

达州市中心医院手术知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 83 岁 病历号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 主动脉夹层动脉瘤、肝肾囊肿，需要在 全身 麻醉下进行 主动脉造影，主动脉夹层腔内隔绝术，备左锁骨下动脉重建术。

手术潜在风险和对策

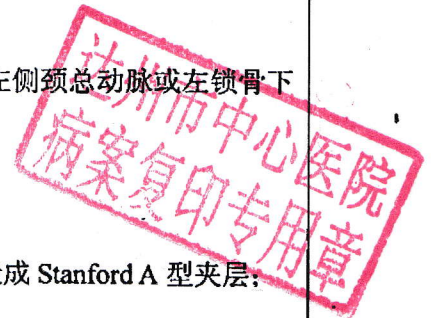
医生告知我手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

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. 我理解此手术可能发生的风险：

- 1) 麻醉意外、心脑血管意外；
- 2) 术中大出血，导致失血性休克，严重者死亡；
- 3) 损伤周围肌肉、神经、血管等重要结构，造成患侧肢体运动、感觉功能障碍；
- 4) 术后淋巴漏、伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成；
- 5) 动脉穿刺或切开处出血、血肿形成，假性动脉瘤形成，局部夹层形成；局部感染，淋巴漏，需长期换药处理或二期缝合处理；
- 6) 根据术中情况可能需多个切口或穿刺；
- 7) 夹层术后近期或远期出现内漏；
- 8) 术中封堵主动脉分支血管，如肺动脉、支气管动脉、食道供血动脉，术后截瘫、食道坏死穿孔等可能；
- 9) 根据术中情况可能需延长近端锚定区，覆膜支架覆盖左侧颈总动脉及左侧锁骨下动脉，术后出现脑缺血导致脑梗塞可能；
- 10) 根据术中造影情况可能应用烟囱技术或开窗技术重建左侧颈总动脉或左锁骨下动脉；
- 11) 根据术中情况可能需行腋动脉人工血管搭桥术；
- 12) 根据术中造影情况可能需延长支架远端锚定区；
- 13) 夹层术后支架近端内膜再次撕裂，出现逆行性撕裂，造成 Stanford A 型夹层；
- 14) 支架远端内膜撕裂，需再次手术干预可能；
- 15) 腔内隔绝术后综合征可能，如发热、白细胞升高、C-反应蛋白升高等；
- 16) 术后夹层假腔继续增大，夹层动脉瘤形成，甚至存在破裂可能；
- 17) 若术后夹层远端破口大，假腔压力高，需再次手术封堵夹层远端破口；
- 18) 术中斑块或血栓脱落，造成远端动脉栓塞，需行动脉切开取栓处理；
- 19) 术后出现造影剂肾功能损害，严重者出现肾功能衰竭，需行血液透析或血液滤过治疗；



- 20) 术后应用抗血栓药物存在出血风险，且出血可发生在任何部位，严重者可发生脑出血等；
- 21) 术中所需材料费用高，且部分为自费；
- 22) 支架断裂、移位等；
- 23) 远期支架或移植血管血栓形成可能；
- 24) 患者治疗风险不仅存在于术中，术后恢复过程中亦存在较多风险，如褥疮、下肢深静脉血栓形成、肺部感染、心肺肝肾功能衰竭、心梗、脑梗可能；
- 25) 根据术中情况决定具体手术方式；
- 26) 术中术后出现术前难以预料情况可能；

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：

- 1、主动脉夹层腔内隔绝术仅封堵近端主动脉破口，无法将夹层破口完全封堵，远端存在破口，可能存在夹层假腔持续存在或增大，甚至形成夹层动脉瘤、破裂可能；
- 2、患者主动脉夹层逆行撕裂累及左侧锁骨下动脉，主动脉弓为Ⅲ型，为了使支架顺应主动脉弓形态，将支架锚定在安全锚定区，术中需封堵左锁骨下动脉或部分左颈总动脉；
- 3、患者主动脉弓降部直径已超过 40mm，近端真腔细小，说明近端破口大，假腔内压力高，且主动脉弓扭曲严重，主动脉根部粗，术中支架输送到位困难可能；
- 4、根据术中造影情况决定重建方式，应用腔内技术可能存在内漏风险；行血管搭桥手术创伤相对大，且解剖外旁路远期通畅率低；行支架开窗可能存在支架连接部位内漏，若开窗不成功，改做其他方式重建血供；
- 5、由于目前国内尚无商品化产品重建主动脉弓部分支血管，行支架开窗技术需改造支架或破坏支架结构，可能存在支架结构稳定性受损等情况，远期出现目前不可预知风险等情况可能；
- 6、根据术后随访结果决定进一步治疗方案；
- 7、除密切随访主动脉夹层转归情况外，尚需戒烟、降脂等治疗。

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。

患者签名_____ 签名日期_____年_____月_____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_____ 患者关系 28 签名日期 2017 年 6 月 28 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 2017 年 6 月 28 日

