



## 首都医科大学附属北京友谊医院(通州院区)

### 手术说明知情同意书



尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险）

一般情况	患者姓名: <u>                    </u> 性 别: <u>女</u> 年 龄: <u>59岁</u>
	科 室: <u>普外分中心</u> 病房或病区: <u>通州院区普外四科二病区</u> 病案号: <u>[病案号]</u>
	身份证号码: <u>                    </u> 登记号: <u>                    </u>
医 生	【病情简介】(主要症状、体征、疾病严重程度) <u>发现肝硬化3月余,加重1天。</u>
	【过敏史】 <u>无</u>
	【术前诊断】 <u>酒精性肝硬化</u>
	<u>肝功能失代偿</u>
	<u>肝性脑病</u>
	<u>症状性癫痫</u>
	<u>腹水</u>
	<u>脾大</u>
	<u>高血压2级(极高危)</u>
	<u>低蛋白血症</u>
	【替代医疗方案】(目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍) <u>继续保守治疗</u>
	【拟行手术适应症】 <u>肝硬化失代偿期、肝性脑病</u>
	【建议拟行手术名称】 <u>同种异体原位全肝移植术</u>
	【手术目的】 <u>根治疾病,挽救生命</u>
	【手术部位】 <u>上腹部</u>
【麻醉方式及风险】 <u>全麻</u>	
经治医师签名: <u>                    </u> 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名: <u>                    </u>	
时间: 2019年11月10日 地点: <u>普外分中心</u>	
【患者自身存在危险因素】 <u>肝性脑病发作多次伴癫痫发作</u>	
【拟行手术禁忌症】 <u>无明显手术禁忌</u>	
【手术风险,包括术中或术后可能出现的并发症等】	
一、术中风险	
1、麻醉意外:过敏反应、血压下降、呼吸心跳抑制等,甚至死亡;	
2、术中心脑血管意外,呼吸心跳骤停;	
3、术中如果粘连过重,无法切除病肝,手术医师可能选择终止手术。	





手术说明知情同意书

说明

- 4、由于尸体肝脏移植会遵循尽量缩短供肝冷缺血时间的原则，如果在路途运输过程中，出现不可抗拒的因素，导致供肝不能及时送达手术室，缺血时间过长，风险过高，可能会终止手术。
- 5、术中行供肝相关血液学及组织学检查，可能出现与现场检查结果不一致，如果继续手术可能出现严重后果（如术中复查输血相关疾病，检查提示HIV阳性），术中可能终止手术。
- 6、术中副损伤：肝脏周围毗邻胃、十二指肠、横结肠、右侧肾上腺、膈肌，在游离过程中，可能造成周围脏器损伤，特别是在既往曾经有过腹部手术史的患者，严重者可导致消化道漏、血气胸、大出血的可能；
- 7、患者如果术前合并门静脉血栓，术中需要取栓，取栓过程中可能导致大出血；
- 8、术中无肝期，需要阻断下腔静脉，可能造成胃肠道淤血、下肢淤血、肾脏淤血，以及循环不稳，严重者可造成术后肾功能不全，下肢静脉血栓形成，严重者可造成心脏骤停；
- 9、术中可能出现气体进入血管，导致气体栓塞，危及生命；
- 10、术中供肝血流开放时，血流动力学突然改变，术中可能出现心跳骤停危及生命；
- 11、术中可能出现超急性排斥反应，严重者可造成移植体失功，危及生命；
- 12、原发性移植肝无功能，需行再次肝移植术；
- 13、术中可能出现吻合口漏，引起大出血；
- 14、术中可能出现门静脉、肝动脉血栓形成，需要再次吻合；
- 15、根据术中所见决定手术方式，备胆肠吻合术；
- 16、术中凝血机制差，出现弥漫性血管内凝血（DIC），止血困难，危及生命；
- 17、术中腹腔内容积有限，出现关腹困难，需要二期关腹；

