入 院 记 录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名Name：** | 陈某某 | **职 业Occupation：** | 其他 |
| **性 别Gender：** | 女 | **工作单位**  **Business Address：** | -- |
| **出生日期**  **Date of Birth：** | 1957-05-16 | **户口地址**  **Home Address：** | 浙江省金华市义乌市赵宅 |
| **婚姻**  **marital Status：** | 已婚 | **联系电话Phone No：** | 13712278386 |
| **出生地**  **Birth Place：** | 浙江省金华市义乌市 | **入院时间Admission Date：** | 2025-06-02，09:35 |
| **民 族Race：** | 汉族 | **病史陈述者**  **Source of History** | 患者本人及家属(可靠) |

**主诉(Chief complaint)：**胸闷9天

**现病史（History of Present Illness）**:患者9天前于解便用力时出现胸闷气促，伴心悸乏力，伴恶心呕吐，呕吐1次，为胃内容物，伴泡沫尿，无胸痛，无尿量减少，无反复关节疼痛，无肉眼血尿等不适。患者遂至当地医院住院治疗，2025-05-25 血气分析：PH 7.32，氧合指数 174mmHg，Hb 75g/L。肾功能：肌酐 526umol/L，eGFR 7ml/min，无机磷 1.78mmol/L；NT-proBNP 15664 ng/ml；外院胸片：肺部感染、胸腔积液。心超：肺动脉高压。外院予控制血压、利尿等对症支持治疗。患者为求进一步诊治至我院急诊就诊，急诊予扩冠、抗感染、利尿、改善贫血治疗，患者生命体征平稳后拟“慢性肾衰竭”收住我院。

患者病来，神志清精神软，胃纳睡眠一般，尿量>1000ml/d，大便无殊，近期体重无明显增减。

既往高血压3年余，平素服用厄贝沙坦1#qd、氨氯地平1#qd降压，最高血压220+/120+mmHg。

既往糖尿病病史10余年，平素使用甘精胰岛素12u QN（优乐灵），诉近期反复低血糖。

**既往史（Past History）**: 否认“心脏病”、“冠心病”、“脑血管意外”、“慢性支气管炎”等病史，否认“肝炎”、“肺结核”等重大传染病，10余年前子宫肌瘤手术史，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**）**

厄贝沙坦1#qd、氨氯地平1#qd、甘精胰岛素12u QN（优乐灵）

**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。

**月经史（Menstrual History）:** 平素月经规则，**,已绝经**

**婚育史（Obstetrical History）:**19岁结婚，育有2子1女，配偶已故，子女均体健；家庭关系和睦。

**家族史（Family History）:**父母均已故，目前高血压病史，2弟1姐2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）：**(2025-06-01 20:01)血常规+SAA(急)(全血)(急诊和夜间病房检验)：白细胞计数 7.8×10^9/L，中性粒细胞百分比 84.3%↑，血红蛋白测定 68g/L↓；(2025-06-01 20:30)凝血功能常规(急)(血浆)(急诊和夜间病房检验)：纤维蛋白原 6.22g/L↑；(2025-06-01 20:30)D二聚体(急)(血浆)(急诊和夜间病房检验)：D-二聚体 1.67mg/L FEU↑；(2025-06-01 21:25)B型纳尿肽定量测定(BNP)(急)(全血)(急诊和夜间病房检验)：B型尿钠肽 1698.3pg/ml↑；(2025-06-02 07:48)肌钙蛋白(急)(非首诊)(血浆)(急诊和夜间病房检验)：高敏肌钙蛋白T 0.179ng/ml↑；

**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:**1 **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: 70分**

**是否请康复科会诊:**□ 是 ■ 否

**入院VTE风险评估：■低危 □中危 □高危 VTE评估结果**

**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.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后

2025年6月2日12时33分

上级医师签名

2025年6月2日12时39分

**修正诊断(Diagnosis)：**

**修正诊断**

医生签名

签名时间

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

体格检查表(一)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **一般情况：** | 体温：37.3℃ 呼吸：20次/分 脉搏：75次/分 血压：125/60mmHg  体重：平车Kg 身高：平车cm | |
|  |
| 意识：清晰 体位：自主 面容：无殊 合作：合作 | |
| **皮肤和粘膜：** | 色泽：无殊 水肿：未见 皮疹：未见 出血：未见 | |
| **浅表淋巴结：** | 未触及肿大 | |
| **头部及器官：** | 外 形:大小正常 未见畸形； 听力粗测:无殊 结 膜:无殊； 巩 膜:未见异常；  瞳 孔:等圆等大 直径为 3 mm 对光反射正常； 鼻 通 气 :顺畅 副鼻窦压痛:无  乳突压痛:无 口腔粘膜:无殊 扁桃体:双侧无肿大无充血表面光滑未见脓点 | |
| **颈 部：** | 软硬度：软 气管位置：正中 甲状腺：未见异常 颈静脉：无殊 | |
| **胸 部：** | 外形：无殊 肋间隙：未见明显增宽狭窄 乳房：正常对称 | |
| **肺 部：** | 呼吸运动：双侧对称 叩诊音：清音 呼吸音：对称，清音 罗音：未闻及 | |
| **心 脏：** | 心率：75次/分 心律：齐 心音：S1S2无亢进 杂音：未闻及 | |
| **血 管：** | 周围血管征阴性 | |
| **腹 部：** | 外形：无殊 蠕动波：未见肠胃形  腹壁紧张度：松软 压痛：无 反跳痛：无 包块：未触及 肝脏：肋下未及 胆囊：肋下未及 脾脏：肋下未及 肾区叩痛：无  肠鸣音：无减弱亢进 3次/分 移动性浊音：阴性 |  |
| **外生殖器：** | 未查 | |
| **直肠及肛门：** | 未查 | |
| **四肢及脊柱：** | 脊柱：未见畸形 无压痛 无叩痛 活动度：无障碍 四肢：无殊 | |
| **神经系统：** | 肌张力:无增减 肌力:肌力正常，V级 膝腱反射:左无增减 右无增减  Babinski征:左 阴性 右 阴性 | |
| **其 他：** | 详见专科体检 | |

