**就诊记录(问题描述、病程记录)—— SOAP的形式**

**S:代表病人主观资料(Subjective data):**

主观资料是由病人或其就医时的陪伴者提供的主诉、症状、病人对不适的主观感觉、担心忧虑、疾病史、家族史和社会生活史等。医生对以上情况的描述要求尽量使用(或贴近)病人的语言。

**0:代表客观资料(Objective data):**

观察者(一般指医生)用各种方法获得的各种真实的资料。包括体检发现、生理学方面的资料、实验室检查结果、心理行为测量结果,以及医生观察到的病人的态度、行为等。

**A:代表对健康问题的评估(Assessment)**

评估是问题描述中的最重要的一部分。

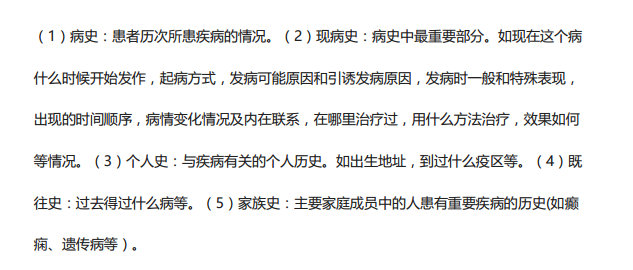
完整的评估应包括诊断、鉴别、问题的轻重程度及预后等。

评价不同于以往的以疾病为中心的诊断,其内容可以是疾病、生理问题、心理问题、社会问题,未明确原因的症状和/或主诉

所评价问题的名称须按统一使用的分类系统来命名。——基层医疗国际分类系统(ICPC)

**P:代表对问题的处理计划(Plan)**

处理计划是针对问题而提出的,体现以病人为中心、预防为导向,以及生物-心理-社会医学模式的全方位考虑,而不仅限于开出药物。计划内容一般应包括诊断计划、治疗策略(包括用药和治疗方式)、对病人的教育等。



1、【示例】

初诊示例

内科：1994年3月20日

阵发性咳嗽半月。

半月前受凉后开始咳嗽，呈阵发性，无畏冷发热，无咯血及胸痛，伴有少量的白色黏稠痰。曾服止咳糖浆等3天，效果不好。

既往有10年余慢性咳嗽史，曾诊断为“慢性支气管炎”，不吸烟。否认肺结核病史。

体格检查：BP 128/80mmHg,无呼吸困难，唇不发绀，双肺有散在干性啰音，未闻及湿啰性啰音，心率90次/min，律齐，无杂音，腹平软无压痛，肝脾未触及，双下肢无浮肿。

血常规：Hb120g/L,WBC 11.0×109/L,N 0.8, L0.2。

初步诊断：慢性支气管炎急性发作。

处理：(1)胸片

(2)交沙霉素 0.2 t.i.d×3

(3)复方甘草糖浆 10mL t.i.d×3

医师签名：×××

复诊示例

内科：1994年3月25日

经以上处理后咳嗽稍缓解，已不咯痰。

体格检查：一般情况可，双肺未闻及干性、湿啰音。

胸片：双肺纹理增粗，无主质性病变，心影正常。

处理：（1）复方甘草糖浆10Ml t.i.d×3

（2）交沙霉素 0.2 t.i.d×3

**1、急性阑尾炎**

主 诉 转移性右下腹痛伴恶心、呕吐8小时。

现病史

该患于8小时前无诱因出现腹部疼痛，初表现为上腹部隐痛，4小时后疼痛逐渐加重并转移至右下腹固定，无腰背部及会阴部放散痛，呈阵发性发作，伴有恶心、呕吐数次，呕吐物为胃内容物，量共约200毫升，未经任何诊治，今因腹痛不缓解前来我院就诊，门诊以“腹痛待查”收入院。病程中患者无咳嗽、咳痰，无心悸、气短，无呼吸困难，无腹胀、腹泻，无尿频、尿急、尿痛及血尿，患病以来，睡眠不良，食欲欠佳，大小便正常。

2、病程记录

何冰，女，30岁，该患以转移性右下腹痛伴恶心、呕吐8小时于2008年06月11日入院。

该病例特点：

1、青年女性，起病急，病程短。

2、该患者以腹部疼痛为主症，呈转移性右下腹部疼痛，伴有恶心、呕吐。

3、既往：无结核及肝炎病史，无糖尿病及心脏病、高血压病史，无药物过敏史及手术史。

4、查体：体温36.5℃，脉搏80次/min，呼吸19次/min，血压110/70mmHg。一般状态良好，自动体位，全身浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清。心律整，无杂音。专科情况：腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，未见腹壁静脉曲张，右下腹麦氏点压痛阳性，反跳痛阳性，无肌紧张。莫菲氏征阴性，腹部未触及包块，肝脾均未触及。全腹叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，肺盰界位于右锁骨中线第五肋间，肝肾区叩击痛阴性。听诊肠鸣音3-5次/分，未闻及气过水声，结肠充气试验阳性，腰大肌试验阴性，闭孔肌试验阴性。