二、术后早期

- 1、腹腔内出血，包括肝静脉、门静脉、肝动脉吻合口，吻合血管破裂，以及手术创面、胆肠吻合口等位置，术后再次探查止血的可能；
- 2、术后早期可能出现应激性溃疡，引起消化道出血；
- 3、吻合血管血栓形成，包括肝动脉血栓形成、门静脉血栓形成，可能需要再次手术；
- 4、吻合口狭窄：门静脉狭窄、肝静脉狭窄造成流出道梗阻，可能需要再次手术或者通过介入的治疗手段进行处理；
- 5、患者为原位肝移植，可能出现小肝综合征或大肝综合征风险，危及生命；
- 6、胆道并发症：胆漏（包括断面胆漏、胆肠吻合口及肠肠吻合口）、胆管狭窄，可能需要二次手术或者介入治疗；

7、术后肠粘连、肠梗阻，保守治疗如果无效可能需要再次手术

8、切口感染：术后免疫力低、营养差，血运差等原因可能导致切口延迟恢复、脂肪液化或者切口感







# 首都医科大学附属北京友谊医院(通州院区)



## 手术说明知情同意书

染,需要再次清创缝合,远期出现切口疝;

9、术后发生腹腔脓肿、需要再次开腹引流。

10、排斥反应:移植术后需服用免疫抑制剂,但仍有可能发生急性排斥反应、慢性排斥反应,严重者可导致移植物失功,需二次移植;

11、感染并发症:肝移植术后患者需要长期服用免疫抑制剂,免疫力低下,出现感染风险较高,可发生各种细菌、真菌、病毒等全身严重感染,导致呼吸窘迫综合症(ARDS)、肾衰、移植肝功能衰竭、多脏器功能衰竭(MOSF)导致死亡等;

12、心、肺、脑血管并发症:患者由于手术创伤、术后用药、血流动力学改变等综合因素,可能导致心功能不全、心功能衰竭、肺部感染及脑血管意外等并发症,严重者危及生命;

### 三、术后远期

1、药物副作用:术后患者因长期服用免疫抑制剂及各种相关药物可能导致糖尿病、骨质疏松、高血压、高血脂、高尿酸血症及精神、神经系统并发症等;

2、移植后感染乙肝、丙肝、HIV等血液传播疾病;

3、原发病复发:包括乙肝、丙肝、以及自身免疫性肝病,原发性胆汁淤积性肝硬化、硬化性胆管炎;

4、新发肿瘤:对于行肝移植时不合并肿瘤的患者,术后可能出现新发肿瘤的风险,包括皮肤、肺、肾脏、肝脏、胃肠道等全身脏器

其他:不可预测并发症

### 【术后主要注意事项】

1、监测生命体征

2、及时予患者抑酸,保肝等对症治疗

3、尽早下地活动,预防术后坠积性肺炎及双下肢静脉血栓形成

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异,不排除手术风险及医疗意外风险等因素,存在术前和术后不可预见的特殊情况,恳请理解。

[ ]

### 【拒绝手术可能发生的后果】病情进展,危及生命

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款,我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名: 李国林 签名时间: 2019年11月10日11时00分 签名地点: 普外分中心

术者签名确认: 李国林

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认:

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案,并已就医疗风险和并发症 一、二 (请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容) 向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道手术是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体



# 首都医科大学附属北京友谊医院(通州院区)



## 手术说明知情同意书

质差异的影响,术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险,不能确保救治完全成功,甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险,我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式,也可以拒绝或放弃此项手术,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了全面的答复。

(请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容,特做以下声明:”字样)

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容,特做以下声明

患者知情同意内容

我同意(填写“同意”)接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。  
并授权医师:在术中或术后发生紧急情况下,为保障患者的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签名:\_\_\_\_\_

患者近亲属/法定监护人/委托人签名:\_\_\_\_\_与患者关系:父子 联系电话:\_\_\_\_\_

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码:\_\_\_\_\_

签名时间:2019年11月10日11时0分 签名地点:普外分中心

我不同意(填写“不同意”)接受医师建议的手术方案,并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名:\_\_\_\_\_

患者近亲属/法定监护人/委托人签名:\_\_\_\_\_与患者关系:\_\_\_\_\_ 联系电话:\_\_\_\_\_

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码:\_\_\_\_\_

签名时间:\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分 签名地点:\_\_\_\_\_

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由:

记录人:\_\_\_\_\_

见证人:\_\_\_\_\_ 见证人身份证号码:\_\_\_\_\_

时间:\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_分

地点:\_\_\_\_\_

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名,请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。  
也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

