

## 左膝关节清创+内置物取出+骨水泥占位+外支架固定术

临床诊断：左膝关节置换术后关节感染

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有“左膝关节置换术后关节感染”，需要在硬膜外麻醉下行“左膝关节清创+内置物取出+骨水泥占位+外支架固定术”。

### 手术潜在的风险和对策

医生告知我手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗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. 我理解此手术存在以下风险和局限性：

1) 麻醉意外，严重者可致休克、猝死等甚至危及生命。

2) 根据术中情况变更术式或内固定方式。

3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如运动神经损伤致相应肌肉功能失支配，引起肢体功能障碍甚至残疾；皮神经损伤致相应部位麻木疼痛；血管损伤导致大出血，严重者可致休克，肢体缺血性挛缩甚至危及生命。

4) 围手术期心、肺、脑血管等意外或猝死等出现。

a) 脑出血或脑栓塞，神志不清，昏迷等甚至死亡。

b) 心律失常，心肌梗死，心力衰竭，血压降低，休克等甚至死亡。

c) 肺栓塞，呼吸功能障碍，呼吸衰竭等甚至死亡。

5) 伤口并发症：出血、血肿、裂开、不愈合、感染，瘘管及窦道形成；各种原因伤口不能一期闭合，需植皮、皮瓣移植、手术或延迟关闭等；皮肤坏死；术后切口或创口部疤痕形成，甚至可能形成增殖性疤痕或疤痕疙瘩。

6) 术中止血带及尿管并发症出现，如：损伤皮肤，血管神经等损伤，尿管脱落，损伤尿道、膀胱等。

7) 外固定的意外及相关情况，需行二次或多次手术。

a) 术后可能需辅助外固定或牵引治疗，双下肢不等长，术中脂肪栓塞可能，严重可致生命意外。

b) 外固定物松动，断裂，异物反应，需二次或多次手术，需再固定、植骨治疗可能。

c) 术后左膝关节功能完全丧失，左膝疼痛。

d) 术后伤口感染，骨感染，骨髓炎，需进一步治疗，灌洗、清创等。

e) 外固定支架骨针，针道继发感染，甚至骨髓炎，针道部疼痛、渗血等症状，甚至周围软组织继发坏死。

8) 术后因长期卧床或肢体制动可能出现坠积性肺炎、褥疮、废用性骨质疏松、血栓闭塞性脉管炎、泌尿系感染、下肢静脉血栓形成，严重者肺栓塞，甚至死亡。



# 中国人民解放军陆军军医大学第三附属医院(所)

- 9) 术后可能因压迫性或废用性骨质疏松, 或者其它意外暴力导致创伤部位再骨折。
- 10) 因各种原因取出外固定, 如: 感染, 外固定松动、断裂、移位, 骨折愈合等。
- 11) 不恰当的功能锻炼或过早负(持)重, 可能导致再骨折、外固定物松动、脱落或断裂。
- 12) 术后膝关节功能完全丧失。
- 13) 术后感染, 骨髓炎, 组织坏死, 血管、神经损伤等导致远端肢体坏死, 截肢可能。
- 14) 术中、术后发现其它隐匿性损伤或疾病, 需要相应的治疗, 甚至二次或者多次手术。
- 15) 其它难以预料的严重情况或预计到但无法避免的意外情况出现, 导致病情加重。
- 16) 因患者左膝关节真菌感染, 此次手术以清创为主, 待感染控制后后期需再次手术治疗。
- 17) 除上述情况外, 本医疗措施尚可能发生的其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项。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. 我理解术前、术中、术后如果我不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要危险因素

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。

☐ 医师已详细告知我替代治疗方案, 如: 保守治疗(石膏托外固定术等) 我决定放弃替代治疗方案。

☐ 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。

签名日期: 2018 年 11 月 8 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。

手术医师签名:

经治医师签名:

签名日期: 2018 年 11 月 8 日



# 陆军特色医学中心(大坪医院)

## 股骨粗隆间骨折手术同意书

临床诊断: 1、左侧股骨粗隆间骨折(AO分型: A2.2型) 2、左膝关节占位外支架固定术后。

医生已告知我患有 1、左侧股骨粗隆间骨折(A1.2型) 2、左膝关节占位外支架固定术后, 需要在神经阻滞麻醉下进行左侧股骨粗隆间骨折闭合复位PFNA内固定手术。

股骨粗隆间骨折的治疗方法分为保守治疗及手术治疗。对于少数有手术禁忌症或不愿意接受手术的患者, 采用保守治疗。而对于大多数无手术禁忌的患者来说, 手术治疗能够达到骨折处的早期固定, 并有利于改善生活质量、缩短患者康复时间, 是当前医学界公认的首选方法。手术中根据骨折的情况选择髓内钉或者钢板固定。

股骨粗隆间骨折手术治疗的目的是固定骨折, 减轻患处的疼痛, 早期开始患肢的功能锻炼, 有利于改善生活质量、缩短患者卧床制动的的时间, 极大地减少褥疮、肺炎、深静脉血栓、肺栓塞等卧床并发症的发生率。

### 手术潜在风险和对策

医生告知我手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的治疗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. 我理解每个患者的病情均不同, 而且是动态变化的, 在整个诊疗过程中均有可能随时出现新的病情变化及新的情况, 而由此需要调整诊疗方案(包括手术方案)。
4. 我理解此手术存在以下风险和/或局限性:
  - 1) 麻醉意外, 严重者可出现休克、甚至危及生命。
  - 2) 根据术中情况变更术式或内固定方式。
  - 3) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如运动神经损伤致相应肌肉功能失支配, 引起肢体功能障碍甚至残疾; 皮神经损伤致相应部位麻木疼痛; 血管损伤导致大出血, 严重者可致休克, 肢体缺血性挛缩甚至危及生命。
  - 4) 围手术期心、肺、脑血管意外出现。
    - a) 脑出血或脑栓塞, 神志不清, 昏迷甚至死亡。
    - b) 心律失常, 心肌梗死, 心力衰竭, 血压降低, 休克, 甚至死亡。
    - c) 肺栓塞, 呼吸功能障碍, 呼吸衰竭甚至死亡。
  - 5) 伤口并发症: 出血、血肿、裂开、不愈合或延迟愈合、脂肪液化、感染、瘘管及窦道形成; 各种原因伤口不能一期闭合, 需植皮、皮瓣移植或延迟关闭等; 术后切口或创口部疤痕形成, 甚至可能形成增殖性疤痕或疤痕疙瘩, 影响功能及美观;
  - 6) 术中尿管并发症出现。
  - 7) 骨折固定的意外情况, 需行二次或多次手术。
    - a) 骨折碎裂、移位较重, 骨折对位对线不满意, 骨折畸形愈合, 术后可能需辅助外固定或牵引治疗, 双下肢不等长。



# 陆军特色医学中心(大坪医院)

- b) 内固定物松动, 断裂, 异物反应, 骨折延迟愈合或骨折不愈合。
- 8) 术后肢体功能恢复不满意, 缺血性肌挛缩, 邻近关节僵硬, 僵直, 异位骨化, 疼痛, 活动受限, 创伤性关节炎。
- 9) 骨折碎裂较重, 影响血供, 继发股骨头坏死等缺血性骨坏死。
- 10) 术后伤口感染, 骨髓炎, 败血症等。
- 11) 若术中植骨, 术后植骨可能延迟愈合或不愈合, 植骨块可能移位, 取骨处可能疼痛。
- 12) 外固定支架骨针, 针道继发感染, 甚至骨髓炎, 针道部疼痛、渗血等症状, 甚至周围软组织继发坏死。
- 13) 术后因长期卧床可能出现坠积性肺炎、褥疮、废用性骨质疏松、血栓闭塞性脉管炎、泌尿系感染、下肢静脉血栓形成, 严重者肺栓塞, 甚至死亡。
- 14) 术后可能因压迫性或废用性骨质疏松, 或者其它意外暴力导致创伤部位再骨折。
- 15) 不恰当的功能锻炼或过早负(持)重, 可能导致内固定物松动、脱落或断裂。
- 16) 其它难以预料的严重情况或预计到但无法避免的意外情况出现, 导致病情加重。
- 17) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项。如:

5. 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。

6. 我理解如果我有吸烟史或饮酒史或药隐史, 可能在围手术期出现戒断症状或由于戒断引起的相关问题。

7. 我理解术后如果我不遵医嘱, 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。

☐ 医师已详细告知我替代治疗方案, 如: 保守治疗, 我决定放弃替代治疗方案。

☐ 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。



## 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。

手术医师签名:

经治医师签名:

签名日期: 2019年3月9日



# 陆军特色医学中心(大坪医院)

## 左膝关节融合术手术同意书

临床诊断: 1、左侧股骨粗隆间骨折(A2.2型) 2、左膝关节占位外支架固定术后

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有“1、左侧股骨粗隆间骨折(A2.2型) 2、左膝关节占位外支架固定术后”，需要在硬膜外麻醉下行“左膝关节置融合术”。

### 手术潜在的风险和对策:

医生告知我手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗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. 我理解此手术存在以下风险和局限性:

1) 麻醉意外，严重者可致休克、猝死等甚至危及生命。

2) 根据术中情况变更术式或内固定方式。

3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如运动神经损伤致相应肌肉功能失支配，引起肢体功能障碍甚至残疾；皮神经损伤致相应部位麻木疼痛；血管损伤导致大出血，严重者可致休克，肢体缺血性挛缩甚至危及生命。

4) 围手术期心、肺、脑血管等意外或猝死等出现。

a) 脑出血或脑栓塞，神志不清，昏迷等甚至死亡。

b) 心律失常，心肌梗死，心力衰竭，血压降低，休克等甚至死亡。

c) 肺栓塞，呼吸功能障碍，呼吸衰竭等甚至死亡。

5) 伤口并发症：出血、血肿、裂开、不愈合、感染，瘘管及窦道形成；各种原因伤口不能一期闭合，需植皮、皮瓣移植、手术或延迟关闭等；皮肤坏死；术后切口或创口部疤痕形成，甚至可能形成增殖性疤痕或疤痕疙瘩。

6) 术中止血带及尿管并发症出现，如：损伤皮肤，血管神经等损伤，尿管脱落，损伤尿道、膀胱等。

7) 内固定的意外及相关情况，需行二次或多次手术。

a) 术后可能需辅助外固定或牵引治疗，双下肢不等长，术中脂肪栓塞可能，严重可致生命意外。

b) 外固定物松动，断裂，异物反应，致关节融合术不愈合，需二次或多次手术，需再固定、植骨治疗可能。

c) 术后左膝关节功能完全丧失，右膝疼痛。

d) 术后伤口感染，骨感染，骨髓炎，需进一步治疗，灌洗、清创等。

e) 若术中植骨，术后植骨可能延迟愈合或不愈合，植骨块可能移位。自体取骨处可能疼痛、麻木，继发骨折，感染，人工骨可能存在愈合困难，吸收，排异反应，感染，需进一步治疗可能。

g) 内置物继发感染，甚至骨髓炎，外固定支架针道部疼痛、渗血等症状，甚至周围软组织继发



# 陆军特色医学中心(大坪医院)

坏死。

8) 术后因长期卧床或肢体制动可能出现坠积性肺炎、褥疮、废用性骨质疏松、血栓闭塞性脉管炎、泌尿系感染、下肢静脉血栓形成，严重者肺栓塞，甚至死亡。

9) 术后可能因压迫性或废用性骨质疏松，或者其它意外暴力导致创伤部位再骨折。

10) 因各种原因取出外固定，如：感染，外固定松动、断裂、移位，骨折愈合等。

11) 不恰当的功能锻炼或过早负（持）重，可能导致再骨折、外固定物松动、脱落或断裂。

12) 术后膝关节功能完全丧失。

13) 术后感染，骨髓炎，组织坏死，血管、神经损伤等导致远端肢体坏死，截肢可能。

14) 术中、术后发现其它隐匿性损伤或疾病，需要相应的治疗，甚至二次或者多次手术。

15) 其它难以预料的严重情况或预计到但无法避免的意外情况出现，导致病情加重。

16) 除上述情况外，本医疗措施尚可能发生的其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项。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. 我理解术前、术中、术后如果我不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要危险因素

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。

☐ 医师已详细告知我替代治疗方案，如：1、保守治疗（石膏托外固定术等）2、行右膝关节翻修术，我决定放弃替代治疗方案。

☐ 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

患者授权家属签字：

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。

手术医师签名：

经治医师签名：

签名日期：2019年3月28日