

患者姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 79岁	住院号: [REDACTED]
------------------	-------	---------	-----------------

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有_椎管内占位性病变(胸椎)、2型糖尿病、高血压病3级(极高危)、冠状动脉粥样硬化性心脏病。需要在 局部+强化 麻醉下进行椎间孔镜下椎管内占位性病变摘除手术。

手术目的: 解除神经压迫, 最大限度保留胸椎功能。脊柱外科只能尽最大努力解除导致神经受压压迫因素, 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:

医生告知我如下胸椎椎间孔镜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症临床表现, 手术后二便功能很难恢复), 术后胸背部及右腹部疼痛不能恢复或恢复不良。
 - 2) 手术后肌肉渗血, 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) 如由于脊髓、神经根受压病程较长、神经功能受损严重, 导致脊髓已变性, 减压后症状及体征改善可能不明显甚至加重。
 - 4) 椎间孔镜下手术摘除占位组织, 损伤椎弓根、小关节等致脊柱稳定性丢失。
 - 5) 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。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，造成脊髓粘连出现截瘫后果。

- 6) 患者术前、术后卧床，发生肺部感染、血栓性静脉炎、深静脉血栓形成、结石形成。
- 7) 术后切口感染，切口不愈或延迟愈合，切口裂开；椎管内感染，椎间隙感染，甚至颅内感染。
- 8) 留置尿管的话可能导致泌尿系感染等相关并发症。
- 9) 胸椎手术后可能出现顽固性僵硬、沉重感。
- 10) 神经根受压较严重，神经功能已受损，手术刺激，可能导致肢体感觉、运动障碍、截瘫或性功能障碍、二便障碍在术后暂时有所加重。
- 11) 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。
- 12) 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。

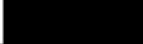
特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施

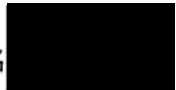
患者知情选择

- 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 and 医疗废物处理等。

患者签名 

签名日期 2018 年 08 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 

与患者关系 母子 签名日期 2018 年 08 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 

签名日期 2018 年 08 月 14 日