

# 手术知情同意书

患者姓名		性别	女	年龄	62岁	病历号	
------	--	----	---	----	-----	-----	--

## 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有1、左膝髌骨骨折 2、左膝关节骨关节炎 右侧膝关节单髁置换术后 3、骨质疏松症 4、高血压 5、萎缩性胃炎，需要在腰麻下进行左膝髌骨骨折切开复位内固定+内侧膝关节单髁置换术（Oxford Knee System）。

手术目的：缓解膝关节疼痛，提高生活质量

预期效果：疾病进展获得控制，症状缓解

## 手术潜在风险和对策：

医生告知我如下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，具体的手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的风险及医生的对策：

1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命。

2) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式。

3) 术中、术后大出血，术中软组织及骨髓腔出血可能较多，或因意外损伤血管出现大出血，导致休克，甚至死亡。

4) 术中损伤胫神经、腓总神经等重要神经，导致术后下肢感觉、运动功能障碍。

5) 依据术中情况决定手术方式。患者髌骨骨折粉碎，依据术中情况决定内固定方式，内固定难度大，术后可能需继续支具外固定。如髌骨骨折内固定牢靠，髌骨轨迹正常，可以考虑一期行左膝关节内侧单髁置换术。如髌骨条件不适合，则放弃行膝关节单髁置换手术。

6) 术中可能因意外而损伤周围神经，导致感觉、运动功能障碍症状加重。术中软组织及骨髓腔出血可能较多，或因意外损伤血管出现大出血，导致休克，甚至死亡。

7) 术中骨折复位不满意，术后可能发生再次移位，导致畸形愈合，远期出现创伤性关节炎，膝关节长期疼痛、跛行，必要时行膝关节表面置换术。

8) 术后内固定松动、移位、断裂，导致骨折移位，需进一步治疗。

9) 术后骨折延迟愈合、不愈合或畸形愈合，必要时需要再次手术治疗。术后关节活动受到明显限制，出现关节僵硬，术后需要长期功能锻炼逐渐恢复。

10) 如一期行左膝关节内侧置换术，因患者解剖特征或局部病理改变，可能使术中假体安装困难，甚至胫骨及股骨骨折。术中损伤髌腱，术后髌腱缺血性坏死、断裂。

11) 术中如需使用骨水泥,可能出现骨水泥毒性反应,如:心血管抑制反应(低血压休克)、胃肠道反应,甚至可能猝死;术后可能并发慢性骨水泥病。

12) 术后关节腔积血,积液,术后假体位置欠佳,术后关节脱位,必要时需要进一步手术复位。

13) 手术部位可能并发切口感染、脂肪液化,可能延迟愈合或不愈合。术后出现急、慢性深部或浅部感染,甚至可能形成溃疡、窦道、软组织缺损或骨髓炎;若感染累及关节,需再次手术治疗,行关节冲洗、引流、清理,甚至需取出假体。

14) 术后假体可能出现缓慢的松动、下沉、磨损现象。若遭遇意外暴力可能导致假体断裂或股骨、胫腓骨骨折、关节脱位。正常情况下可能需要关节翻修手术。手术效果可能不理想,术后残留部分髌膝关节屈曲畸形,症状无明显改善或症状改善后又复发。

15) 术后手术部位组织疤痕形成,导致肢体挛缩,引起患肢感觉、运动功能障碍及血运障碍。术后软组织内可能并发异位骨化症,严重时需要手术治疗。

16) 术中、术后可能突发心、肺、肝、肾等脏器功能衰竭,可能并发心脑血管意外,且可能出现脂肪栓塞综合症、应急性溃疡等严重并发症,严重者可致昏迷及呼吸衰竭,危及生命。

17) 术后可能并发双下肢深静脉血栓,若血栓脱落导致异位组织、脏器栓塞。

18) 术后因肢体活动减少、卧床时间延长,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、泌尿系感染等并发症。

19) 因病灶或患者健康的原因,终止手术。

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。

#### 患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 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。

患者签名

签名日期2020-02-12

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\_\_\_\_\_

签名日期2020-02-12

#### 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 南少奎

签名日期 2020-02-12

