

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 病区: 四病区 消化内科 床号: [REDACTED] 住院号: 00190084 性别: 男 年龄: 68岁

病情及诊断: 患者 [REDACTED] 男, 68岁, 因“反复便血6年, 加重2天”2021.12.11入院。既往有“高血压”病史近5年, 平素规律口服氨氯地平片1#qd、奥美沙坦酯片1#qd, 血压控制尚可; “前列腺增生”病史近10年, 平素口服非那雄胺片1#qd、前列康5#bid; 否认“糖尿病”病史; 否认“结核”、“肝炎”等传染病史; 按国家规定接种疫苗; 否认重大手术及外伤史; 否认药物食物过敏史。入院查体: T: 36.7℃, P: 103次/分, R: 20次/分, BP: 115/66mmHg。神清, 精神软, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未及肿大, 心肺听诊无殊, 腹平软, 全腹未及压痛及反跳痛, 墨菲氏征阴性, 肝脾肋下未及, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常, 双下肢无水肿。辅助检查: 2021/12/11胃镜: 全胃贫血貌慢性非萎缩性胃炎伴糜烂。诊断考虑急性消化道出血, 为求进一步治疗, 急诊拟“消化道出血”收住入院。入院后予头孢西丁粉针1.5gbid静滴抗感染, 凝血酶冻干粉1Ubid口服止血, 泮托拉唑钠粉针40mgbid静滴抑酸护胃, 补钾补液支持等治疗。2021-12-29血常规: WBC $14.0 \times 10^9/L$, NE% 89.3%, RBC $1.89 \times 10^{12}/L$, HGB 57g/L。2021-12-27钾钠氯钙镁: NA 132.9mmol/L, CA 1.93mmol/L。2021-12-27血常规+超敏CRP: WBC $12.0 \times 10^9/L$, NE% 91.1%, RBC $1.93 \times 10^{12}/L$, HGB 59g/L, HCT 0.17L/L, CRP 24.54mg/L。患者入院后反复出现消化道出血, 分别于2021-12-13、2021-12-16、2021-12-27行3次介入栓塞术。患者今日完善腹部MR, 不排除小肠占位性病变伴出血。2021/12/17常规CT: 肠系膜上动脉介入术后改变。肝多发低密度, 部分囊肿, 必要时肝脏MR检查。双侧肾前筋膜增厚伴双肾周围间隙模糊, 考虑炎性改变。前列腺钙化。右侧部分小肠及直肠肠腔扩张、肠腔积血、积液。盆腔少量积液。附见: 双侧胸腔积液。2021/12/13常规CT: 乙状结肠及直肠肠腔扩张、积血, 其以上肠管扩张。左肾前方团块影, 与小肠关系紧密, 建议进一步检查。肝多发低密度, 部分囊肿, 必要时肝脏MR检查。前列腺钙化。附见: 双侧胸腔积液伴邻近肺组织膨胀不全。术前诊断: 1. 消化道出血2. 小肠肿瘤待查3. 重度贫血4. 高血压5. 前列腺增生6. 先天性小肠血管畸形7. 多发性肝囊肿8. 胸腔积液9. 肺不张10. 低钠血症11. 低钙血症

医疗替代方案(说明主要缺点): 患者病情危重, 继续保守治疗效果欠佳, 难以自愈, 病情加重可能, 甚至死亡可能, 患者及家属强烈要求手术治疗。

手术指征: 患者消化道出血明显, 病情危重, 全院会诊及影像科专科会诊考虑小肠间质瘤出血可能性较大, 不排除其它病变情况, 保守治疗风险极大, 继续出血可能, 危及生命, 患者及家属强烈要求手术治疗。

拟实施手术名称: 腹腔镜探查术(中转开放手术可能)

手术方式: 微创手术 麻醉会诊(备中转开放手术)

术前准备及防范措施: 术前禁食、备皮, 凝血功能常规, 心电图, 胃肠道准备、留置胃管、备血等, 充分告知患者病情及手术风险

手术材料、贵重和自费药品等需告知的内容: 止血材料、切口保护器、取物袋、防粘连材料、可吸收缝线、超声刀、一次性吻合器、一次性切割闭合器、一次性可吸收夹、负压引流装置等。患者消化道出血, 重度贫血, 保守治疗可能出现效果欠佳, 保守治疗风险极大, 继续出血可能, 危及生命, 且无法明确具体出血原因。全院会诊及影像科专科会诊考虑小肠间质瘤出血可能性较大, 不排除其它病变情况, 具体手术方式需依据术中具体情况而定。本次手术主要目的在于挽救生命, 积极处理出血相关疾病, 腹腔内其它与本次出血无关的组织器官情况不予处理。患者及家属对目前病情及治疗表示知晓及同意, 要求此次行探查手术治疗, 具体手术方式依照手术中具体情况而定。

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。本次住院第__次手术 (第 1 页)