2025年6月2日12时35分

上级医师签名

2025年6月2日12时44分

体格检查表（二）

|  |  |
| --- | --- |
| 体温：37.3 ℃ 呼吸：20次/分 脉搏：75次/分 血压：125/60mmHg | 身高:平车cm 体重:平车Kg 神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。 |

2025年6月2日12时36分

上级医师签名

2025年6月2日12时47分

首次病程记录

入院日期：2025-06-02，09:35 患者性别：女 患者年龄：68岁

**病例特点：**

1.主 诉：胸闷9天

2.主要表现：患者9天前于解便用力时出现胸闷气促，伴心悸乏力，伴恶心呕吐，呕吐1次，为胃内容物，伴泡沫尿。患者遂至当地医院住院治疗，2025-05-25 肌酐 526umol/L，eGFR 7ml/min，考虑慢性肾脏病5期，外院予控制血压、利尿等对症支持治疗。患者为求进一步诊治至我院急诊就诊，急诊予扩冠、抗感染、利尿、改善贫血治疗，患者生命体征平稳后拟“慢性肾衰竭”收住我院既往高血压、糖尿病病。

3.体格检查：体温：37.3℃，呼吸：20次/分，脉搏：75次/分，血压：125/60mmHg

4.辅助检查：(2025-06-01 20:01)血常规+SAA(急)(全血)(急诊和夜间病房检验)：白细胞计数 7.8×10^9/L，中性粒细胞百分比 84.3%↑，血红蛋白测定 68g/L↓；(2025-06-01 20:30)凝血功能常规(急)(血浆)(急诊和夜间病房检验)：纤维蛋白原 6.22g/L↑；(2025-06-01 20:30)D二聚体(急)(血浆)(急诊和夜间病房检验)：D-二聚体 1.67mg/L FEU↑；(2025-06-01 21:25)B型纳尿肽定量测定(BNP)(急)(全血)(急诊和夜间病房检验)：B型尿钠肽 1698.3pg/ml↑；(2025-06-02 07:48)肌钙蛋白(急)(非首诊)(血浆)(急诊和夜间病房检验)：高敏肌钙蛋白T 0.179ng/ml↑；神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。

**初步诊断：**

1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后

**诊断依据：**1.患者老年女性，慢性病程，急性起病 2.我院肾功能提示eGFR<15，既往高血压、糖尿病病史。3.结合患者症状及体征可诊断。

**鉴别诊断：**

1.尿酸性肾病:尿酸升高,尿常规可无明显异常.需完善尿微量蛋白6项及排除其他原因肾脏疾病后可予以考虑.

2.慢性肾小球肾炎：由原发性慢性肾小球肾炎导致的蛋白尿，因肾小球滤过屏障异常导致，其成分以白蛋白等肿大分子为主，给予尿四样可初步诊断。排除继发性肾小球疾病可诊断，可给予完善血管炎指标、抗核抗体系列，肾脏B超，肝炎系列等检查明确诊断，必要时给予肾穿刺活检术明确诊断。

3.高血压肾损害：由原发性高血压导致的肾脏小动脉或肾实质损害，大部分表现为微量白蛋白尿，罕有肾病分为蛋白尿，同时常伴有高血压其他器官损害

4.结缔组织疾病肾损害：突出表现为血清中多种自身免疫性抗体及全身多器官受累，可给予完善血管炎指标，抗核抗体等指标排除诊断。

5.肿瘤相关肾损害：多伴有肿瘤原发性表现，如骨折，血象异常，淋巴结肿大，反复低热等，给予腹部B超、血尿轻链等检查可排除诊断。

6.糖尿病肾病：糖尿病肾病时终末期肾脏病的最常见原因之一，长期血糖控制不佳可导致肾脏损害，表现为白蛋白尿，严重可出现肾病综合征样改变。同时常合并有糖尿病其他并发症，如周围神经病变

7.药物性肾损害：多种药物均可导致药物性肾损害，抗生素、解热镇痛药、中药是导致药物性肾损害最常见的三类药物。

**诊疗计划：**

1.检查计划：完善血常规、生化全套、尿液分析+红细胞位相、尿微量白蛋白7项、24小时尿蛋白、系统性血管炎、抗核抗体、免疫球蛋白及补体、血沉、血尿轻链、血尿免疫固定电泳、尿培养、血培养、心电图、心超、肝胆胰脾彩超、泌尿系彩超、肺部CT、颈动脉彩超等检查评估患者目前情况。

2.治疗计划：肾病科护理常规，一级护理，VTE低危，予一般预防；低盐低脂糖尿病优质蛋白饮食；暂予控制血压、血透、扩张冠脉等治疗，完善相关检验检查，排除禁忌后行长期管置入，维持性血液透析，根据病情变化调整治疗方案。

3.预期治疗结果：肾功能情况稳定，病因明确。

4.预期住院天数：5-7天，根据病情调整。

5.预期费用：5000-10000元，根据病情调整。

6.转诊或出院计划：病情稳定后可出院。

**医师签名**：

**日期时间**: 2025年6月2日12时41分

**治疗组组长审核签名**：上级医师签名

**日期时间**: 2025年6月2日12时51分

术前讨论、术前小结

讨论时间：2025-06-02，14:07

讨论范围：□手术组 □医疗组 ■科室 □病区 □多学科简单输入框

参加人员姓名及专业职称：杨毅主任医师、方靖副主任医师、潘虹副主任医师、吴龙龙主治医师、程相洋住院医师、潘明月住院医师、潘毅护士长、陈春玲护士

**一、简要病情：**胸闷9天，确诊慢性肾脏病5期伴心衰

相关检查：

**二、讨论结论：**

1、术前诊断： 1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后

2、手术指征与禁忌症：目前慢性肾脏病，需建立血管通路，实验室检查提示慢性肾脏病。无绝对禁忌症。

3、可替代方案：临时透析导管或腹膜透析置管

4、拟施手术方式、名称：为肾透析半永久透析导管置入术

5、术中可能出现的变更：置管失败，终止置管，需更换穿刺部位

6、计划性多次手术：□是 请选择 ■否

7、拟施麻醉方式：局部浸润麻醉

8、术前注意事项及特殊准备：术前认真评估病人，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理；准备相关耗材，患者及家属谈话告知、签字，告知可能出现的并发症及手术风险。

