

INFORMED CONSENT STATEMENT

Name of Journal: World Journal of Gastroenterology

Manuscript NO: 82193

Manuscript Type: Retrospective Study

One-third reduction of portosystemic gradient during transjugular intrahepatic portosystemic shunt achieves good outcome and reduces complications

Shi-Hua Luo, Mi-Mi Zhou, Ming-Jin Cai, Shao-Lei Han, Xue-Qiang Zhang, Jian-Guo Chu

Informed Consent Statement: Patients were not required to give informed consent to the study because the analysis used anonymous data that were obtained after each patient agreed to treatment by written consent.

Sincerely,

Jian-Guo Chu

Jian-Guo Chu

*Correspondence author: Pro. Jian-Guo Chu, Department of
Gastroenterology, Air Force Medical Center of PLA, 30 Fucheng Road,
Haidian District, Beijing, 100142, China.*

Email: cjgchina@126.com

Telephone: +86-15611161272

Fax: +86-10-66928523

TIPS手术治疗知情同意书

TIPS手术是治疗肝炎后肝硬化、门脉高压、急性上消化道出血的重要手段，具有创伤小、见效快、患者恢复情况好的特点，但因术中在下腔静脉与门静脉之间放置支架，故术后存在支架再堵塞风险，需定期复查行TIPS术后支架造影，了解支架通畅情况，对可能出现的狭窄部位进行再通，保持其分流治疗效果。

手术潜在风险和对策

1. 麻醉意外：可能发生药物过敏和毒性反应、血管栓塞、喉头水肿、喉痉挛、误吸、呼吸衰竭、心脏骤停、脑血管意外或意识障碍等不良反应和并发症；

2. 术前如合并心、肺、脑疾病、可能在术中、术后发生心肌梗死、肺炎；心、肺、肝、肾功能衰竭；应激性溃疡（消化道大出血）、深静脉血栓、血栓脱落致肺梗塞等严重并发症。特别是患有隐性冠心病、高血压、糖尿病等疾病的患者，术中、术后可能突发心、肺、脑并发症，如脑血管意外、心跳骤停等情况。

3. 置管过程为有创性，可能发生周围血管损伤、肝破裂出血，出现出血、血肿、气体栓塞、感染等，甚至危及患者生命；

4. 导管折断，必要时需手术治疗；

5. 栓塞物（如碘油、弹簧钢圈等）所致异位栓塞、异位组织器官功能障碍；可能出现发热、栓塞部位疼痛，行相应对症处理；

6. 颈内静脉、股动脉、股静脉、腹腔动脉、肝动脉、门脉系统等血管损伤，出现穿刺侧血管栓塞或出血、腹腔内大出血、消化道出血等相应并发症，甚至危及生命；

7. 术后肝脏功能或其它器官功能衰竭、肝性脑病、门脉栓子脱落致肺、脑等重要器官栓塞或周围血管栓塞、术后再次发生上消化道出血可能，如发现肿瘤可能播散致全身转移。

8. 因各种原因患者不能耐受治疗而终止操作；因血管异位、变异等各种原因难以找到相应血管，如肝静脉发育异常或缺如，则终止操作。

9. 持续发热、恶心呕吐、腹痛；麻痹性肠梗阻；幽门梗阻；

10. 术中根据造影情况及患者耐受情况决定手术方式，依据造影情况可能无法完成TIPS治疗，如术中发现胃底、胃冠状静脉扩张，行胃底静脉栓塞。

11. 其他难以预料的情况发生，根据术中情况行相应处理。

患者知情选择

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，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，可能存在的其它治疗方法，医生已告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，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。

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。

以上有关手术风险及可能预防的措施医生已向患者本人及患者家属充分交代，患者及家属愿意承担由此带来的一切风险，并签字为证。

患者或授权代理人意见：_____

患者签字：_____ 年 月 日 时 分

患者或授权代理人签字：_____ 与患者关系：_____ 年 月 日 时 分

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。

医师签名：_____ 签名时间：_____ 年 月 日 时 分