5、辅助检查：血常规（2008-06-11）：白细胞： 15.0×109/L，中性粒细胞：79.1%。

病情分析及鉴别诊断:本病人诊断为急性阑尾炎，但应与以下疾病相鉴别1、胃十二指肠溃疡穿孔：病人多有溃疡病史，表现为突然发作的剧烈腹痛，可有腹璧板样强直等腹膜刺激体征，但以上腹部为主，腹部X线检查可见膈下游离气体，腹穿可抽出含胆汁或食物残渣。2、右侧输尿管结石：多表现为右下腹阵发性剧烈绞痛，疼痛向会阴部、外生殖器放散，伴肾区叩痛阳性，尿中可见多量红细胞。B超及X线下在输尿管走行部可见结石阴影。3、妇科疾病：异位妊娠破裂：可有月经期延迟，下腹痛，查体：下腹部压痛、反跳痛阳性等表现，腹穿及阴道后穹窿穿刺可抽出不凝血，超声及血、尿妊娠试验阳性有助于诊断。

初步诊断：

急性阑尾炎

治疗计划

1、二级护理，禁食水。

2、急检血常规、尿常规、血凝、血生化、床头心电图（2小时内完成）。

3、急诊硬膜外麻醉下行阑尾切除术（6小时内完成）。

4、抗感染治疗。

2008-06-11 主任医师查房

张东宝主任医师查看患者，病人一般状况尚可，查体：心肺查体未见异常，右下腹压痛阳性，反跳痛阳性，无肌紧张，肠鸣音3-5次/分。结肠充气试验阳性，血常规提示白细胞： 15.0×109/L，中性粒细胞百分比79.1%。看过患者后指示：根据病史及查体，该患者急性阑尾炎的诊断可以明确，应行急诊手术治疗，积极完善各项术前准备。已按指示执行。

临床诊断：

急性阑尾炎

诊断依据：

1、转移性右下腹痛伴恶心、呕吐8小时。

2、查体：右下腹压痛阳性，反跳痛阳性，无肌紧张，肠鸣音3-5次/分。结肠充气试验阳性。

3、辅助检查：血常规（2008-06-11）：白细胞： 15.0×109/L，中性粒细胞：79.1%。

治疗计划：

1、急诊硬膜外麻醉下行阑尾切除术。

2、抗感染治疗。

2008-06-12 01：00 术 后小结

患者今日急诊在硬膜外麻醉下阑尾切除术，术中见阑尾粗大，直径约25px，长约175px，充血、水肿，附有脓苔，无穿孔，腹腔内约有渗液50ml，术中诊断：急性阑尾炎，行阑尾切除术，术中顺利，切除物给家属看过后送病理检查。术后安返病房。给予二级护理、禁食水，抗感染及补液治疗。

2008-06-13 08：00 主任医师查房

张东宝主任医师查房，查看患者后指出：术后第1日，患者一般状态可，切口疼痛可耐受。无寒战、发热，无恶心、呕吐。无腹痛、腹胀，未排气、排便。查体：右下腹部切口处压痛阳性，余无压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音2-3次/分。切口敷料整洁。指示继续禁食水、补液、抗感染治疗。鼓励患者下床活动，促进胃肠蠕动。

2008-06-13

今日为术后第1日，患者一般状态可，切口疼痛可耐受。无寒战、发热，无恶心、呕吐，无腹痛、腹胀，未排气、排便。查体：右下腹部切口处压痛阳性，余无压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音2-3次/分。今日继续禁食水、补液、抗感染治疗。

2008-06-14 08：00 主治医师查房

今日杜向阳主治医师查房，指出术后第2日，一般状态良好，已排气，未排便，无发热，无腹痛、腹胀，下床活动自如。查体：心肺听诊无异常，右下腹部切口处压痛阳性，余无压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音2-3次/分。指示：今日停禁食水，改为全流食，继续抗感染治疗。切口换药。

2008-06-14

患者术后第2天，自述睡眠好，无腹痛、腹胀，无咳嗽、咳痰。已排气，进全流食后无不适。给予切口换药，切口愈合佳，无红肿及渗出。消毒后予以敷料包扎固定。

2008-06-15

患者术后第3天，一般状况良好，无腹痛、腹胀，无恶心、呕吐，无寒战、发热，排便、排气良好，活动直如，进食无不适。查体：全腹无压痛，无反跳痛及肌紧张，听诊肠鸣音活跃。切口愈合佳，无红肿及渗出。

2008-05-23

患者一般状态良好，进食后无腹痛、腹胀，排气、排便正常。查体：腹部无压痛、反跳痛及肌紧张，肠鸣音4次/分。切口处愈合良好，给予常规换药。患者要求提前出院。劝阻无效，予以办理出院手续。

3.手术记录

患者硬膜外麻醉生效后，取仰卧位,术区常规强力碘消毒,铺无菌单。

取右侧麦氏切口,依次切开皮肤、皮下组织,剪开腹外斜肌腱膜,钝性分离腹内斜肌、腹横肌，剪开腹横筋膜，打开腹膜，进入腹腔，见腹腔有少许脓性渗出液。沿结肠带找到阑尾，见阑尾于盲肠下位，长约150px,粗约22.5px，充血水肿明显，表面附有脓苔。术中诊断为“急性化脓性阑尾炎”，行阑尾切除术。提出阑尾，处理系膜，钳夹、切断、结扎阑尾系膜，于阑尾根部距离盲肠0.3厘米处切断阑尾，残端消毒灭活后，荷包缝合盲肠浆肌层包埋阑尾残端。以无菌纱布擦拭腹腔，未见活动性出血。清点器械、纱布无误后逐层关腹。术毕。

切除之阑尾给病人家属看后送病理。

4、术前小结

该患临床诊断基本明确，符合手术指征，可手术治疗。患者术前检查已基本完善，各项检查回报无手术禁忌，术中及术后可能发生情况已充分考虑，并准备好对策，并已向患者及家属交待并签手术知情同意书一份，待术。

