

# 中国人民解放军总医院第四医学中心

科室  
姓名

骨肿瘤科

ID号

住院号

## 检查、治疗（手术）志愿书

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |    |   |    |  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|---|----|--|
| 姓名    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年龄 | 52岁 | 性别 | 男 | 职别 |  |
| 病情摘要  | 腰背部疼痛1个月余，左大腿疼痛27天                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |     |    |   |    |  |
| 初步诊断  | 1. 腰椎恶性骨肿瘤 2. 糖尿病                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |     |    |   |    |  |
| 处理建议  | <p>建议行脊柱肿瘤后路切除，椎体重建，钉棒系统内固定术</p> <p>经治医师签名： 主治医师签名：</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |     |    |   |    |  |
| 预后及后果 | <p>腰椎病变后路切除，椎体重建，钉棒系统内固定术是对病变椎体的治疗方法之一。但由于医学科学的特殊性和个体差异性，在手术一般可能出现的问题：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 术中、术后生命体征异常波动，甚至出现心跳、呼吸停止。术中、术后可能突发心、肺、肾、肝等脏器功能衰竭、应激性溃疡，术中被迫终止手术。</li> <li>2. 术中可能损伤大血管出现大出血，致不可逆的失血性休克、肾衰、昏迷、植物人甚至危及生命死亡。手术诱发潜在的疾病、加重现有的疾病，严重可危及生命。</li> <li>3. 患者肿瘤位于腰椎，前方为腹主动脉、肾等重要脏器，病变椎体可能与腹膜粘连，手术分离难度大，腹膜损伤致肾脏等重要脏器损伤，严重的并发症甚至危及生命；</li> <li>4. 术中显露病变椎体，可能会造成腰背部肌肉损伤，术后会出现腰背部疼痛，肌肉力量减弱，甚至形成瘢痕，影响腰椎功能；</li> <li>5. 病变椎体可能与神经根粘连严重，在神经根减压、探查时，可能损伤神经根周围的硬脊膜，导致脑脊液漏的发生，患者术后会出现低颅压的症状，需平卧，必要时需至相关科室行介入修补治疗，大量脑脊液漏也可能导致颅内压急剧改变至脑疝，可能危及生命；术中可能难以完全分离神经根，根据术中情况有切除神经根可能，术后会有腰背部不适，下肢感觉、肌力减退等症状；</li> <li>6. 术中需分离椎管、神经根探查，可能在分离椎管和神经根时，神经受到牵拉、刺激，损伤相应神经根及脊髓，术后肢体无力、麻木、不全瘫甚至完全性瘫痪，需到相关科室进行长时间恢复及对症治疗；</li> <li>7. 由于患者脊髓、神经根受压时间长、神经功能受损压制，至脊髓、神经根已变性，减压后症状及体征改善可能不明显，甚至因手术减压后可能出现脊髓水肿、再灌注损伤等原因导致症状加重、肢体功能障碍、不全瘫甚至完全性瘫痪，神经功能受限等等；</li> <li>8. 术中对椎体重建，重建材料可能位置不佳、移位致脊柱畸形，甚至损伤脊髓、神经根，造成脊髓、神经损伤症状，严重者损伤重要脏器危及患者生命；使用钉棒系统的内固定材料时，内固定材料可能位置不佳，内固定置入后可能会松动、断裂、外露、脱落等，甚至损伤脊髓与神经根，出现脑脊液漏、神经损伤的症状；</li> <li>9. 可能患者会出现对内固定及植入物材料敏感、过敏、排异反应，无法使用内固定材料的可能，甚至需取出的可能；</li> <li>10. 术后因内固定，致脊柱运动功能受限或部分丧失，并可能出现背部感觉不适、疼痛、畸形。</li> </ol> |    |     |    |   |    |  |

# 中国人民解放军总医院第四医学中心

科室  
姓名

骨肿瘤科

ID号

2

住院号

6

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p>11. 根据术中情况更改手术方案可能, 增加或减少内固定, 可能会增加手术时间和费用, 预后不良的可能;</p> <p>12. 目前患者占位病变, 需要根据术后病理回示结果进行明确诊断、及指导下一步综合性治疗(如放疗、化疗等)。术后肿瘤有复发或其他位置转移的风险;</p> <p>13. 术后因长期卧床出现褥疮、肺感染、肺不张、尿路感染、深静脉血栓、肺栓塞等并发症, 需要进一步的处理;</p> <p>14. 术后可能出现切口出血、渗血、血肿形成、致脊髓受压, 导致患者瘫痪甚至死亡;</p> <p>15. 术后切口感染、延迟愈合、切口不愈、切口裂开; 椎管内感染, 椎间隙感染, 甚至颅内感染。需要二次行清创、置管引流、甚至内固定取出手术。切口瘢痕形成, 影响美观;</p> <p>16. 少数病人术后疗效差, 原因不明一术后选择综合治疗。本次手术只解决此处情况, 其他存在的病变暂不处理;</p> <p>17. 因出现意外情况及上述并发症而导致医疗费用大量增加、转外科重症监护室等相关科室治疗等等;</p> <p>18. 根据术后病理结果可能需多学科联合治疗。</p> <p>19. 现有技术可能造成不可预测并发症, 如发生截瘫、感染等并发症需转到相关科室继续综合治疗。</p> <p>20. 按医院及时要求交纳治疗费用, 按期出院, 不能因发生上述手术并发症而拖欠医疗费用、要求经济补偿、拖延出院时间;</p> |
| 患者本人<br>或亲属及<br>患者组织<br>意见 | <p>同意选择建议行脊柱肿瘤后路切除, 椎体重建, 钉棒系统内固定术, 并对上述可能发生的后果明知。□本人自愿□同意对病人行脊柱肿瘤后路切除, 椎体重建, 钉棒系统内固定术。如果发生了上述情况, 表示理解。</p> <p>患者 者 联系方式: _____</p> <p>患者 亲属: 关系: 电话: _____</p> <p>单位负责人: 职务: 电话: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 科主任<br>意见                  | 科主任签名: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 临床部意见                      | 医务处意见                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 医务部或院领导<br>审批意见            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |