



手术知情同意书

简要病情及术前诊断: 体检发现脾大5月, 要求进一步治疗T 37.9℃, P 128次/分, R: 22次/分, 血压: 146mmHg/74mmHg. 腹平坦, 无胃肠形及蠕动波, 无腹壁静脉曲张。右上腹无压痛, 无反跳痛, 无肌紧张, Murphy征阴性, 全腹未扣及包块, 脾肋下可及, 距左侧肋缘下5 (cm)可触及肿大之脾脏, 边缘圆钝, 质软。肝、脾、双肾区无叩击痛, 移动性浊音阴性。听诊肠鸣音未见异常2020年03月18日, 宁波市第五医院, 158616, 上腹部增强CT示: 脾大。巨脾。右侧上腹部脏器受压位移。; 2020年03月24日, 宁波市第五医院, 2020032400124, 血常规: 白细胞数 $1.9(*10^9/L)$ ↑, 血红蛋白 78.0(g/L) ↓, 血小板数 $68.0(*10^9/L)$; 术前诊断: 1. 脾大

拟实施手术名称: 腹腔镜辅助下脾切除术 **麻醉选择:** 全身麻醉

拟手术时间: 2020-04-01

手术适应症: 1. 诊断基本明确, 有手术指征 2. 术前检查未见手术禁忌症

手术指征: 1. 诊断基本明确, 有手术指征 2. 术前检查未见手术禁忌症

替代方案: 保守治疗

替代方案的主要缺点: 无法根治三系降低情况, 病情进一步恶化。

术前准备及措施:

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

手术中可能出现的意外和风险防范:

1. 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命
2. 术中因解剖位置及关系变异变更术式
3. 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如肝脏、胰腺、胃肠道等, 致胰瘘、肠瘘等;
4. 术前诊断不明, 或不排除恶性肿瘤可能, 具体术式视术中情况而定, 可能要改变手术方式, 扩大手术范围。
5. 术中大出血, 导致失血性休克, 严重者死亡

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:

手术后可能出现的意外和并发症:

1. 切口积液、感染、裂开, 延迟愈合或不愈合, 瘘管及窦道形成, 切口疝。
2. 术后切口渗血、出血
3. 术后手术部位出血, 需再次手术
4. 术后腹膜炎、腹腔脓肿
5. 肠粘连、肠梗阻



宁波市第一医院

浙江大学宁波医院

手术知情同意书

6. 脑并发症：脑血管意外，呼吸并发症：肺不张，肺感染、胸腔积液、气胸；心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停
7. 血栓性静脉炎，肺栓塞或其他部位栓塞
8. 诱发原有疾病恶化
9. 术后肠系膜血栓形成
10. 术后胃肠道出血、应激性溃疡，严重者死亡
11. 术后血小板提升不明显。

术后出血、局部或全身感染、切口裂开、切口疝、脏器功能衰竭（包括DIC）、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，本次手术还可能发生下列情况：

上述情况医生已讲明。在此，我经慎重考虑，代表患者及家属发表意见。

代理人姓名： 关系： 本人或户主

代理人确认已授权

手术医师签字：

2022年4月1日 8时0分