9、术中、术后风险及防范措施：1.麻醉意外；心血管意外，可导致低血压、休克、心跳、呼吸骤停，危及生命；2. 可能损伤血管、神经及其他脏器，引起大出血、血肿、动脉瘤，颈部置管可能导致血气胸，股静脉置管可能发生腹膜后大血肿，必要时须手术处理； 3. 可能并发静脉血栓形成、赘生物形成和导管内凝血，需抗凝溶栓治疗，造成出血风险；栓子和赘生物脱落可能造成肺栓塞和其他血管栓塞，严重者可危及生命；4. 穿刺或手术失败，更换手术方式或无法置管；手术过程中导管破损，需要更换新的导管；

5. 留置过程中可能发生导管相关感染，甚至出现菌血症或败血症，必要时须拔管；6. 神经损伤，可造成上肢、颈部感觉、运动障碍，声嘶；7. 可能引起中心静脉狭窄，血管闭塞，导致静脉回流障碍、肢体肿胀；.8. 导管脱出、破损、血栓形成，影响透析效果或不能继续透析，必要时需重新留置导管；9. 导管内移进入血管，或与血管壁粘连，需开放性手术或血管介入手术拔除；10. 由于医学的复杂性，可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。

10、术中、术后注意事项（含护理事项）：1.术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况；2.术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理；3.术后出现创口渗血、血肿、疼痛难忍、胸闷、胸痛等情况，及时请医护人员查看；4.术中或术后摄胸片，以评估导管位置；根据医嘱，视切口愈合情况拆线；根据医嘱，坚持服用抗凝药物。

经管医生签名：

日期：2025年6月2日14时08分

主刀医生签名：医生签名

日期：2025年6月2日14时27分

2025-06-03，08:14 吴龙龙主治医师兼术前主刀医师查房记录

未诉不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-03 06:33)血气分析(急)+乳酸+血糖(静脉血)(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.305↓，二氧化碳分压 48.4mmHg，校正血液酸碱度 7.305↓，校正二氧化碳分压 48.4mmHg↑，校正氧分压 65.4mmHg↓，离子钙 1.12mmol/L↓，葡萄糖 8.5mmol/L↑，血红蛋白浓度 56g/L↓↓，红细胞压积 17.6%↓；(2025-06-03 07:05)肌钙蛋白(急)(非首诊)(急诊和夜间病房检验)：高敏肌钙蛋白T 0.192ng/ml↑；(2025-06-03 07:10)降钙素原定量检测(急)(急诊和夜间病房检验)：降钙素原定量检测 1.096ng/ml↑；(2025-06-02 15:51)行(心内科)心脏彩色多普勒超声、左心功能测定、室壁运动分析、组织多普勒显像(七东)检查提示：1. 左室壁弥漫性稍减弱，左室收缩功能正常低值（EF:51.7%）；2. 左室舒张功能不全II级；3. 左房增大，左室略大，左室壁稍增厚；4. 二尖瓣、三尖瓣少-中等量反流，肺动脉压升高（估测肺动脉收缩压:49mmHg）；5. 房间隔膨出瘤；6. 微量心包积液。 1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 今吴龙龙主治医师兼**术前主刀医师查房**查房示：患者老年女性，慢性病程，急性起病 2.我院肾功能提示eGFR<15，既往高血压、糖尿病病史。鉴别诊断：1.尿酸性肾病:尿酸升高,尿常规可无明显异常.需完善尿微量蛋白6项及排除其他原因肾脏疾病后可予以考虑.2.慢性肾小球肾炎：由原发性慢性肾小球肾炎导致的蛋白尿，因肾小球滤过屏障异常导致，其成分以白蛋白等肿大分子为主，给予尿四样可初步诊断。排除继发性肾小球疾病可诊断，可给予完善血管炎指标、抗核抗体系列，肾脏B超，肝炎系列等检查明确诊断，必要时给予肾穿刺活检术明确诊断。3.高血压肾损害：由原发性高血压导致的肾脏小动脉或肾实质损害，大部分表现为微量白蛋白尿，罕有肾病分为蛋白尿，同时常伴有高血压其他器官损害，低盐低脂糖尿病优质蛋白饮食；暂予控制血压、血透、扩张冠脉等治疗，完善相关检验检查，排除禁忌后行长期管置入，维持性血液透析，患者肺部感染，昨日起予(瑞阳)注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠 2.25克 静脉滴注 12小时一次抗感染治疗，根据病情变化调整治疗方案。

