

手术审批与手术知情同意书

姓名

病区

五病区

床号 526

住院号

【简要病情】

- 1、患者，女，21岁，因“体检发现肝占位性病变1月余”入院。
- 2、入院查体：T 37℃，P 98次/分，BP 123/59mmHg。神清，无明显肝掌及蜘蛛痣，皮肤巩膜无明显黄染，锁骨上等浅表淋巴结未及肿大，心律齐，未及杂音，双肺未及啰音及哮鸣音，腹平软，未见肠型，无腹壁静脉曲张，无肌卫及反跳痛，肝下缘剑突下15cm，边缘钝，光滑，无压痛，脾肋下未及，Murphy's征阴性，肝区无明显叩痛，肾区无叩痛，未扪及异常包块，移动性浊音阴性，肠鸣音约4次/分。双下肢无明显水肿。
- 3、辅助检查：12月26日DX：胸部正位：心肺膈未见明显X线异常。心脏：心脏超声检查未见明显异常。腹部：膀胱：右肝不均质低回声包块门静脉、脾静脉血流通畅。上腹部CT：下腹部CT：肝内巨大占位，海绵状血管瘤待排。病灶右侧肝实质内见粗大迂曲静脉。左肾囊肿。下腹部CT未见异常。建议增强MRI检查。上腹部增强MR：左肝巨大占位，肝细胞腺瘤考虑。左肾囊肿。血液检查未见明显异常。心电图提示：完全性右束支传导阻滞。

【术前诊断】肝巨大占位性病变：肝细胞腺瘤考虑

【手术指征】

肝巨大细胞腺瘤考虑，有手术指征，术前检查未见明显手术禁忌，患方要求手术。

【拟施手术名称】

肝巨大细胞腺瘤切除术+胆囊切除术

【替代方案】保守治疗，可能血破裂大出血或恶变，危及生命。

【麻醉方式】全麻

【术前准备】完善术前检查，大量备血，术前置胃管、尿管，围手术期抗生素，麻醉会诊

【手术中可能出现的意外和风险】

●术中心跳呼吸骤停，导致死亡或无法挽回的脑死亡；●难以控制的大出血；●不可避免的邻近器官、血管、神经损伤；●病情变化导致手术进程中断或更改手术方案；●术中栓塞；●目前尚无法预料的意外；●胆道损伤；●发现其他病变而更改手术方式；●术中发现恶性肿瘤广泛转移，或其他部位肿瘤转移至肝脏，无法根治，放弃手术。●术中损伤胃、膈肌、脾脏、大血管，必要时需更改手术方式，或放弃手术。

【术中防范措施】

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，相同的诊治手段有可能出现不同的结果。因此，任何手术都具有较高的诊疗风险。有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外，有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症：●我作为主刀医生保证将以良好的医德医术为患者手术，严格遵守医疗操作规范，密切观察病情，及时处理、抢救，力争将风险降低到最低限度，如术中情况有变化及时与家属取得联系；●本次手术还需防范的措施有：●规范操作，严格无菌操作及止血，谨防伤及周围器官等。

【手术后可能出现的意外和并发症】

- 1、切口出血，积液或感染，延期愈合，甚至裂开需再次手术缝合。



手术审批与手术知情同意书

姓名

病区

五病区

床号 526

住院号

- 2、肿瘤与周围粘连致密，无法分离，无法切除，强行分离可能导致大出血，无法止血，失血性休克等风险，需终止手术。
- 3、术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；
- 4、术后腹腔内出血，胆漏，可能需再次手术。
- 5、应激性溃疡，消化道出血。
- 6、术后肺部感染、腹腔内感染，尿路感染，出现败血症，甚至感染性休克、死亡。
- 7、术后肠粘连梗阻，严重者需再次手术分离粘连。
- 8、多脏器功能衰竭，尤其肝肾功能衰竭，肝肾综合症，肝性脑病，大量腹水，肝昏迷，死亡。
- 9、水电解质及酸碱平衡紊乱，营养失衡，二重感染。
- 10、心脑血管意外，如心衰、深静脉血栓等情况。
- 11、术后可能需入住重症监护病房（ICU）监护治疗。
- 12、麻醉风险，麻醉医师予以交代。
- 13、其他不可预料的风险及并发症。

【术后防范措施】●监测生命体征，腹部体征，皮肤巩膜情况。●围手术期抗感染治疗，止血，抑酸护肝、营养支持等治疗。●术后注意生命体征，注意观察各引流管情况；●定期复查腹部CT、生化分析、血常规、腹部彩超等。

上述情况医生已讲明。在此，我经慎重考虑，代表患者及家属对可能的手术风险表示充分理解，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外及并发症，并全权负责签字，同意手术治疗。

谈话医生（主刀或一助）签名：_____ 2017年1月5日 9时10分

患方意见：_____ 患方签名：_____ 2017年1月5日 10时20分

主刀医生签名：_____ 2017年1月5日 9时10分

手术审批：_____ 审批意见：_____ 科主任签名：_____ 2017年1月5日 9时0分

