



手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 出生日期: 1961-02-12 住院号: 2023680 科室: 胃肠外科

简要病情及术前诊断: 因‘体检发现胃癌2天’入院。经各项检查后诊断为: 1. 残胃癌 2. 胃大部切除术后
手术适应症: 1. 残胃癌诊断明确, 2. 各项检查无手术禁忌

拟实施手术名称: ‘残胃癌根治术+肠粘连松解术’

替代方案及优缺点: 腹腔镜辅助胃癌根治术, 是新兴的微创治疗方式, 对于病期较早的胃癌患者更为适合, 经过20年的发展, 到现在逐渐在进展期胃癌患者中也获得了良好的效果。腹腔镜手术也能够达到开放手术对切除范围及淋巴结清扫范围的要求, 而且腹腔镜具有广角镜头且具有放大效应, 视野更为开阔、清晰, 可使局部解剖暴露更加清晰, 细节展现更加真实, 可以避免传统手术因暴露不佳造成误损伤及粗糙操作, 对清扫淋巴结是具有更加精准、精细等优势。通俗的讲, 腹腔镜手术相当于将术者眼睛放入患者肚子里, 近距离观察, 并通过几个小洞, 导入手术器械而完成操作, 所以, 此类手术具有精细、确切、损伤小等优势。胃癌根治术的要点在于标准的根治术, 要求对胃周回流淋巴结进行系统、整块的切除。腹腔镜手术具有刀口较小, 创伤较小, 患者恢复较快、术后瘢痕较小美观, 肠粘连较轻等优势。另外, 腹腔镜手术可用于探查病变程度, 避免一部分病期过晚的患者接受不必要的手术。缺点: 腹腔镜手术需要使用特定的手术器械, 费用方面会高于开放手术。腹腔镜手术出血较多, 视野模糊无法完成止血时, 需要中转开放手术。腹腔镜手术大多手术时间较长, 麻醉时间较长, 增加术后肺部感染可能, 另外部分患者可能因吸收二氧化碳较多术后出现酸碱平衡紊乱等情况。

胃癌根治术是传统的胃癌外科手术方式, 经过漫长的发展, 手术方式已经非常成熟, 适合所有早期及进展期胃癌患者, 晚期患者大多无法行手术切除。开放手术具有, 操作熟练, 可在直视下完成胃及胃周淋巴结的整块完整切除, 手术时间相对较短, 麻醉时间较短大大降低术后肺部感染并发症发生率等优势, 开放手术具有暴露直接, 利于操作, 另外传统开放手术较腹腔镜手术费用较低等优势。开放手术也具有若干缺点: 手术切口较大, 术后患者腹部切口疼痛明显, 愈合后瘢痕较长较大, 影响美观, 术后腹腔粘连较重, 术后发生粘连性肠梗阻可能性较高, 开放手术创伤较大, 患者术后疼痛明显, 术后恢复较为缓慢, 术后管理更加复杂等

成功的可能性: 由于已知或未知的原因, 任何手术或操作都有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症, 发生损伤甚至死亡。因此, 医生不能对手术结果作出任何保证。

术前准备及防范措施: 1. 完善相关检查, 术前肠道准备。2. 备皮, 麻醉科会诊。3. 术前留置胃肠减压管、空肠营养管、导尿管。4. 术中输血可能, 围手术期抗生素应用。

医学是一门科学, 还有许多未被认识的领域。另外, 患者的个体差异很大, 疾病的变化也各不相同, 相同的诊治手段有可能出现不同的结果。因此, 任何手术都具有较高的诊疗风险, 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, 有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。我作为主刀医生保证, 将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、抢救, 力争将风险降到最低限度。如术中情况有变化及时与家属取得联系。如患者无特殊声明, 手术切除的组织和脏器(包括植入物、弃物等)将按医疗常规用于临床病理检查诊断及有关研究, 并对废弃组织作相应处置。

手术中可能出现的意外和风险:

术中心跳呼吸骤停, 导致死亡或无法挽回的脑死亡; 难以控制的大出血; 不可避免的邻近器官、血管、神经损伤; 病情变化导致手术进程中断或更改手术方案。除上述情况外, 本次手术还可能发生下列情况: 肿瘤广泛浸润转移, 无法切除, 直接关腹可能或行姑息切除术可能; 需要术后辅助化疗或者放疗等, 术中根据病灶情况行全胃切除术可能; 术中联合切除肝叶、胰体尾, 脾脏可能; 联合切除肠段可能; 术中使用吻合器、切割闭



手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 出生日期: 1961-02-12 住院号: 2023680 科室: 胃肠外科

合器, 价格昂贵, 需自费可能。患者手术结束, 如呼吸循环不稳定, 则需要送入ICU监护治疗。

手术后可能出现的意外和并发症:

术后出血、局部或全身感染、切口裂开、脏器功能衰竭(包括弥散性血管内凝血)、水电解质平衡紊乱; 术后气道阻塞, 呼吸、心跳骤停; 诱发原有或潜在疾病恶化; 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符; 再次手术。除上述情况外, 本次手术还可能导致下列并发症:

1. 术后出血, 需要密切监测血红蛋白变化情况, 如果少量出血可行止血、输血等保守治疗手段, 大多可以达到止血目的, 如果存在活动性出血, 并且出血量较大, 经保守治疗后效果欠佳, 可行急诊腹部CT了解出血情况, 需要急诊再次手术止血治疗, 并签署非计划二次手术知情同意书并上报医务科备案。
2. 局部或全身感染包括腹腔感染、切口感染、肺部感染等, 需要术前预防性使用抗生素, 如果手术超过3小时, 需要术中追加抗生素一次, 术后常规使用抗生素治疗。如果肺部感染, 行痰培养, 及胸部CT检查, 了解肺部感染情况及范围, 预防性使用抗生素, 待培养结果后更换敏感抗生素, 严重肺部感染胸腔积液可能需要进入ICU监护病房, 胸腔穿刺抽液治疗, 如果发生腹腔感染, 术中需要放置引流管, 引流液浑浊, 送引流液药敏培养, 需要根据药敏结果选择敏感抗生素抗感染治疗并保持引流通畅, 切口感染切口, 需要拆开缝线, 撑开切口每天换药, 或者放置切口负压引流管等。
3. 脏器功能衰竭(包括弥散性血管内凝血), 肾功能衰竭, 需要血液透析治疗、水电解质平衡紊乱, 及时纠正治疗; 心功能衰竭, 严格控制液体入量, 强心利尿治疗, 肝功能衰竭, 严格控制肝损药物, 积极护肝治疗, 必要时请肝胆外科会诊, 协助治疗, 术后气道阻塞, 呼吸、心跳骤停, 需要气管插管, 心肺复苏, 组织及时抢救, 并送入ICU治疗; 诱发原有或潜在疾病恶化;
4. 心肌梗死、脑卒中等心脑血管意外及肺栓塞, 深静脉血栓, 脏器栓塞等危及生命, 恶性肿瘤术后血栓风险明显升高, 预防性使用抗血栓弹力袜, 术后经常翻身并根据血栓评估风险使用低分子肝素抗血栓治疗, 如发生心肌梗死、肺栓塞、脑梗死需要急诊溶栓治疗。
5. 吻合口瘘: 急性吻合口瘘需要再次手术治疗, 迟发性瘘, 大多需要保守治疗, 保持引流通畅, 冲洗引流, 抗炎治疗。脂肪泻、消化不良、营养不良, 胆漏、胰漏、十二指肠残端漏, 保持引流通畅同时积极抗感染治疗。
6. 肠粘连、肠梗阻, 需要禁食, 抗炎, 胃肠减压对症治疗。严重的肠梗阻并出现肠绞窄, 腹膜炎体征, 则需要剖腹探查手术治疗。
7. 残胃无力, 反复出现恶心、呕吐可能, 需要行上消化道造影, 如明确胃瘫, 则需要禁食, 胃肠减压, 促进胃动力药物, 大多2周可恢复, 较长者需要1月余可以恢复。
8. 切口疝、切口局部积液、脂肪液化、愈合困难, 切口裂开, 需要再次手术清创缝合, 切口疝可能, 需要行手术修补。术后低蛋白血症, 影响术后愈合, 需要术后补充人血白蛋白, 待可以进食后大多可以改善。
9. 术后肿瘤复发, 转移可能, 需要行MDT讨论决定下一步治疗, 包括化疗、放疗、靶向治疗等, 如有手术指征可行再次手术可能。高龄患者, 随时有不可意料的意外发生, 甚至危及生命。

上述情况医生已讲明。在此, 我经慎重考虑, 代表患者及家属对可能的手术风险表示充分理解, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外及并发症, 并全权负责签字, 同意手术治疗。

患方意见: [REDACTED] 风险已知, 选择手术

患方签字: [REDACTED] 与患者关系: 本人 时间: 2020年8月18日10时20分

主刀签名: [REDACTED] 2020年08月18日 09:43:26