2025年6月3日08时32分

上级医师签名

签名时间

2025-06-03，08:44 危急值记录：

?危急值接收时间：2025-06-03，08:42

危急值项目：血红蛋白测定 55g/L

评估患者：神志清楚

处理措施：备血输血，复查监测血红蛋白变化

复查时间：对症治疗后复查

2025年6月3日08时45分

上级医师签名

签名时间

2025-06-03，08:46 危急值记录：

?危急值接收时间：2025-06-03，08:42

危急值项目：血红蛋白测定 55g/L

评估患者：患者主诉乏力

处理措施：备血输血，复查监测血红蛋白变化

复查时间：对症治疗后立即复查

2025年6月3日08时47分

上级医师签名

签名时间

2025-06-03，18:17 输血记录

输血指征：重度贫血，(2025-06-03 08:30)血常规(血液学检验)：血红蛋白测定 55g/L↓↓；

输血前用药：盐酸异丙嗪注射液12.5mg im

输血开始时间： 2025-06-03 15:06

输血结束时间： 2025-06-03 17:54

输血血型： AB型 RH 阳性

输血种类及数量： ■悬浮红细胞 2.0 单位

□血浆 血浆量 毫升

□血小板 血小板量 单位

□冷沉淀 冷沉淀量 单位

输血过程是否顺利：顺利

输血反应：无

2025年6月3日18时19分

上级医师签名

签名时间

2025-06-04，08:00 输血后效果评价记录

输血后评价（患者症状、体征与实验室检查结果）：(2025-06-04 06:52)血常规(急)(急诊和夜间病房检验)：血红蛋白测定 87g/L↓；

2025年6月4日08时07分

上级医师签名

签名时间

2025-06-04，08:20 术后主刀医师查房记录

诉下肢麻木神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，右颈部血透管固定妥，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-03 09:41)凝血功能全套(血液学检验)：凝血酶原时间 14.5s↑，国际标准化比值 1.15↑；(2025-06-03 09:30)B型纳尿肽定量测定(BNP)(免疫学检验)：B型尿钠肽 1447.5pg/ml↑；(2025-06-03 09:03)血沉(血液学检验)：红细胞沉降率 34mm/h↑；(2025-06-03 10:29)甲状腺功能全套(含TPOAb TGAb TG)(内分泌类检查)：三碘甲状腺原氨酸 0.44nmol/L↓，游离三碘甲状腺原氨酸 1.86pmol/L↓，促甲状腺素 0.21mIU/L↓，甲状腺球蛋白抗体 5.22IU/ml↑，甲状腺过氧化物酶抗体 15.84IU/ml↑；(2025-06-03 10:29)甲状旁腺素(PTH)(内分泌类检查)：甲状旁腺素 330pg/ml↑；(2025-06-03 10:29)总IgE(免疫学检验)：免疫球蛋白E 1383IU/ml↑；(2025-06-03 10:32)贫血三项(免疫学检验)：叶酸 > 90.6nmol/L↑，维生素B12 869pmol/L↑，铁蛋白 374.58ng/ml↑；(2025-06-03 12:31)肿瘤标志物（女）(免疫学检验)：细胞角蛋白21-1 4.24ng/mL↑，糖链抗原125 155.5U/mL↑；(2025-06-02 15:51)行(心内科)心脏彩色多普勒超声、左心功能测定、室壁运动分析、组织多普勒显像(七东)检查提示：1. 左室壁弥漫性稍减弱，左室收缩功能正常低值（EF:51.7%）；2. 左室舒张功能不全II级；3. 左房增大，左室略大，左室壁稍增厚；4. 二尖瓣、三尖瓣少-中等量反流，肺动脉压升高（估测肺动脉收缩压:49mmHg）；5. 房间隔膨出瘤；6. 微量心包积液(2025-06-03 09:03)行肝,胆,胰,脾彩超检查检查提示：1. 甲状腺右叶多发结节（其中中极腹侧面结节 TI-RADS 4a类，余结节 TI-RADS 3类）；2. 双颈部、双侧锁骨上未见明显肿大淋巴结；3. 双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成；4. 肝胆脾胰超声未见明显异常；5. 双肾实质回声增强；6. 双下肢动脉硬化伴多发斑块形成； 双下肢深静脉血流通畅；附见：双侧胸腔积液(2025-06-03 09:43)行(两肢)神经传导速度测定+肌电图+F波检查提示：MNCV: 右正中、右胫、左右腓总神经CMAP波幅下降。 ；SNCV: 左右腓浅、腓肠神经SNAP波幅下降。 ；F波：未见明显异常。 ；EMG:检肌未见明显异常。 ； ； ；提示：上下肢周围神经损害（以下肢感觉纤维轴索损害为主）(2025-06-03 14:44)行24小时动态血压检查提示：动态血压监测期间，显示：； ；1. 夜间收缩压增高。 ；2. 晨峰血压：21 mmHg (参考值：<35 mmHg)。 ；3. 昼夜节律减弱2.4%（正常值：10%-20%）。 ；4. 动脉硬化指数（0.39，参考值：<0.55）。 ；5. 清晨血压（6~10点）：137/66 mmHg (参考值：<135/85 mmHg)1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成 今吴龙龙主刀医师查房示：患者诉下肢麻木，昨完善肌电图提示周围神经病变，考虑糖尿病相关并发症，患者昨行长期管置入术后，予血液透析1次，过程顺利，无明显不适主诉，查看伤口未见明显渗血渗液，治疗上予加用甲钴胺营养神经，余治疗暂不更改，续观。

2025年6月4日08时27分

上级医师签名

2025年6月4日08时46分

2025-06-04，13:51 会诊记录

会诊目的：患者B超提示 甲状腺右叶多发结节（其中中极腹侧面结节 TI-RADS 4a类），大小约0.62\*0.69cm，界清，形态规则，呈直立状，特请贵科会诊协助诊治，谢谢！

普外科 王建伟 医师建议：建议B超引导下甲状腺结节穿刺活检明确病理

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月4日13时52分

上级医师签名

签名时间

2025-06-04，13:52 会诊记录

会诊目的：患者维持性血透，胸闷入院，完善心超： 1. 左室壁弥漫性稍减弱，左室收缩功能正常低值（EF:51.7%）

2. 左室舒张功能不全II级

3. 左房增大，左室略大，左室壁稍增厚

4. 二尖瓣、三尖瓣少-中等量反流，肺动脉压升高（估测肺动脉收缩压:49mmHg）

5. 房间隔膨出瘤，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢！

心血管内科 葛久欣 医师建议：病史敬悉，患者心脏偏大、心功能低下、BNP升高，建议停厄贝沙坦、氨氯地平 口服，予沙库巴曲缬沙坦 100mg 一日二次 口服 呋塞米 20mg一日一次 口服，24小时出入量维持在负平衡300-500ml，观察血压、心率、电解质、肾功能，随诊谢邀

