入 院 记 录

**主诉(Chief complaint)：**泡沫尿9年余，腹透液引流不畅3天

**现病史（History of Present Illness）**:患者9年余出现泡沫尿，劳累后自觉乏力，于义乌市中心医院就诊，发现血肌酐升高（自诉100+mmol/L，具体不详）、蛋白尿3-4+、24h尿蛋白3g，予百令胶囊、肾衰宁保守治疗。2014.11.28于浙江大学医学院附属一院行肾脏穿刺提示：间质性肾炎伴球性硬化（2/5），近曲小管20%萎缩，病理表现符合局灶性间质性肾炎改变伴球性硬化。后于我院予甲泼尼龙40mg qd抑制免疫治疗，自行减量为20mg口服，一年后逐渐停用。此后规律监测肌酐波动于200-300mmol/L。2018.06.16我院门诊查血肌酐431mmol/L，2018.07.30血肌酐534mmol/L，建议患者行肾脏替代准备，患者表示要求予以保守治疗，后长期药物保守治疗，2024.3.30因血红蛋白59g/L我院急诊输血治疗，2024.6.12复查血钾危急值6.41mmol/L，肌酐 866μmol/L，估计肾小球滤过率 6ml/min·1.73m2，急诊予降钾治疗后收住我科，排除禁忌于2024.6.21行腹腔镜下腹膜透析置管术，术后逐步开始规律腹膜透析。患者感皮肤瘙痒，腹透方案为CAPD 1.5%腹膜透析液2000ml\*2+2.5%腹膜透析液2000ml\*1，建议调整为CAPD治疗，患者未嘱医嘱调整。2周前患者出现腹透管堵塞，放入放出困难，建议来院就诊，患者未来，后患者出现腹胀，左下肢疼痛，伴皮肤瘙痒，至我院住院，期间更换腹透外管后引流通畅，予调整为CAPD 1.5%腹膜透析2000ml\*2+2.5%腹膜透析液2000ml\*1+艾考糊精2000ml\*1治疗，病情稳定出院。出院后患者未规律腹透，2025.4患者出现乏力纳差，腹部隐痛，腹透液浑浊，大便偏稀，考虑腹膜炎，住院期间给予头孢唑林联合头孢他啶加入腹透液中经验性抗感染，4.18行右股临时血透置管行连续性血液净化治疗，辅以改善贫血、调节睡眠、抗凝、补钙、补钾、降磷等对症支持治疗，患者感染好转，容量负荷减轻，因血透导管流量欠佳，4.23拔除右股临时血透导管，继续腹膜透析治疗，病情稳定排除禁忌后于**2025.4.30行左前臂自体动静脉内瘘成形术**。患者3天前无明显诱因下出现腹透液引流不畅，无发热畏寒，无腹痛腹泻，无恶心呕吐，无胸闷气促，无下肢水肿等不适，门诊拟“腹膜透析”收住入院。

高血压病史10余年，目前口服琥珀酸美托洛尔缓释片 47.5mg 每日一次降压治疗，血压控制不详。

痛风病史20年，间断非布司他降尿酸治疗，时有关节疼痛。

病来精神软，饮食、睡眠一般，大便如常，小便如上述，近期体重无减轻。

**既往史（Past History）**: 否认“糖尿病”、“冠心病”、“脑血管意外”等病史，否认“肝炎”、“肺结核”等重大传染病，否认其他重大手术外伤史，否认中毒、输血史，否认药物、食物过敏史，预防接种史随当地进行。

**目前使用的药物（At Present The Drugs）：（**含我院用药情况及患者提供的用药情况**）**

★氯雷他定片 10毫克 口服 每日一次 3盒；，★(危)右佐匹克隆片 1.5毫克 口服 睡前一次 1盒；，★复方a-酮酸片（雪特） 4片 口服 每日三次 4盒；，★多糖铁复合物胶囊 300毫克 口服 每日一次 6盒；，★头孢克肟颗粒 100毫克 口服 每日二次 2盒；，(20mg)(蓝)罗沙司他胶囊 20毫克 口服 每周三次 4盒；，碳酸司维拉姆片 0.8克 口服 每日三次 3瓶；，★非布司他片 40毫克 口服 每日一次 1盒；，★(德峰)乳果糖口服溶液 15毫升 口服 每日一次 5盒；，(5mg)叶酸片 5毫克 口服 每日三次 1瓶；，肾衰宁胶囊 2粒 口服 每日三次 5盒；，(危)阿普唑仑片 0.4毫克 口服 每晚一次 7片；，★呋塞米片 40毫克 口服 每日一次 3包；，★碳酸钙D3片 1片 口服 每日一次 1瓶；，复合维生素B片 2片 口服 每日三次 1瓶；，★琥珀酸美托洛尔缓释片 47.5毫克 口服 每日一次 1盒；，★骨化三醇软胶囊 0.25微克 口服 每日一次 2盒；，★加巴喷丁胶囊 0.1克 口服 每晚一次 1盒；，★氯化钾缓释片 1克 口服 每日二次 2盒；，★碳酸氢钠片 0.5克 口服 每日三次 1瓶；