5、腹腔镜阑尾切除术手术记录

全麻插管，平仰卧位，消毒，铺巾。三孔操作（如图）

腹腔镜探查所见：盲肠与侧腹膜大网膜粘连，阑尾张力高，充血呈绛红色，水肿明显，长200px粗25px，近根部50px之粪石隆起，位于盲肠后。

腹腔镜处理：阑尾系膜经超声刀松解动脉施锁夹1枚，阑尾根部施锁夹1枚，靠夹剪断，阑尾从B孔取出。

腹腔冲洗，查无渗血，放气筋膜缝合、皮下缝合、皮肤缝合术毕。

切除阑尾家属过目后送病理。

**二、腹部闭合伤**

首次病程记录

该病例具有如下特点特点：

1.患者女性，48岁。

2.主诉：车祸致左上腹部外伤疼痛6小时，伴右侧肢体肿胀。

3.现病史：患者于6小时前因车祸致左上腹部外伤疼痛，右侧肢体肿胀，出现一过性意识障碍，数分钟后清醒。有轻度口渴，头晕。腹痛为钝痛，较剧烈，呈持续性，无扩散，且进行性加重。同时伴恶心，无呕吐，无腹胀、肛门停止排便排气，无便血，排尿一次，无明显肉眼血尿。急来我院就诊，行简单外固定后，急诊行Ｂ超及CT，X线检查，以“腹部闭合伤”收入院。受伤以来患者无畏寒、发热；无咳嗽、咳痰，无呼吸困难。伴有右侧肢体活动受限。

4.既往史：既往体健。否认传染病史；否认高血压，糖尿病史；否认外伤，手术及输血史；否认药物过敏史。

5.体格检查：一般情况：体温℃，脉搏 次/分，呼吸 次/分，血压 / mmHg，神志清楚，营养良好，被动体位，痛苦病容，平车推入病房，查体可合作。皮肤、粘膜：色泽正常，未见皮疹，未见出血点，无肝掌及蜘蛛痣，无溃疡及瘢痕，未及皮下肿块，肢端温暖。浅表淋巴结：全身浅表淋巴结无肿大。头部及其器官：头面部无畸形，听力粗测正常，结膜正常，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，左3mm，右3mm，双侧对光反射灵敏，鼻通气顺畅，口腔粘膜完整，颈部：颈部无抵抗，颈静脉正常，气管位置居中，甲状腺未及肿大，胸部：胸廓无畸形，肋间隙正常，双侧乳房未及异常。肺脏：呼吸运动两侧对称，左肺呼吸音清，右肺呼吸音清，左肺未闻及啰音，右肺未闻及啰音。心脏：心率次/分，心律齐，心音正常，未闻及病理性杂音。腹部：腹部平坦，全腹未见外伤痕迹，未见胃型或肠型，未见蠕动波，腹壁静脉无曲张，腹部无手术瘢痕；全腹柔软，左上腹明显压痛，无反跳痛，肝脏肋下未触及，脾脏肋下未触及，腹部未及包块；肝、脾、肾区无叩痛，肝浊音界正常，移动性浊音阴性；肠鸣音减弱，3次/分，未闻及血管杂音。Murphy征阴性。双侧腹股区未及肿块。肛门、外生殖器未见异常。脊柱正常，脊柱棘突无压痛，右上肢，右下肢夹板固定，活动受限。左侧肢体肌张力正常，肌力５级，左侧膝腱反射正常，Babinski征阴性。

6.辅助检查：.辅助检查：B超:目前腹腔所查脏器超生未见异常

CT ：1、左侧额部硬膜下血肿

2、 脾脏高密度影

3 、右侧髌骨粉碎骨折

X-RAY: 1、右侧肱骨骨折

2、 右侧髌骨骨折

3 、右股骨颈可疑骨折

根据患者的外伤病史、症状、体征，诊断明确，无需鉴别，目前需严密观察腹部情况，明确是否有腹腔内脏损伤，目前不能排除肠道的损伤

入院诊断：

1.腹部闭合伤

2.右上肢骨折，右下肢骨折

3 硬膜下血肿

诊疗计划：

1.一级护理，禁食水。

2.完善血常规＋PT系列，心电图等相关检查。

3.注意生命体征变化，必要时剖腹探查。

4.请上级医生查房。

鉴别诊断

该病人诊断为腹部闭合性损伤，可除外（1）实质性脏器损伤：病人以内出血症状为主，早期出现休克，贫血貌，腹痛一般不重，压痛和肌紧张也不明显。出血量多时可有腹胀和移动性浊音。超声、CT、腹穿有助于诊断。（2）空腔脏器损伤：病人以感染中毒症状为主，腹膜炎体征，肺肝界下移或消失，肠鸣音减弱或消失。X线、腹穿有助于诊断。

初步诊断

腹部闭合性损伤

治疗计划：

1、二级护理、禁食水。

2、提检血常规，血凝，尿常规，肝功、离子、血糖，免疫常规，床头心电，胸片，CT（2天内完成）。

3、请上级医生会诊。

4、必要时全麻下行剖腹探查术。

主任医师查房

李东杰主任医师查房看过病人：患者因车祸腹痛车祸致左上腹部外伤疼痛6小时，伴右侧肢体肿胀4小时为主诉入院。病史体检及辅助检查无特殊补充。

查房意见：目前患者有明显的上腹部痛，以左上腹为重，查体左上腹有压痛，不能除外腹腔脏器的损伤，但患者生命体征平稳，腹部没有明显的腹膜炎征象，可以保守治疗，主要是补液，严密观察生命体征及腹部的情况，如果出现休克或腹膜炎加重则急诊手术治疗。