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月4日13时55分

上级医师签名

签名时间

2025-06-05，14:29 吴龙龙主治医师兼术前主刀医师查房记录

昨日低热，最高37.9℃神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，右颈部血透管固定妥，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-04 11:46)血轻链(外送)(免疫学检验)：血κ轻链 2.43g/L，血λ轻链 2.19g/L↑，轻链κ/λ比值 1.11↓；(2025-06-04 11:46)总铁结合力(生化检验)：总铁结合力 38.1μmol/L↓；(2025-06-04 11:46)促红细胞生成素(EPO)(外送)(免疫学检验)：促红细胞生成素 31.4mIU/ml↑；(2025-06-04 14:24)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：离子钙 1.06mmol/L↓；(2025-06-04 14:24)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.389，二氧化碳分压 44.8mmHg，校正二氧化碳分压 44.8mmHg↑，校正氧分压 38.4mmHg↓，血红蛋白浓度 82g/L↓，红细胞压积 25.1%↓，葡萄糖(POCT) 11.3mmol/L↑；(2025-06-04 16:07)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：钾(POCT) 3.2mmol/L↓；(2025-06-04 16:07)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：校正二氧化碳分压 47mmHg↑，校正氧分压 36.2mmHg↓，全血乳酸 0.4mmol/L↓，血红蛋白浓度 89g/L↓，红细胞压积 27.2%↓；(2025-06-05 08:50)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：离子钙 1.13mmol/L↓，钾(POCT) 3.1mmol/L↓；(2025-06-05 08:50)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.409，二氧化碳分压 44.9mmHg，校正二氧化碳分压 44.9mmHg↑，校正氧分压 37.9mmHg↓，全血乳酸 0.4mmol/L↓，血红蛋白浓度 87g/L↓，红细胞压积 26.7%↓，葡萄糖(POCT) 12.9mmol/L↑；(2025-06-05 10:25)24小时尿蛋白定量(生化检验)：蛋白含量 3692.8mg/L↑，24h尿量 0.35L↓，24小时尿蛋白 1292.5mg/24h↑；(2025-06-05 11:21)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：钾(POCT) 3.2mmol/L↓；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今吴龙龙主治医师兼**术前主刀医师**查房示：患者慢性肾脏病5期，拟明日行为肾透析的动静脉造瘘术，未见明显禁忌，续观。

2025年6月5日14时30分

上级医师签名

签名时间

2025-06-05，19:10 危急值记录：

?危急值接收时间：2025-06-05，19:09

危急值项目：血糖POCT 24.1mmol/L

评估患者：无不适

处理措施：患者半小时前加餐，暂予观察，宣教糖尿病饮食，复测餐后2小时血糖

复查时间：24小时内复查

2025年6月5日19时10分

上级医师签名

签名时间

2025-06-07，13:39 吴龙龙主治医师兼术后主刀医师查房记录

发热神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，右颈部血透管固定妥，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。辅助检查无新增1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今吴龙龙主治医师兼术后主刀医师查房示：患者昨日行为肾透析的动静脉造瘘术，过程顺利，患者仍有发热，继续当前哌拉西林抗感染治疗，患者终末期肾病现已开始血透，现无胸闷气急，监测肌钙蛋白升高趋势，予邀请心内科会诊，余治疗同前，续观。

2025年6月7日13时40分

上级医师签名

签名时间

2025-06-07，13:52 会诊记录

会诊目的：患者终末期肾病现已开始血透，现无胸闷气急，监测肌钙蛋白升高趋势，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢！

心血管内科 冯超 医师建议：病史敬悉，冠心病可疑，建议冠脉CT检查。谢邀！

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月7日13时55分

上级医师签名

签名时间

2025-06-08，13:41 杨毅主任医师查房记录

体温好转，神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，右颈部血透管固定妥，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。辅助检查无新增1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今杨毅主任医师查房示：患者现体温好转，提示抗感染治疗有效，拟择日复查炎症指标，余治疗同前，续观。

2025年6月8日13时48分

上级医师签名

签名时间

2025-06-09，13:41 栗丽主治医师查房记录

无新增不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，右颈部血透管固定妥，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。辅助检查无新增1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者终末期肾病现已开始血透，现无胸闷气急，监测肌钙蛋白升高趋势，拟择日完善冠脉CTA检查排查冠心病，余治疗同前，续观。

2025年6月9日13时52分

上级医师签名

签名时间

2025-06-10，09:07 危急值记录：

?危急值接收时间：2025-06-10，09:06

危急值项目：09 急性肺动脉栓塞(肺段及以上)

评估患者：患者目前生命体征平稳，无明显胸闷胸痛、咳血等不适

处理措施：呼吸内科、血管外科急会诊

复查时间：患者定期监测，暂不复查

2025年6月10日09时07分

上级医师签名

签名时间

2025-06-10，10:14 栗丽主治医师查房记录

无明显胸闷胸痛、咳血等不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-09 14:31)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：离子钙 1.06mmol/L↓，氯 95mmol/L↓，钠(POCT) 131mmol/L↓；(2025-06-09 17:33)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.467↑，二氧化碳分压 39.1mmHg，氧分压 40mmHg，校正氧分压 40mmHg↓，全血乳酸 0.3mmol/L↓，血红蛋白浓度 88g/L↓，红细胞压积 26.9%↓，校正血液酸碱度(POCT) 7.467↑，葡萄糖(POCT) 6.3mmol/L↑；(2025-06-10 07:40)肌钙蛋白(急)(非首诊)(急诊和夜间病房检验)：高敏肌钙蛋白T 0.162ng/ml↑；(2025-06-10 08:24)血常规(血液学检验)：白细胞计数 8.1×10^9/L，中性粒细胞百分比 65.4%，淋巴细胞百分比 20.7%，嗜碱性粒细胞绝对值 0.11×10^9/L↑，红细胞计数 2.98×10^12/L↓，血红蛋白测定 89g/L↓，红细胞比积测定 27.4%↓，红细胞体积分布宽度 15.5%↑，血小板压积 0.26%↑，血小板体积分布宽度 11.3%↓；(2025-06-10 10:00)B型纳尿肽定量测定(BNP)(急)(急诊和夜间病房检验)：B型尿钠肽 1518.6pg/ml↑；(2025-06-09 09:48)行冠脉CT平扫+增强检查提示：1.左主干(LM)管壁局限性少许钙化斑块形成，相应管腔轻度狭窄。2.左前降支(LAD)中远段管腔细小，近中段多发非钙化斑块及混合斑块形成，相应管腔中、重度狭窄，建议DSA检查。3.第二对角支(D2)管腔少许混合斑块，管腔中度狭窄。3.右冠状动脉(RCA)管及后降支管腔散在多发非钙化斑块、混合斑块形成，后降支估测为中度狭窄，余为轻度狭窄。4.前降支起始部管腔位于左冠状窦稍上方，请结合临床。5、右上肺动脉栓塞考虑，请结合临床及相关检查。肺动脉干稍增宽。附见：双侧胸腔积液。心包少量积液。1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者冠脉CTA提示右肺动脉栓塞，目前患者生命体征平稳，无明显胸闷胸痛，咯血等不适，予邀请相关科室会诊。

