

中国人民解放军联勤保障部队第九四〇医院

姓名 科室 脊柱外科病区

床号 5

ID号

住院号

手术知情同意书

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有1.腰椎感染（结核？）；2.腰椎间盘突出症；3.继发性肺结核；4.陈旧性淋巴结核核；5.低蛋白血症；需要在全身麻醉下进行腰椎病灶清除+腰椎后路内固定+肋骨取骨（必要时）+椎间植骨融合+腰椎间盘切除手术

您的主管医师及手术医师：您的主管医师张涛 上级医师李松凯，主刀医师 李松凯 助手张涛。

手术目的及预期效果：手术目的：进一步明确诊断、病灶清除、恢复脊柱稳定性；预期效果：治愈

手术潜在风险、并发症和对策：

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并发症：

1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命；3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式；4) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；5) 脂肪栓塞：严重者可致昏迷及呼吸衰竭，危及生命；6) 呼吸并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；7) 心脏病并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；8) 尿路感染及肾衰；9) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；10) 精神并发症：手术后精神病及特别的其他精神问题；11) 血栓性静脉炎、深静脉血栓，以致肺栓塞、脑栓塞；12) 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；13) 水电解质平衡紊乱；14) 诱发原有疾病恶化；15) 术中因组织侵犯，与周围组织粘连或侵犯致邻近组织器官易损伤：血管、神经、脊髓等；16) 术中根据具体情况决定手术方式或终止手术；17) 术后出血，血肿压迫脊髓及神经，必要时需二次手术止血；18) 术后切口感染、形成窦道需清创手术；19) 术后脑脊液漏，头晕，头疼，甚至中枢神经系统感染，感染中毒性休克甚至死亡；20) 如有内固定物，术后可松动、脱出、折断，损伤周围器官，排异反应或感染，必要时二次翻修或手术取出；21) 患者神经受压时间长，有下肢麻木症状，术后下肢麻木无缓解或缓解不满意，肢体功能不佳；术中神经损伤，导致双下肢感觉、运动障碍，大小便、性功能障碍，截瘫；22) 术后结核复发，需再次手术治疗；23) 术后依病理结果采取进一步治疗措施；24) 植骨不愈合、骨吸收致脊柱融合失败，需再次手术可能；25) 取肋骨处疼痛、影响外观可能；26) 不排除腰椎非特异性感染可能，根据术后病情进一步治疗，手术创伤导致血源性播散，严重者出现脓毒血症导致患者死亡；27) 手术创伤大，术后需转ICU进一步治疗。

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及亲属特别注意的其他事项。如：患者一般情况差，术后感染播散，全身脏器衰竭，严重者导致患者死亡。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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。

6. 除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及亲属特别注意

中国人民解放军联勤保障部队第九四〇医院

姓名 科室 脊柱外科病区

床号 5

ID号

住院号

意的其他事项。

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：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

7. 针对上述情况采取的对策：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取下列防范措施来最大限度的保护患者安全，使治疗过程顺利完成。具体措施为：

1) 术前：认真评估患者，选择合适的手术方案；完善各项必须的术前检查，如出凝血时间、肝肾功能、心电图、胸片等；根据基础疾病进行针对性治疗；请相关科室会诊。

2) 术中：严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时处理术中出现的各种情况；术中仔细操作，严密止血。

3) 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并针对性使用抗生素、抗结核药等对症治疗。

4) 其他：必要时请相关科室会诊协助治疗。

医疗替代方案：抗结核药物保守治疗。

患者知情选择

1. 医生已明确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、可能存在的其它医疗替代方案并且解答了我关于此次手术的相关问题。以上风险，经慎重考虑，我自愿同意或者不同意，对我实施该项医疗措施手术治疗。对以上可能发生的意外和并发症明知。如发生上述情况，表示理解和接受。

2. 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。

3. 我理解我的手术需要多位医务人员共同进行。

4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

5. 我授权医师对手术切除的病变器官、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

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 父子 签名日期 2021.3.22

身份证号码：

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、可能存在的其它医疗替代方案并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名

签名日期