临床诊断：

腹部闭合伤

左额部硬膜下血肿

右侧肱骨干骨折

右侧股骨干骨折

右侧髌骨骨折

诊断依据：

1.病史：车祸致左上腹部外伤疼痛6小时，伴右侧肢体肿胀。

2.查体：全腹柔软，左上腹明显压痛，右上肢，右下肢夹板固定，活动受限。

3.辅助检查：CT提示左侧额部硬膜下血肿，脾脏高密度影，右侧髌骨粉碎骨折。

X-RAY提示右侧肱骨骨折，右侧髌骨骨折，右股骨颈可以骨折。

诊疗计划：

严密观察生命体征及腹部情况

补液抗感染治疗

必要时急诊手术治疗

病情平稳时转骨科治疗

4 术前小结

该患拟今日急诊在全麻下行剖腹探查术，术前备皮，禁食水，胃肠减压，留置导尿，备血，术中及术后可能发生情况已充分考虑，并准备好对策，并已向患者及家属交待并签手术知情同意书一份，待术。

入院日期：09年9月8日

牟淑华 女 48岁

主诉：车祸致左上腹部外伤疼痛6小时，伴右侧肢体肿胀。

入院情况：体温 ℃，脉搏次/分，呼吸次/分，血压 / mmHg，神志清楚，营养良好，被动体位，痛苦病容，平车推入病房，查体可合作。腹部：腹部平坦，全腹未见外伤痕迹，未见胃型或肠型，未见蠕动波，腹壁静脉无曲张，腹部无手术瘢痕；全腹柔软，左上腹明显压痛，无反跳痛，肝脏肋下未触及，脾脏肋下未触及，腹部未及包块；肝、脾、肾区无叩痛，肝浊音界正常，移动性浊音阴性；肠鸣音减弱，3次/分，未闻及血管杂音。Murphy征阴性。双侧腹股区未及肿块。肛门、外生殖器未见异常。脊柱正常，脊柱棘突无压痛，右上肢，右下肢夹板固定，活动受限。

入院诊断：1、腹部闭合伤 2、右上肢骨折，右下肢骨折 3、 硬膜下血肿

诊疗经过：入院后予补液吸氧监护，抗感染治疗，严密观察生命体征及腹部情况。患者腹痛明显减轻，进食后无腹痛及腹胀，无发热。请骨科医生会诊建议转骨科治疗。

目前情况：体温 ℃，脉搏次/分，呼吸次/分，血压 / mmHg，神志清楚，营养良好。腹部平坦，全腹未见外伤痕迹，未见胃型或肠型，未见蠕动波，腹壁静脉无曲张，腹部无手术瘢痕；全腹柔软，无明显压痛，无反跳痛，肝脏肋下未触及，脾脏肋下未触及，腹部未及包块；肝、脾、肾区无叩痛，肝浊音界正常，移动性浊音阴性；肠鸣音减弱，3次/分，未闻及血管杂音。右上肢，右下肢夹板固定，活动受限。

目前诊断：1.腹部闭合伤 2.右上肢骨折，右下肢骨折 3 硬膜下血肿

转科目的及注意事项：为求骨科手术而转出，望骨科医生注意生命体征

腹部闭合伤

**三、胆囊结石**

主诉及现病史

主诉：间断性右上腹疼痛2年。

现病史：该患缘于2年前无明显诱因开始出现右上腹部隐痛，伴右胸背部放散痛，无肩部放散痛，腹痛呈间断性发作，曾予以抗感染治疗（具体药名及剂量不详）后腹痛可缓解。于2010年1月14日在四平市爱龄齐医院行超声检查提示：胆囊多发结石，但未经治疗，今为进一步治疗来我院，门诊以胆囊结石收入院。病程中无寒战、高热，无反酸、嗳气，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，无黄染。患病以来，睡眠不良，食欲欠佳，大小便正常。

专科情况

腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，未见腹壁静脉曲张。腹软，右上腹深压痛阳性，无反跳痛及肌紧张。腹部未触及包块，肝脾均未触及，莫菲氏征阴性。肺肝界位于右锁骨中线第5肋间。全腹叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，肝肾区叩击痛阴性，肠鸣音3-5次/分，未闻及气过水声。

病程记录

病 程 记 录

2010-1-22 13：10

孙萍，女，58岁，该患因间断性右上腹疼痛2年于2010年1月22日入院。

该病例特点：

1、老年女性，缓慢起病急，病程长。

2、该患缘于2年前无明显诱因开始出现右上腹部隐痛，伴右胸背部放散痛，无肩部放散痛，腹痛呈间断性发作，曾予以抗感染治疗（具体药名及剂量不详）后腹痛可缓解。于2010年1月14日在四平市爱龄齐医院行超声检查提示：胆囊多发结石，但未经治疗，今为进一步治疗来我院，门诊以胆囊结石收入院。病程中无寒战、高热，无反酸、嗳气，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，无黄染。患病以来，睡眠不良，食欲欠佳，大小便正常。

3、既往：无结核及肝炎病史，无糖尿病及心脏病、高血压病史，无药物过敏史及手术史。

4、查体：腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，未见腹壁静脉曲张。腹软，右上腹深压痛阳性，无反跳痛及肌紧张。腹部未触及肿物，肝脾未触及，Murphy征阴性。全腹叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，肝肾区叩击痛阴性，肠鸣音3-5次/分，未闻及气过水声。