2025年6月10日10时33分

上级医师签名

签名时间

2025-06-10，11:09 会诊记录

会诊目的：患者冠脉CTA提示右肺动脉栓塞，目前患者生命体征平稳，无明显胸闷胸痛，咯血等不适，特请贵科会诊指导相关诊疗，谢谢！

心胸外科 梁靓 医师建议：患者病史敬悉，建议行肺动脉CTA检查进一步明确诊断。

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月10日11时10分

上级医师签名

签名时间

2025-06-11，10:23 杨毅主任医师查房记录

无明显胸闷胸痛、咳血等不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-10 10:38)电解质六项(生化检验)：钠 136.3mmol/L↓；(2025-06-10 10:38)超敏C反应蛋白(hs-CRP)(生化检验)：超敏C反应蛋白 19.4mg/L↑；(2025-06-10 10:38)肝功能常规检查(生化检验)：总胆红素 7.3μmol/L，直接胆红素 2.6μmol/L，总蛋白 65.8g/L，白蛋白 32.5g/L↓，白蛋白/球蛋白 1↓，丙氨酸氨基转移酶 6U/L↓；(2025-06-10 10:38)心肌酶谱常规检查(生化检验)：肌酸激酶 16U/L↓；(2025-06-10 10:38)肾功能常规检查(生化检验)：尿素 9.75mmol/L↑，肌酐 341μmol/L↑，估计肾小球滤过率 12ml/min·1.73m2↓；(2025-06-11 08:44)血常规+CRP(全血)(血液学检验)：白细胞计数 9.9×10^9/L↑，中性粒细胞百分比 78.2%↑，淋巴细胞百分比 10.4%↓，中性粒细胞绝对值 7.7×10^9/L↑，淋巴细胞绝对值 1×10^9/L↓，单核细胞绝对值 0.7×10^9/L↑，红细胞计数 2.84×10^12/L↓，血红蛋白测定 85g/L↓，红细胞比积测定 26.2%↓，红细胞体积分布宽度 15.2%↑，血小板计数 212×10^9/L，血小板体积分布宽度 10.9%↓，超敏C反应蛋白 12.8mg/L↑；(2025-06-11 08:51)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：校正氧分压 43.3mmHg↓，碳氧血红蛋白百分比 2.1%↑，血红蛋白浓度 81g/L↓，红细胞压积 24.7%↓，葡萄糖(POCT) 15.2mmol/L↑；(2025-06-11 08:51)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：离子钙 1.06mmol/L↓，氯 98mmol/L，钠(POCT) 131mmol/L↓；(2025-06-11 10:13)狼疮抗凝物(血液学检验)：狼疮样抗凝物1 89.1s↑，狼疮样抗凝物2 66.7s↑，LA1/LA2 1.34↑；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今杨毅主任医师查房示：患者自述无胸闷气急，自觉血透后状态好转，结合辅助检查，考虑肺栓塞高危，建议完善双下肢动静脉彩超、下腔静脉彩超进一步评估病情严重程度。监测粪便OB、尿潜血、皮肤黏膜瘀斑、颅内出血相关症状等；酌情查抗核抗体、ANCA血管炎抗体、磷脂综合征、狼疮抗凝物、肿瘤标记物等查找其他病因；排除禁忌建议加用抗凝药物（利伐沙班片15mg bid2周后减量为20mg qd），1个月复查肺CTA评估药物剂量调整，续观。

2025年6月11日10时33分

上级医师签名

签名时间

2025-06-11，10:27 会诊记录

会诊目的：患者冠脉CTA提示右肺动脉栓塞，目前患者生命体征平稳，无明显胸闷胸痛，咯血等不适，特请贵科会诊指导相关诊疗，谢谢！

呼吸与危重症医学科 蒋涛 医师建议：患者自述无胸闷气急，自觉血透后状态好转，结合辅助检查，考虑肺栓塞高危，建议完善双下肢动静脉彩超、下腔静脉彩超进一步评估病情严重程度。监测粪便OB、尿潜血、皮肤黏膜瘀斑、颅内出血相关症状等；酌情查抗核抗体、ANCA血管炎抗体、磷脂综合征、狼疮抗凝物、肿瘤标记物等查找其他病因；排除禁忌建议加用抗凝药物（利伐沙班片15mg bid2周后减量为20mg qd），1个月复查肺CTA评估药物剂量调整，谢谢

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月11日10时32分

上级医师签名

签名时间

2025-06-11，10:32 会诊记录

会诊目的：患者终末期肾病现已开始血透，入院发现肺栓塞，现完善冠脉CTA提示冠心病，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢！

心血管内科 李亮 医师建议：病史敬悉，患者胸闷气促入院，考虑慢性肾病V期已血透，既往高血压、糖尿病。冠脉CTA考虑左前降支中重度狭窄，远端细小，建议完善冠脉造影。如患者有手术意愿可联系我科住院总安排手术谈话和计划。谢邀！

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月11日10时32分

上级医师签名

签名时间

2025-06-12，10:22 栗丽主治医师查房记录

无明显胸闷胸痛、咳血等不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-11 12:10)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.436，二氧化碳分压 40.6mmHg，校正氧分压 32.7mmHg↓，全血乳酸 0.4mmol/L↓，血红蛋白浓度 90g/L↓，红细胞压积 27.7%↓；(2025-06-12 08:59)行下腔静脉彩超检查检查提示：1. 下腔静脉超声未见明显异常；2. 双下肢动脉硬化伴多发斑块形成；3. 左下肢肌间静脉血栓形成。1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者胸闷气促入院，考虑慢性肾病V期已血透，既往高血压、糖尿病。冠脉CTA考虑左前降支中重度狭窄，远端细小，建议完善冠脉造影。如患者有手术意愿可联系心内科科住院总安排手术谈话和计划，续观。

