

2024 年 6 月 24 日 08 时 31 分 出 院 记 录

姓名 周某某 性别 女 年龄 69 岁 民族 汉族 职业 无 婚姻 已婚 单位 工作单位

住院日期 :2024 年 6 月 18 日-2024 年 6 月 24 日, 共 6 天手术日期

主 诉 :头晕 4 小时

入院时情况 :患者入院前 4 小时午睡醒后无明显诱因出现头晕, 自觉天旋地转, 伴恶心, 周身湿冷, 胸闷心慌等不适, 无耳鸣及听力减退, 无视物成双, 无言语不利, 无口角歪斜, 无肢体活动障碍, 症状持续存在。既往有高血压病史。查体: 体温 36.6℃, 脉搏 76 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 126/86mmHg, 双肺呼吸音清,双肺未闻及干湿性啰音,心律齐,腹部平坦,双下肢未见水肿。意识清楚, 言语流利, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3mm, 直接及间接对光反射灵敏, 双侧面部感觉正常对称, 双侧额纹对称, 闭目有力, 双侧鼻唇沟对称, 示齿口角不偏, 伸舌不偏, 四肢肌张力适中, 四肢肌力 5 级, 未见肌肉萎缩。双侧指鼻试验、跟膝胫试验稳准、双手轮替试验灵活, 双侧痛觉触觉对称, 音叉振动觉、双侧位置觉、运动觉对称正常, 双侧腱反射对称存在, 双侧巴氏征及查多克征阴性。颈无抵抗, 布氏征及克氏征阴性。

入院诊断 :

脑血管供血不足
多发腔隙性脑梗死

高血压病

诊疗经过：入院后根据患者发病特点考虑脑血管供血不足，给予对症止晕及改善循环药物治疗。查尿常规化学+有形成分分析：白细胞(高倍视野):7.27/HP↑;粪便常规+隐血试验：潜血试验(免疫法):阴性;凝血：凝血酶原活动度:120%;D-二聚体:218μg/L;肌酐:65.2μmol/L;血常规：白细胞: $3.76 \times 10^9/L$;*血红蛋白:132g/L;*血小板: $262 \times 10^9/L$;查眼震电图提示眼动系统(+)，动态位置试验(+)，TCD 探及血管未见异常，脑电图无明显异常，查心脏超声提示静息状态下提示三尖瓣少量返流，左室舒张功能减低。查双侧颈动脉中内膜局限性增厚伴多发斑块形成，双侧椎动脉血流未见明显异常，右侧锁骨下动脉起始部斑块形成，左侧锁骨下动脉可视部分未见明显异常。焦虑量表 9 分，抑郁 8 分，MoCA22 分，MMSE24 分，外周动脉阻塞检查提示外周动脉检测未见异常。查头颅 MRI 提示多发腔隙性脑梗塞，脑白质脱髓鞘改变。查头颅 MRA 提示双侧颈内动脉走行迂曲，管腔粗细不均；椎动脉颅内段迂曲，未见明显狭窄或扩张；双侧大脑中动脉及其分枝走行迂曲，管腔粗细欠均匀，M2 段显影淡，分支未见明显减少；双侧大脑前动脉及其分枝走行迂曲，A1-2 段显影淡，分支未见明显减少；基底动脉局部轻度狭窄；双侧大脑后动脉及其分枝走行迂曲，分支显示欠佳，右侧胚胎型大脑后动脉。查动态心电图:1.主导节律为窦性:平均心室率 62 次/min。最快心室率 86 次/min;最慢心室率 48 次/min。2.房性早搏总数 105 次;3.完全性右束支阻滞；4.T 波改变；查动态血压监测提示平均动脉压 116/83mmHg。经治疗后患者头晕缓解，给予办理出院。

出院诊断：

脑血管供血不足

多发腔隙性脑梗死

脑动脉粥样硬化

高血压病

出院时情况：好转

出院时病员状况：患者头晕缓解，无其他不适自诉。

出院医嘱：1、低盐低脂饮食，测血压，注意休息，避免劳累受凉感冒；2、规律服药，定期血常规、肝肾功能指标，复查头颅影像检查；3、神经科门诊随诊，不适情况及时来院。

出院随访：是

签名