**成瘾药物(Drug Addiction):**无

**个人史（Personal History）**:出生于浙江省金华市义乌市，生长于浙江省金华市义乌市，否认异地长期居留史，文化程度高中，职业其他，否认吸烟史、否认饮酒史、否认疫区居留史、否认疫水、疫源接触史、否认其他特殊嗜好否认不洁性交史、否认长期放射性物质、毒物接触史、否认粉尘吸入史。

**婚育史（Obstetrical History）:**20岁结婚，离异，育有2儿1女，子女体健。

**家族史（Family History）:**父母已故，死因不详，1兄1弟1姐1妹健在，均体健，否认类似疾病史，否认家族中Ⅱ系Ⅲ代传染病、遗传病、精神病、家族性疾病及肿瘤性疾病史。

**体格检查（Physical Examination）：** 详见体格检查表

**辅助检查（Diagnostic Examination）：**暂缺

**营养风险筛查(Nutritional Assessment)**

体重指数(BMI):无法计算kg/㎡

**疾病相关评分:**

营养需要正常(0分)：□

营养需要轻度增加(1分):□ 慢性疾病(如肝硬化)出现新的并发症 □ 髋部骨折 □ COPD

■ 长期血液**/**腹膜透析 □ 糖尿病 □ 肿瘤

营养需要中度增加(2分):□ 血液恶性肿瘤 □ 腹部大手术 □ 重度肺炎 □ 脑卒中

营养需要重度增加(3分):□ 严重的头部受伤 □ APACHE大于10的ICU患者 □ 骨髓移植

**营养受损评分:**

营养无受损(0分)： ■

营养轻度受损(1分)： □ 3个月内体重下降大于5% □ 一周内进食量较从前减少25-50%

营养中度受损(2分)： □ 2个月内体重下降大于5% □ 一周内进食量较从前减少50-75%

营养重度受损(3分)： □ 1个月内体重下降大于5% □ 一周内进食量较从前减少75-100%

□ 体重指数(BMI)小于18.5 □ 血白蛋白小于30g/L(得不到准确BMI值时用白蛋白替代)

**年龄评分:**■ 年龄大于70岁(1分) □ 年龄小于等于70岁(0分)

**营养风险评分:**2 **分 (疾病有关评分 加 营养受损评分 加 年龄评分)**

**是否请营养科会诊:**□ 是 ■ 否

■①营养风险评分低于3分

□②目前患者生命体征极不稳定

□③患者近一周营养摄入满足日常摄入量75-100%

□④患者近一个月无明显体重减轻（＜5%）

□⑤其他（请在下方文本框内输入具体原因）

**取消营养评分其他原因**

**功能评估:(Function Accessment)**

**入院ADL评分: 55分**

**是否请康复科会诊:**□ 是 ■ 否 病情不稳定，暂不请康复科会诊

**入院VTE风险评估：■低危 □中危 □高危 低危**

**出血风险评估：■低危 □高危 出血风险评估结果**

**预防措施：■一般预防 □物理预防 □药物预防预防措施结果**

**心理评估(Psychological Assessment)**

**护理入院心理评估是否阳性:** □ 是 ■ 否

**是否请心理卫生科会诊:** □ 是 ■ 否

**初步诊断(Diagnosis)**：

1.腹膜透析 2.慢性肾脏病5期 心功能不全 肾性贫血 肾性骨病 高磷血症 3.痛风 4.高血压 5.高脂血症 6.甲状腺功能检查的异常结果 7.腰椎侧弯 腰椎退行性病变 8.甲状腺结节 9.肾囊肿 10.慢性支气管炎伴肺气肿 11.肿瘤标记物升高 12.胆囊息肉 13.前列腺增大 14.肠道感染 15.胸腔积液 16.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 17.右下肢肌间静脉血栓形成 18.脑萎缩 19.冠状动脉粥样硬化

2025年6月4日13时37分

2025年6月4日13时47分

**修正诊断(Diagnosis)：**

**1.腹膜透析相关性腹膜炎 2.慢性肾脏病5期 腹膜透析 血液透析 心功能不全 肾性贫血 肾性骨病 高磷血症 3.痛风 4.高血压 5.高脂血症 6.甲状腺功能检查的异常结果 7.腰椎侧弯 腰椎退行性病变 8.甲状腺结节 9.肾囊肿 10.慢性支气管炎伴肺气肿 11.肿瘤标记物升高 12.胆囊息肉 13.前列腺增大 14.肠道感染 15.胸腔积液 16.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 17.右下肢肌间静脉血栓形成 18.脑萎缩 19.冠状动脉粥样硬化 20.颅面部皮下高密度结节**

2025年6月21日12时58分

上级医师签名

签名时间

**补充诊断(Diagnosis)：**

**补充诊断**

医生签名

签名时间

上级医师签名

签名时间