2025年6月12日10时23分

上级医师签名

签名时间

2025-06-13，10:20 栗丽主治医师查房记录

人员发热无明显胸闷胸痛、咳血等不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-12 08:59)行下腔静脉彩超检查检查提示：1. 下腔静脉超声未见明显异常；2. 双下肢动脉硬化伴多发斑块形成；3. 左下肢肌间静脉血栓形成。1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者心脏偏大、心功能低下、BNP升高，建议停厄贝沙坦、氨氯地平 口服，予沙库巴曲缬沙坦 100mg 一日二次 口服 呋塞米 20mg一日一次 口服，24小时出入量维持在负平衡300-500ml，观察血压、心率、电解质、肾功能，随诊。

2025年6月13日10时21分

上级医师签名

签名时间

2025-06-13，10:23 会诊记录

会诊目的：患者维持性血透，胸闷入院，完善心超： 1. 左室壁弥漫性稍减弱，左室收缩功能正常低值（EF:51.7%）

2. 左室舒张功能不全II级

3. 左房增大，左室略大，左室壁稍增厚

4. 二尖瓣、三尖瓣少-中等量反流，肺动脉压升高（估测肺动脉收缩压:49mmHg）

5. 房间隔膨出瘤，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢！

心血管内科 葛久欣 医师建议：病史敬悉，患者心脏偏大、心功能低下、BNP升高，建议停厄贝沙坦、氨氯地平 口服，予沙库巴曲缬沙坦 100mg 一日二次 口服 呋塞米 20mg一日一次 口服，24小时出入量维持在负平衡300-500ml，观察血压、心率、电解质、肾功能，随诊谢邀

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月13日10时24分

上级医师签名

签名时间

2025-06-13，10:23 会诊记录

会诊目的：患者B超提示 甲状腺右叶多发结节（其中中极腹侧面结节 TI-RADS 4a类），大小约0.62\*0.69cm，界清，形态规则，呈直立状，特请贵科会诊协助诊治，谢谢！

普外科 王建伟 医师建议：建议B超引导下甲状腺结节穿刺活检明确病理

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月13日10时24分

上级医师签名

签名时间

2025-06-13，10:23 会诊记录

会诊目的：患者终末期肾病现已开始血透，现无胸闷气急，监测肌钙蛋白升高趋势，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢！

心血管内科 冯超 医师建议：病史敬悉，冠心病可疑，建议冠脉CT检查。谢邀！

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月13日10时35分

上级医师签名

签名时间

2025-06-14，13:31 危急值记录：

?危急值接收时间：2025-06-14，13:29

危急值项目：血糖POCT 22.4mmol/L

评估患者：生命体征平稳

处理措施：胰岛素6 U对症

复查时间：24小时内复查

2025年6月14日13时32分

上级医师签名

签名时间

2025-06-14，15:06 杨毅主任医师查房记录

昨日低热，最高体温37.9℃无明显胸闷胸痛、咳血等不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-13 14:33)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.345↓，校正氧分压 44.3mmHg↓，血红蛋白浓度 79g/L↓，红细胞压积 24.3%↓，校正血液酸碱度(POCT) 7.345↓，葡萄糖(POCT) 15.1mmol/L↑；(2025-06-13 14:33)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：离子钙 0.98mmol/L↓，钠(POCT) 130mmol/L↓；(2025-06-13 17:28)（血透）血气分析+乳酸+血糖（首诊）（静脉血）(急诊和夜间病房检验)：血液酸碱度 7.443，二氧化碳分压 39.4mmHg，校正氧分压 37.7mmHg↓，碳氧血红蛋白百分比 2.1%↑，全血乳酸 0.6mmol/L↓，血红蛋白浓度 95g/L↓，红细胞压积 29.1%↓，葡萄糖(POCT) 6.4mmol/L↑；(2025-06-14 07:26)降钙素原定量检测(急)(急诊和夜间病房检验)：降钙素原定量检测 2.462ng/ml↑；(2025-06-14 07:26)肌钙蛋白(急)(非首诊)(急诊和夜间病房检验)：高敏肌钙蛋白T 0.096ng/ml↑；(2025-06-14 08:30)血常规(血液学检验)：白细胞计数 6.5×10^9/L，中性粒细胞百分比 89.9%↑，淋巴细胞百分比 4.6%↓，嗜酸性粒细胞百分比 0%↓，淋巴细胞绝对值 0.3×10^9/L↓，嗜酸性粒细胞绝对值 0×10^9/L↓，红细胞计数 2.78×10^12/L↓，血红蛋白测定 82g/L↓，红细胞比积测定 24.6%↓，血小板体积分布宽度 11.8%↓；(2025-06-14 10:33)生化常规(生化检验)：葡萄糖(空腹) 16.63mmol/L↑，高密度脂蛋白胆固醇 0.54mmol/L↓，肌酸激酶 21U/L↓，白蛋白 33.4g/L↓，白蛋白/球蛋白 1↓，尿素 12.52mmol/L↑，肌酐 364μmol/L↑，β2微球蛋白 35.9mg/L↑，血清淀粉样蛋白A 38.33mg/L↑，超敏C反应蛋白 39.1mg/L↑，钠 134.8mmol/L↓，氯 95.7mmol/L↓，估计肾小球滤过率 11ml/min·1.73m2↓；(2025-06-14 10:33)无机磷(Phos)(生化检验)：磷 1.71mmol/L↑；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今杨毅主任医师查房示：患者目前仍有反复发热，今日复查降钙素原较前升高，抗感染治疗效果不佳，予邀请感染科会诊，暂继续哌拉西林抗感染治疗，续观。

2025年6月14日15时24分

上级医师签名

签名时间

2025-06-15，15:06 栗丽主治医师查房记录

昨日低热，最高体温37.4℃神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。辅助检查无新增1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者目前病情尚平稳，余治疗同前，续观。

2025年6月15日15时07分

上级医师签名

签名时间

2025-06-16，15:07 栗丽主治医师查房记录

昨日无发热神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。辅助检查无新增1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者维持性血透，肺栓塞，现哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，CRP下降可，体温持续低热，查狼疮抗凝物阳性，建议完善G试验、GM试验，复查IgE及细胞因子，保持口腔清洁，暂继续当前抗感染，监测血常规及CRP、降钙素原等变化，关注生命体征，续观。

2025年6月16日15时08分

上级医师签名

签名时间

2025-06-16，15:17 会诊记录

会诊目的：患者维持性血透，肺栓塞，现哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，炎症指标下降，但仍有反复低热，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢！