5、辅助检查：腹部彩超（2008-06-11）：胆囊内见多个结石。

病情分析及鉴别诊断:本病人诊断为胆囊结石，但应与以下疾病相鉴别 1、消化性溃疡：多年胃病史，伴有长期返酸，嗳气，规律性疼痛，周期性发作的特点。胃镜及钡餐透视有助于诊断。 2、胆总管结石：多表现为剑突下剧烈疼痛，可放散至右肩部。伴寒战、发热、黄疸，病情加重时可出现休克和精神症状。腹部超声、CT、MRCP可明确诊断。3、胆囊癌：右上腹痛，可放散至肩背部，胆囊管受阻时可触及肿大的胆囊。常伴有腹胀、体重减轻或消瘦、食欲差、贫血、肝大，甚至出现黄疸、腹水、全身衰竭。CEA、CA19-9、CA125常可以升高，彩超、CT或MRI有助于诊断。4、胆道蛔虫症：剧烈的腹部绞痛与腹部体征轻微的不相称是本病的特点，结合超声和ERCP检查可明确诊断。

初步诊断：

胆囊结石

慢性胆囊炎

诊疗计划

1、三级护理，低脂饮食。

2、检血常规，尿常规，血凝，肝功、离子、血糖，免疫常规，胸片、床头心电图（48小时内完成）。

3、全麻下行腹腔镜胆囊切除术（3天内完成）。

4、请上级医生会诊。

2008-06-11 8：00 主任医师查房

李东杰主任医师查房，听取病历汇报，详查患者后指出：病人一般状况尚可，老年女性，缓慢起病，病程长。该患缘于2年前无明显诱因开始出现右上腹部隐痛，伴右胸背部放散痛，无肩部放散痛，腹痛呈间断性发作，曾予以抗感染治疗（具体药名及剂量不详）后腹痛可缓解。病程中无寒战、高热，无反酸、嗳气，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，无黄染。患病以来，睡眠不良，食欲欠佳，大小便正常。查体：生命体征平稳。一般状态良好，自动体位，全身浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清。心律整，无杂音。专科情况：腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，未见腹壁静脉曲张。腹软，右上腹深压痛阳性，无反跳痛及肌紧张。腹部未触及肿物，肝脾未触及，Murphy征阴性。全腹叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，肝肾区叩击痛阴性，肠鸣音3-5次/分，未闻及气过水声。辅助检查：腹部彩超（2008-06-11）：胆囊内见多个结石。指示：病人诊断明确，为手术适应症，无手术禁忌症，术式以腹腔镜胆囊切除术为宜，行术前准备。

临床诊断：

胆囊结石

慢性胆囊炎

诊断依据：

1、间断性右上腹疼痛2年。

2、查体：腹软，右上腹深压痛阳性，无反跳痛及肌紧张。

3、辅助检查：超声：胆囊内见多个结石。

治疗计划：

全麻下行腹腔镜胆囊切除术。

术 后小 结

2008-06-12 01：00

患者今日在全麻下行腹腔镜胆囊切除术，术中诊断为胆囊结石、慢性胆囊炎，行胆囊切除术，术中顺利，下腹腔引流管1枚，切除物给家属看过后送病理检查。术后安返病房。给予一级护理、禁食水，中流量吸氧、监护，预防感染及补液治疗。

2008-06-13 08：00 主任医师查房

李东杰主任医师查房指示：术后第1日，患者一般状态可，切口疼痛可耐受。无寒战、发热，无恶心、呕吐。无腹泻、腹胀，未排气、排便。查体：无巩膜黄染，腹部切口处压痛阳性，余无压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音2-3次/分，腹腔引流管引出血性液10毫升。切口敷料整洁。指示：继续禁食水，补液、抗感染治疗，改为二级护理，拔除腹腔引流管。鼓励患者下床活动，促进胃肠蠕动。

2008-06-13

术后第1日，患者一般状态可，切口疼痛可耐受。无寒战、发热，无恶心、呕吐。无腹泻、腹胀，未排气、排便。查体：无巩膜黄染，腹部切口处压痛阳性，余无压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音2-3次/分。今日继续禁食水、补液、抗感染治疗。

2008-06-14 08：00 主治医师查房

杜向阳主治医师查房指示：术后第2日，一般状态良好，已排气，未排便，无寒战、发热，无腹痛、腹泻，下床活动自如。查体：无巩膜黄染，心肺听诊无异常，腹部切口处压痛阳性，余无压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音2-3次/分。指示：今日停禁食水，改为全流食，继续抗感染治疗，切口定期换药。

2008-06-14

术后第2天，自述睡眠好，无腹痛、腹泻，无咳嗽、咳痰，已排气，进全流食后无不适，无巩膜黄染。给予切口换药，切口愈合可，无红肿及渗出。消毒后予以敷料包扎固定。

2008-06-15

患者腹腔镜胆囊切除术后第3天，一般状态良好，进食无腹痛、腹胀，排气、排便如常。查体：腹部无压痛、反跳痛及肌紧张，肠鸣音4次/分。切口处愈合良好，给予常规换药。继续抗感染治疗。

2008-06-15

患者腹腔镜胆囊切除术后第4天，一般状态良好，进食无腹痛、腹胀，排气、排便如常。查体：心肺无异常，腹部无压痛、反跳痛及肌紧张，肠鸣音5次/分。患者要求出院，经劝阻无效后给与办理。嘱患者按时拆线，及出院注意事项。

