加重。如症状不能解除根据医师评估, 可能有必要二期行腰椎前路手术。

7) 康复为患者疾患的不可缺少的治疗步骤, 手术后患者需要长期康复治疗, 本院无力承担相应康复任务, 患者出院标准患方完全授权医方确定, 且此授权在患者离院前患方无权收回。患方应在医方通知可以出院后无条件立即离院, 自行联系康复医院或实施家庭康复。内固定可能需二期取出, 内固定物二期取出困难。本次手术只解决此处情况, 可能存在其他病变。手术中损伤脊髓、神经根的事件不能完全避免。一旦出现病患截瘫、部分神经功能丧失。硬膜损伤, 脑脊液漏, 致颅内感染, 危及生命。脑脊液漏必要时需要手术修补, 造成马尾、脊髓粘连出现截瘫后果。

8) 患者术前后长期卧床, 发生肺部感染、尿路感染、褥疮、血栓性静脉炎、深静脉血栓形成、结石形成。

9) 术后切口感染, 切口不愈, 切口裂开; 椎管内感染, 椎间隙感染, 甚至颅内感染。

10) 伤口不愈合或延迟愈合, 留置尿管导致泌尿系感染等相关并发症。

11) 腰椎手术后出现顽固性腰痛、僵硬、沉重感, 无有效治疗方案。

12) 神经根或马尾受压较严重, 神经功能已受损; 手术刺激, 可能导致肢体感觉、运动障碍或者肛门、膀胱括约肌功能障碍 (大小便功能障碍) 或性功能障碍在术后暂时有所加重。

13) 术中失血过多致休克、死亡; 可能损伤邻近血管致出血性休克。

14) 手术中、手术后出现血栓、气栓、脂肪栓塞, 造成重要脏器动脉栓塞可以危及生命且抢救成功率极低。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、呼吸系统疾病、糖尿病、肝肾功能不全, 静脉曲张等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

#### 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

#### 患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的手术方式, 此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。





[Redacted Patient Information]

签名日期 2016 年 12 月 14 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 [Redacted] 患者关系 大妻 签名日期 2016 年 12 月 14 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名

[Handwritten Signature]

签名日期 2016 年 12 月 14 日

