

入院记录

姓名付有发 性别男 年龄77岁 科室神经内科 病区20楼病区(床号10 住院号 135670

民族 汉族 婚否 已婚 职业 退休 出生地 广东 住址 福田区福田新村61号702

入院时间 2012年11月12日 15:19 记录时间 2012年11月12日 20:15 病史陈述者 付有发

主诉： 头晕、双下肢无力4天。

现病史：患者17年前患“脑卒中”在外院诊治，具体不详，2年前患“脑梗死”，在市中医院诊治，遗留右侧肢体活动困难、痉挛、麻木、构音不清及偶有饮水呛咳，左侧肢体运动稍欠灵活，感觉正常，旁人搀扶下可缓慢行走。4天前出现头晕，双下肢无力，左下肢明显，不能站起和行走，无肢体抽搐，无耳鸣、头痛、恶心、呕吐、心悸、气促、胸闷、胸痛等不适，遂至市中医院就诊，查头颅CT示“多发腔隙性脑梗死”，予对症治疗（具体不详），双下肢无力无明显好转，今为求进一步诊治收入我科。4天前出现发热，最高达37.8℃，阵发性咳嗽、咳少量黄痰，未正规诊治。起病以来，患者精神欠佳，睡眠、胃纳尚可，大小便如常，体重无明显改变。

既往史：有“高血压”病史2年，未规律服药，未监测血压，有慢性咳嗽、咳痰病史5年，去年在外院诊断为“慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、痛风、右肾结石、胆囊结石”，具体诊治不详。否认“糖尿病、冠心病及房颤”等病史。否认“肝炎、肺结核”等传染病史。否认食物药物过敏史。否认输血史。否认手术外伤史。预防接种史不详。

个人史：生于原籍，未至外地久居史，无血吸虫病疫水接触史；无毒品接触史；生活规律，无冶游史；无吸烟、嗜酒史。

婚育史：适龄结婚，家庭和睦，育有2子2女，体健。

家族史：无家族性遗传病，无传染病史，无类似病史。

体格检查:

体温: 37.0℃; 脉搏: 75 次/分; 呼吸: 20 次/分; 血压: 135/80 mmHg。

一般情况：发育正常，营养中等，神志清楚，自主体位，查体合作。

皮肤粘膜：全身皮肤粘膜色泽正常，皮肤湿度正常，皮肤弹性正常，未见肝掌及蜘蛛痣，未见出血点及瘀斑，未触及皮下结节或肿块，毛发分布正常。

浅表淋巴结：全身浅表淋巴结未触及肿大。

头部及其器官：头颅五官未见畸形，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，左侧眼睑下垂，眼球活动灵活、充分，结膜无充血。伸舌稍偏右，口角左歪。右侧咽反射减弱。唇无发绀，咽无充血，双侧扁桃体无肿大，表面未见脓点。乳突无压痛，鼻中隔未见偏曲。副鼻窦无压痛。双耳及外耳道无脓性分泌物，鼓膜完整。

颈部：颈无抵抗，颈静脉无充盈，颈动脉未闻及杂音，左侧锁骨上窝闻及收缩期血管杂音。气管居中，甲状腺未闻及血管杂音。

胸部：胸廓无畸形，胸骨无压痛。肺部呼吸运动度对称，肋间隙正常，语颤对称，无胸膜摩擦感，无皮下捻发感，叩诊呈清音，呼吸规整，双肺呼吸音粗，双下肺闻及少量湿性罗音。心前区无隆起，心尖搏动正常，位于左侧第5肋间锁骨中线内侧0.5cm。触诊心尖搏动正常，无震颤，无心包摩擦感。叩诊双侧心脏浊音界正常。心率75次/分，心音减弱，律齐，心音S1正常，S2正常，未闻及心脏杂音及心包摩擦音。

腹部：平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹式呼吸存在，腹壁静脉未见曲张，未见手术瘢痕。腹壁柔软，无压