4 手术自愿书签字

中转开腹手术。

腹腔内残留钛夹、塑料夹。

手术后腹腔内出血、胆汁漏二次手术。

术后胆道结石再次形成，术后三个月来我院复查超声。

5 腹腔镜手术记录（急性胆囊炎）

患者平卧位，全麻气管插管，术区消毒，铺无菌巾。脐上缘纵切口约37.5px，无损伤气腹针穿刺CO2气腹，至CO2气腹压达12mmHg，放置10mm套管及腹腔镜，观察无副损伤后于剑突下和右肋缘下腹直肌外侧放置另外二个套管。改头高右高位，查看肝脏表面有粘连，胆囊大小约300px\*100px\*75px,胆囊壁厚，充血，部分被大网膜包裹，胆囊三角肥厚，胆囊张力较大，胃肠道及腹膜未见明显异常改变。腹腔镜处理;于胆囊体部电烧一小孔，吸出胆汁减张，提起胆囊壶腹部，电钩切开胆囊三角前后浆膜，显露出胆囊管、胆囊动脉、胆总管，胆囊管短，直径约7.5px，胆囊动脉为主干型，直径约5px，胆总管直径约17.5px，胆囊管用钛夹和锁夹夹闭后切断，残留端为锁夹，胆囊动脉锁夹夹闭后切断，逆行将胆囊从肝床剥离下来，扩大剑突下切口取出体外，电凝肝床止血，冲洗腹腔，肝下留置引流管一根，从右侧切口引出，缝合切口，术毕。

术中特殊情况处理：病人胆囊炎症重，结石较大者夹碎取出，创面易出血，故留置引流管一根。

刨开胆囊，有黄色多枚结石，病人家属过目后送病理。

6 腹腔镜手术记录（慢性胆囊炎）

患者平卧位，全麻气管插管，术区消毒，辅无菌巾。脐上缘横切口约37.5px，无损伤气腹针穿刺CO2气腹，至CO2气腹压达12mmHg，放置10mm套管及腹腔镜，观察无副损伤后于剑突下和右肋缘下腹直肌外侧放置另外二个套管。改头高右高位，查看肝脏表面小结节样改变，胆囊大小约200px×75px×75px,胆囊壁厚，轻度充血，胆囊三角肥厚，胆囊与周围组织无粘连，胃肠道及腹膜未见明显异常改变。腹腔镜处理：提起胆囊壶腹部，电钩切开胆囊三角前后浆膜，显露出胆囊管、胆囊动脉、胆总管，胆囊管短，直径约7.5px，胆囊动脉为主干型，直径约5px，胆总管直径约17.5px，胆囊管用钛夹和锁夹夹闭后切断，残留端为锁夹，胆囊动脉锁夹夹闭后切断，顺行将胆囊从肝床剥离下来取出体外，电凝肝床止血，冲洗腹腔，肝下留置引流管一根，从右侧切口引出，缝合切口，术毕。

术中特殊情况处理：病人患有肝病，创面易出血，故留置引流管一根。

剖开胆囊，有黄色多枚结石，病人家属过目后送病理。

7 术前小结

该患拟明日在全麻下行腹腔镜胆囊切除术，该患临床诊断基本明确，符合手术指征，可手术治疗。患者术前检查已基本完善，各项检查回报无手术禁忌，术中及术后可能发生情况已充分考虑，并准备好对策，术前行备皮，禁食水，胃肠减压等术前准备，并已向患者及家属交待并签手术知情同意书一份，待术。

**四、腹股沟斜疝**

1 主诉及现病史

主诉：右侧腹股沟区可复性肿物4年。

现病史

该患缘于4年前体力劳动后发现右侧腹股沟区肿物，约“乒乓球”大小，站立、行走、腹压增加时肿物突出明显，平卧后肿物消失，无腹胀、腹痛，无恶心、呕吐，未在意。之后肿物间断出现，并逐渐增大，现约“鸡卵”大小，时可降入阴囊，现为求诊治而来我院，门诊经检查后以“右腹股沟斜疝”收入我科。病程中患者无发热，无咳嗽、咳痰，无尿频、尿急、尿痛，饮食佳，睡眠可，大小便正常，体重无明显变化。

2 专科情况

增加腹压后右侧腹股沟区可见一约150px×150px大小肿物，肿物周围无红肿，无波动感，质软，无压痛，平卧后肿物消失，以手指压迫内环口肿物不出现，嘱病人咳嗽，指尖有冲击感，透光试验阴性。左侧腹股沟区未触及异常，双侧睾丸、附睾未见异常。腹软，全腹无压痛，无反跳痛及肌紧张，全腹叩诊呈鼓音，听诊肠鸣音3-5次/分。

3 病程记录

病程 记 录

2008-03-12

李殿君，男，67岁，因发现“右侧腹股沟区可复性肿物4年。”于2008年03月12日入院。

本病例特点：

1.老年男性，病程较长，起病缓慢；

2. 该患缘于4年前体力劳动后发现右侧腹股沟区肿物，约“乒乓球”大小，站立、行走、腹压增加时肿物突出明显，平卧后肿物消失，无腹胀、腹痛，无恶心、呕吐，未在意。之后肿物间断出现，并逐渐增大，现约“鸡卵”大小，时可降入阴囊，现为求诊治而来我院，门诊经检查后以“右腹股沟斜疝”收入我科。病程中患者无发热，无咳嗽、咳痰，无尿频、尿急、尿痛，饮食佳，睡眠可，大小便正常，体重无明显变化。

