

皖南医学院弋矶山医院

经皮穿刺椎体成形术知情同意书

患者姓名	性别 男	年龄	病历号
------	------	----	-----

治疗建议

医生已告知我患有腰椎骨折，需要在 会诊麻醉下进行经皮椎体成形手术。

手术方式：微创经皮穿刺椎体成形术手术目的：姑息性解决患者骨折造成的疼痛、不能站立行走症状。改善患者生活质量。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下经皮穿刺椎体成形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，具体的手术方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) 此手术性质为姑息性，以解决病患骨折造成的疼痛、不能站立行走症状，改善患者生活质量。如为原发性肿瘤骨转移，对延长病患生命无帮助。

2) 实施手术椎体得到治疗后，邻近椎体继发骨折的机率明显增高。

3) 手术只能改善局部症状，此类患者多合并脊柱其他病损，由其他原因造成的病变无法解决。（例如：胸腰椎骨折合并腰椎管狭窄致下腰部疼痛、下肢神经症状，无法通过实施骨折部分手术得到缓解）

4) 穿刺损伤脊髓、神经根导致相应后果，甚至截瘫。穿刺导致硬膜内感染，出现严重并发症。骨水泥外渗或脱出，损伤硬膜囊、神经根，出现截瘫、神经损伤后果。麻醉并发症和麻醉意外，严重者可致休克，危及生命。

5) 术中应用造影剂过敏反应，过敏性休克死亡。

6) 椎管内血肿形成，出现相应后果；

7) 患者不能配合手术治疗，终止手术。

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。

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。
- 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 2021 年 1 月 26 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 _____ 签名日期 2021 年 1 月 26 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 2021 年 1 月 26 日





皖南医学院

第一附属医院

弋矶山医院

Yijishan Hospital of Wannan Medical College

经皮椎间孔镜下髓核摘除术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 科室: 脊柱骨科 病区: 床号: 住院号:

治疗建议

医生已告知我患有 腰椎间盘突出症，需要在 麻醉会诊 麻醉下进行 椎间孔镜下髓核摘除 手术。

手术只是为受损神经根恢复提供机会，术中不对神经根本身进行操作。术后患者症状恢复情况取决于神经根本身变性程度。绝大多数病例在椎管受压因素解除后能够较好恢复；少数病例因神经根变性，术后症状虽然仅是部分恢复，但手术有效避免神经根进一步受压，使症状不至于进行性加重；极少部分病例因神经根变性坏死，术后症状可能进一步加重。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下经皮穿刺椎体成形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征临床表现，手术后二便功能很难恢复），术后腰腿痛和麻木不能恢复或恢复不良。术后下肢功能恢复不良（例如感觉、运动功能）至死亡。
 - 2) 手术后引流不畅或肌肉渗血，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) 术中椎间隙定位错误；
 - 4) 术中椎间盘髓核组织摘除困难，不彻底或许改变手术方式。
 - 5) 术中椎间关节损伤，术后脊柱不稳，腰痛。
 - 6) 术后发生马尾综合症。
 - 7) 术后再次复发或其它节段椎间盘突出，需继续治疗或手术。
 - 8) 手术中损伤神经根的事件不能完全避免。一旦出现病患部分神经功能丧失。硬膜损伤，脑脊液漏，致颅内感染，危及生命或后遗头痛。脑脊液漏必要时需要手术修补，造成马尾粘连出现瘫痪后果。
 - 9) 患者术前后长期卧床，发生肺部感染、尿路感染、褥疮、血栓性静脉炎、深静脉血栓形成、结石形成。
 - 10) 术后切口感染，切口不愈，切口裂开；椎管内感染，椎间隙感染，甚至颅内感染。
 - 11) 伤口不愈合或延迟愈合。
 - 12) 留置尿管导致泌尿系感染等相关并发症。
 - 13) 腰椎手术后出现顽固性腰痛、僵硬、沉重感，无有效治疗方案。
 - 14) 神经根或马尾受压较严重，神经功能已受损；手术刺激，可能导致肢体感觉、运动障碍或者肛门、膀胱括约肌功能障碍（大小便功能障碍）或性功能障碍在术后暂时有所加重。
 - 15) 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。
 - 16) 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



皖南医学院

第一附属医院

弋矶山医院

Yijishan Hospital of Wannan Medical College

经皮椎间孔镜下髓核摘除术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 100 科室: 脊柱骨科 病区: 床号: 住院号: 极低。

17) 术后症状体征改善不理想, 需继续治疗或手术。

18) 专科可能出现的意外和并发症如下: 髓核可能不能摘除干净, 术后可能复发。术后可能依然会遗留有腰痛, 左下肢疼痛、麻木无力等症状; 主要风险和可能出现的并发症: 穿刺针损伤腰骶神经根, 术后出现支配区域神经症状; 术后出现脑脊液漏。

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。

6. 本次手术只行 L3/4 节段椎间盘手术, 其他节段不具备手术指征。

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。

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。
- 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: 2021年02月06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: 签名日期: 2021年02月06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: 2021年02月06日

