



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



胸腔镜肺楔形切除术知情同意书

姓名 性别 男 年龄 66岁 住院号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的右肺下叶肺患有肺占位，需要在全身麻醉下进行手术胸腔镜下右肺下叶楔形切除术。

将适当大小的病灶连同周围少量肺组织直接从肺实质中切除下来的手术方法，称为肺楔形切除。该手术方式多用于处理以下情况：肺功能及全身情况不理想的原发性早期肺癌；直径较小，位置靠近肺表面的肺良性肿瘤；肺转移性肿瘤；性质不明的肺周围结节；弥漫性肺病变等。尤其对于其他方法不能取得病理诊断、临床不能完全排除恶性肿瘤的患者，多先行楔形切除，根据冰冻病理决定进一步治疗。与传统开胸手术相比，胸腔镜肺楔形切除手术创伤小、痛苦轻、恢复快，手术效果同开胸手术。

其他

手术潜在的风险和对策：

医生告知我如下胸腔镜肺楔形切除术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方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. 我理解此手术可能发生风险和医生的对策：
 - 1) 术中心、脑血管意外，可致死亡；
 - 2) 术中大出血、中转开胸、休克、形成植物状态，甚至死亡；
 - 3) 术中发现胸腔内有恶性病变或弥漫分布肺小泡，术后可能出现胸腔积液或气胸复发者，术中根据病情于胸腔内喷洒滑石粉，滑石粉可能造成胸痛、发热等，甚至有导致以后发生胸膜恶性肿瘤的可能；
 - 4) 镜下病变无法定位，中转开胸；
 - 5) 术中损伤周围组织，重要神经、血管、脏器；
 - 6) 术中根据具体病情改变手术方式；
 - 7) 肿瘤或病变侵犯重要脏器无法于镜下切除，中转开胸；
 - 8) 术后心、脑血管意外，可致死亡；
 - 9) 术后出血，需二次手术；
 - 10) 术后复发、转移；
 - 11) 术后伤口感染，伤口愈合不良；
 - 12) 术后多器官功能衰竭（包括急性肾功能衰竭及DIC等）；
 - 13) 术后呼吸衰竭，需气管插管或气管切开，长期机械通气，呼吸机依赖；
 - 14) 术后心律失常、心力衰竭、心绞痛、心肌梗死；
 - 15) 术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸，需长期带管或再次手术；

患者或授权亲属签名 签名日期 2017 年 11 月 14 日

9



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



胸腔镜肺楔形切除术知情同意书

姓名 性别 男 年龄 66岁 住院号

- 16) 复张性肺水肿;
- 17) 肺炎、肺不张、急性呼吸窘迫综合征;
- 18) 术后皮下气肿、血肿;
- 19) 术后局部皮肤麻木、疼痛, 皮肤感觉消失;
- 20) 单侧喉返神经损伤, 术后声音嘶哑, 术后呛咳;
- 21) 双侧喉返神经损伤, 术后呼吸困难、窒息;
- 22) 术后一侧肢体无汗, 一侧头面部无汗, Horner征;
- 23) 急性肺栓塞;
- 24) 下肢静脉血栓;
- 25) 脑卒中;
- 26) 肺部长期漏气, 需长期带管或再次手术解决;
- 27) 仍不能明确病理诊断, 需再次手术;
- 28) 术后症状不缓解(胸腔积液仍然存在或胸闷、疼痛症状不能缓解);
- 29) 术后气胸复发;
- 30) 术后结核播散;
- 31) 其他难以预料的意外(如褥疮、泌尿系统感染等);
- 32) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属; 特别注意的其他事项, 如: _____。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓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的病情加重或心、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, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险:

术中冰冻病理可能出现的风险

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中, 就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊, 手术中冰冻切片检查可能出现的风险和注意事项:

1. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见, 它具有局限性, 其准确率一般在95%左右。
2. 一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性, 为防止对患者造成不必要的损伤, 病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡切片诊断。
3. 冰冻报告不能作为最后诊断, 最后诊断必须等待石蜡切片。
4. 冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致, 此时以石蜡切片诊断报告为准。手术

患者或授权亲属签名 签名日期 2017 年 11 月 14 日

10



胸腔镜肺楔形切除术知情同意书

姓名 性别 男 年龄 66岁 住院号

方案有可能因此发生改变。

5. 您在慎重考虑风险与危害后, 有权“接受”或“拒绝”冰冻检查, 而等待“常规石蜡切片诊断”。

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、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次手术的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病
理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负。
- 我 ☐接受术中冰冻病理检查 ☐拒绝术中冰冻病理检查, 等待常规石蜡切片诊断

患者签名_____ 签名日期____年____月____日
身份证号_____ 联系电话_____
通讯地址_____

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 与患者关系 夫妻 签名日期 2017 年 11 月 14 日
身份证号 联系电话
通讯地址

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名 [Signature] 签名日期 / 年 / 月 日

患者或授权亲属签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日