3.既往史：否认结核病病史，否认糖尿病史，否认药物过敏史。

4.查体：增加腹压后右侧腹股沟区可见一约150px×150px大小肿物，肿物周围无红肿，无波动感，质软，无压痛，平卧后肿物消失，以手指压迫内环口肿物不出现，嘱病人咳嗽，指尖有冲击感，透光试验阴性。左侧腹股沟区未触及异常，双侧睾丸、附睾未见异常。腹软，全腹无压痛，无反跳痛及肌紧张，全腹叩诊呈鼓音，听诊肠鸣音3-5次/分。

病情分析及鉴别诊断：本病人诊断为右侧腹股沟斜疝 ，应除外以下疾病：1、腹股沟直疝：常见于年老体弱者，在腹股沟内侧端、耻骨结节上外方出现一半球形肿块，不伴有疼痛，平卧后肿块多能自行消失，绝不进入阴囊，极少发生崁顿。与该患不相符。2、股疝：疝块往往不大，常在腹股沟韧带下方卵圆窩处表现为一半球形的突起。平卧回纳内容物后，疝块有时并不完全消失。咳漱冲击感也不明显。与本病例不符，可以排除。3、交通性鞘膜积液：起床后或站立活动时肿块缓慢地出现并增大。平卧或睡觉后肿块逐渐缩小，挤压肿块，其体积也可逐渐缩小。透光试验阳性。超声有助于诊断。

初步诊断：

右侧腹股沟斜疝

诊疗计划：

1、三级护理，普食。

2、拟提检项目：血、尿常规，血凝，肝功，肾功，血糖，免疫常规，心电图，胸片。2天内完成。

3、拟硬膜外麻醉下行无张力疝修补术，3天内完成。

4、请上级医生会诊。

主任医师查房

张东宝主任医师查房：患者一般状态良好，生命体征平稳，无腹痛、腹胀，无发热。指示：根据症状、体征及辅助检查，该患诊断“右侧腹股沟斜疝”可明确，是手术适应症，综合各项术前检查，无手术禁忌症。

临床诊断：

右侧腹股沟斜疝

诊断依据：

1、发现右侧腹股沟区可复性肿物4余年。

2、查体：增加腹压后右侧腹股沟区可见一约150px×150px大小肿物，肿物周围无红肿，无波动感，质软，无压痛，平卧后肿物消失，以手指压迫内环口肿物不出现，嘱病人咳嗽，指尖有冲击感，透光试验阴性。

治疗计划：

1.硬膜外麻醉下行无张力疝修补术。

术后病程记录

2008-03-17

李殿君，男，67岁。入院后诊断为右侧腹股沟斜疝。今日在硬膜外麻醉下行右侧腹股沟斜疝无张力疝修补术。术中诊断为右腹股沟斜疝。手术经过顺利，术后安返病房，给予二级护理。禁食水，切口砂袋压迫，预防感染、观察病情变化。

2008-03-18 8：00 主任医师查房

张东宝主任医师查房：病人术后第一天，患者述切口疼痛，无其他明显不适。心肺查体未见异常，切口敷料完整，清洁无渗出，局部轻压痛，腹平坦，无压痛，肠音4次/分，无阴囊肿胀。张东宝主任医师查房指示：患者现病情平稳，可进流食，余治疗同前。执行指示。

2008-03-18 8：00

今日查房：病人术后第一天，一般状况良好，自述无明显不适。查体：生命体征平稳，心肺查体未见异常，切口敷料完整，局部轻压痛，腹平坦，无压痛，肠音4次/分。进食、二便正常。现病情平稳，观察病情变化。

2008-03-19 主治医师查房

杜向阳主治医师查房：病人术后第二天，患者述切口疼痛减轻，无其他明显不适。查体：生命体征平稳，心肺查体未见异常，切口敷料完整，腹平坦，无压痛，肠音4次/分，无阴囊肿胀。指示：现病情平稳，今给予切口换药，余治疗同前，观察病情变化。上述指示已执行。

2008-03-19

病人术后第二天，患者述切口疼痛减轻，无其他明显不适。查体：生命体征平稳，心肺查体未见异常，切口敷料完整，腹平坦，无压痛，肠音4次/分，无阴囊肿胀。现病情平稳，今给予切口换药，切口愈合佳，无红肿，无渗出。余治疗同前，观察病情变化。

2008-03-20

病人术后第三天，患者述无切口疼痛，无其他明显不适。查体：生命体征平稳，心肺查体未见异常，切口敷料完整，局部轻压痛，腹平坦，无压痛，肠音4次/分，无阴囊肿胀。现病情平稳，继续目前治疗，观察病情变化。

2008-03-24

病人现一般状态良好，自述无明显不适。查体：生命体征平稳，心肺查体未见异常，腹平坦，无压痛，肠音4次/分，无阴囊肿胀，切口甲级愈合。饮食睡眠可，二便正常。目前患者病情已平稳，今日拆线，治愈出院。告知病人及家属出院后注意事项，给予办理出院手续。执行指示。

4 手术记录

硬膜外麻醉生效后，病人取仰卧位，术区常规消毒，铺巾，取右侧腹股沟上两横指平行切口，长约150px，切开皮肤，皮下组织，切开腹外斜肌腱膜，注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经，分开提睾肌，显露并游离精索，于内上方找到白色疝囊，未进入阴囊，切开疝囊见内环扩大，直径约50px，位于腹壁下动脉外侧，术中诊断：右侧腹肌沟斜疝。术中决定行无张力疝修补术。游离精索，于靠近腹膜外脂肪处内烟包缝合疝囊，缝合腹横筋膜及肌层以缩小内环口，使其仅容小指尖通过，补片置于腹外斜肌腱膜下，与腹肌沟韧带、弓状下缘及耻骨结节处缝合固定补片，缝合腹外斜肌腱膜，注意外环无狭窄。术中注意保护精索，仔细止血，查无活动出血，清点器械纱布如数后逐层缝合切口，术毕。

术程顺利，麻醉理想，术后病人安返病室。

5 嵌顿疝手术记录

硬膜外麻醉生效后，病人取仰卧位，术区常规消毒，铺巾，取右侧腹股沟上两横指平行切口，长约150px，切开皮肤，皮下组织，切开腹外斜肌腱膜，注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经，切开提睾肌，将内环口处肌层向外侧剪开1厘米，将嵌顿的肠管提出，见有长约6厘米的肠管充血、水肿，颜色呈暗红色，蠕动良好，用热盐水纱布湿敷肠管，肠系膜用0.5%利多卡因封闭，15分钟后，肠管颜色近恢复正常。将此段肠管送入腹腔，于其内侧可触及腹壁下动脉搏动，术中诊断：右侧腹肌沟斜疝嵌顿。游离精索，于靠近腹膜外脂肪处内烟包缝合疝囊，术中决定行无张力疝修补术。缝合腹横筋膜及肌层以缩小内环口，使其仅容小指尖通过，补片置于腹外斜肌腱膜下，与腹肌沟韧带、弓状下缘及耻骨结节处缝合固定补片，缝合腹外斜肌腱膜，注意外环无狭窄。术中注意保护精索，仔细止血，查无活动出血，清点器械纱布如数后逐层缝合切口，术毕。

术程顺利，麻醉理想，术后病人安返病室。

6 股疝嵌顿手术记录

硬膜外麻醉生效后，病人取仰卧位，术区常规消毒，铺巾，取右侧腹股沟上两横指平行切口，长约150px，切开皮肤，皮下组织，切开腹外斜肌腱膜，注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经，于腹股沟韧带下方可见嵌顿的肠管，不能还纳腹腔，术中诊断：右侧股疝嵌顿。将右侧腹股沟韧带切开约12.5px，切开腹横筋膜及腹膜，将嵌顿的肠管由股管送入腹腔，并由腹腔内提出，见有长约1.0厘米的椭圆形肠壁嵌顿，颜色呈紫黑色，肠壁较薄，用热盐水纱布湿敷肠管，肠系膜用0.5%利多卡因封闭，15分钟后，肠管颜色无明显改变。将此段肠管楔形切除后，全层缝合肠壁并浆肌层包埋，送入腹腔。缝合关闭腹膜。盐水冲洗后，充分显露出耻骨梳韧带，切开腹直肌前鞘深层以减张，在子宫圆韧带的后方，将腹内斜肌、腹横肌弓状下缘缝合至耻骨梳韧带，共计4针，查无活动出血，清点器械纱布如数后逐层缝合腹外斜肌腱膜，皮下及切口，术毕。

术程顺利，麻醉理想，术后病人安返病室。

7 直疝手术记录（无张力）

硬膜外麻醉生效后，病人取仰卧位，术区常规消毒，铺巾，取右侧腹股沟上两横指平行切口（切除原切口瘢痕），长约150px，切开皮肤，皮下组织，切开腹外斜肌腱膜，注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经，切开腹横筋膜，游离出耻骨梳韧带，见直疝三角区有一3.0\*62.5px的卵圆形脂肪组织突起。术中诊断：右侧腹股沟直疝。游离弓状下缘及腹膜外间隙，将腹平片平整置于腹膜外脂肪组织前方，使其分别与耻骨梳韧带、弓状下缘、耻骨结节骨膜间断缝合，查无活动出血，清点器械纱布如数后逐层缝合腹外斜肌腱膜，皮下及切口，术毕。术程顺利，麻醉理想，术后病人安返病室。

8 斜疝手术记录

硬膜外麻醉生效后，病人取仰卧位，术区常规消毒，铺巾，取右侧腹股沟上两横指平行切口，长约150px，切开皮肤，皮下组织，切开腹外斜肌腱膜，注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经，切开提睾肌及精索内筋膜，在精索内前方寻找至疝囊，切开后于内环口内侧可触及腹部下动脉搏动，术中诊断：右侧腹肌沟斜疝。游离精索并用纱布条牵引，于靠近腹膜外脂肪处内烟包缝合疝囊，术中决定行无张力疝修补术。缝合腹横筋膜及肌层以缩小内环口，使其仅容小指尖通过，补片置于腹外斜肌腱膜下，与腹肌沟韧带、弓状下缘及耻骨结节处筋膜缝合、固定补片，缝合腹外斜肌腱膜，注意外环无狭窄。术中注意保护精索，仔细止血，查无活动出血，清点器械纱布如数后逐层缝合切口，术毕。术程顺利，麻醉理想，术后病人安返病室。

9 术前小结

该患拟明日在硬膜外麻醉下行右斜疝无张力疝修补术，该患临床诊断明确，符合手术指征，可手术治疗。患者术前检查已基本完善，各项检查回报无手术禁忌，术中及术后可能发生情况已充分考虑，并准备好对策，术前行备皮，禁食水，留置导尿等术前准备，并已向患者及家属交待并签手术知情同意书一份，待术。