感染科 王成康 医师建议：病史敬悉！患者维持性血透，肺栓塞，现哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，CRP下降可，体温持续低热，查狼疮抗凝物阳性，建议完善G试验、GM试验，复查IgE及细胞因子，保持口腔清洁，暂继续当前抗感染，监测血常规及CRP、降钙素原等变化，关注生命体征，供参考，谢邀！

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月16日15时18分

上级医师签名

签名时间

2025-06-16，15:18 会诊记录

会诊目的：患者餐后血糖危急值，特请贵科协助诊疗，谢谢！

内分泌科 胡文沐 医师建议：患者血糖波动大，首先考虑受激素用药干扰，建议近期监测血糖升高显著时临时小剂量追加普通胰岛素降糖，警惕长效胰岛素加量后激素撤退后低血糖，供参考。

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月16日15时32分

上级医师签名

签名时间

2025-06-17，17:02 杨毅主任医师查房记录

仍有低热，神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-17 07:18)降钙素原定量检测(急)(急诊和夜间病房检验)：降钙素原定量检测 1.865ng/ml↑；(2025-06-17 08:45)血常规+CRP(全血)(血液学检验)：白细胞计数 8.4×10^9/L，中性粒细胞百分比 78.9%↑，淋巴细胞百分比 9.8%↓，中性粒细胞绝对值 6.6×10^9/L↑，淋巴细胞绝对值 0.8×10^9/L↓，红细胞计数 2.88×10^12/L↓，血红蛋白测定 84g/L↓，红细胞比积测定 27.2%↓，平均红细胞血红蛋白浓度 309g/L↓，血小板计数 164×10^9/L，血小板平均体积 10.8fl，血小板体积分布宽度 11.9%↓，超敏C反应蛋白 45.5mg/L↑；(2025-06-17 09:38)总IgE(免疫学检验)：免疫球蛋白E 1221IU/ml↑；(2025-06-17 09:47)B型纳尿肽定量测定(BNP)(免疫学检验)：B型尿钠肽 3671.6pg/ml↑；(2025-06-17 10:23)心肌酶谱常规检查(生化检验)：肌酸激酶 17U/L↓；(2025-06-17 10:23)肝功能常规检查(生化检验)：总蛋白 60.5g/L↓，白蛋白 30.3g/L↓，白蛋白/球蛋白 1↓；(2025-06-17 10:23)肾功能常规检查(生化检验)：尿素 9.43mmol/L↑，肌酐 365μmol/L↑，估计肾小球滤过率 11ml/min·1.73m2↓；(2025-06-17 13:23)细胞因子检测(血液学检验)：IL-6 28.76pg/ml↑；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今杨毅主任医师查房示：患者抗感染续观不佳，昨日升级至注射用美罗培南0.5g 静脉滴注 每晚一次;血糖波动大，首先考虑受激素用药干扰，建议近期监测血糖升高显著时临时小剂量追加普通胰岛素降糖，警惕长效胰岛素加量后激素撤退后低血糖，续观。

2025年6月17日17时09分

上级医师签名

签名时间

2025-06-18，10:08 栗丽主治医师查房记录

仍有低热，神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-17 13:23)细胞因子检测(血液学检验)：IL-6 28.76pg/ml↑；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者昨日复查BNP较前明显升高，追问病史患者诉近期液体摄入较多，目前暂无胸闷等不适，嘱患者限制液体摄入，加强透析超滤量，余治疗同前，续观。

2025年6月18日10时09分

上级医师签名

签名时间

2025-06-19，11:02 栗丽主治医师查房记录

无发热，神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-18 19:45)（血透）钾钠氯钙测定（静脉血）（首诊）(急诊和夜间病房检验)：离子钙 1.05mmol/L↓，钾(POCT) 4.6mmol/L↑，钠(POCT) 132mmol/L↓；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今栗丽主治医师查房示：患者昨日无发热，提示抗感染治疗有效，余治疗同前，续观。

2025年6月19日11时10分

上级医师签名

签名时间

2025-06-20，14:26 杨毅主任医师查房记录

无新增不适神志清，精神软，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，巩膜无黄染，结膜无苍白，全身浅表淋巴结未触及肿大，颈软，气管居中，无颈静脉怒张，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音，心音齐，心律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音正常，肝脾肋下未触及，墨菲征阴性，双肾区叩痛阴性，双下肢无水肿，四肢肌力可，肌张力无增减，babinski征双侧阴性。(2025-06-20 08:20)血常规+CRP(全血)(血液学检验)：白细胞计数 5.8×10^9/L，中性粒细胞百分比 58.2%，淋巴细胞百分比 22.6%，单核细胞百分比 11.5%↑，单核细胞绝对值 0.7×10^9/L↑，红细胞计数 3.2×10^12/L↓，血红蛋白测定 92g/L↓，红细胞比积测定 29.6%↓，平均红细胞血红蛋白浓度 311g/L↓，血小板压积 0.26%↑，血小板体积分布宽度 10.4%↓，超敏C反应蛋白 20.4mg/L↑；(2025-06-20 09:35)B型纳尿肽定量测定(BNP)(免疫学检验)：B型尿钠肽 2222.9pg/ml↑；(2025-06-20 09:46)凝血功能全套(血液学检验)：凝血酶原时间 19.8s↑，国际标准化比值 1.72↑，活化部分凝血活酶时间 48.4s↑，纤维蛋白原 4.5g/L↑，D-二聚体 1.74mg/L FEU↑；1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 6.肿瘤标记物升高 7.甲状腺结节（4a类） 8.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成今杨毅主任医师查房示：患者维持性血透，肺栓塞，哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，炎症指标下降，但仍有反复低热，6.16升级为美罗培南抗感染治疗，目前体温好转，患者仍有咳嗽，少许咳痰，胸部CT初步阅片提示两下肺病灶较前吸收，其余渗出似较前增多，继续美罗培南抗感染治疗，建议完善呼吸道病毒核酸、痰涂片、痰培养等检查。

2025年6月20日14时34分

上级医师签名

签名时间

2025-06-20，14:28 会诊记录

会诊目的：患者维持性血透，肺栓塞，现哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，炎症指标下降，但仍有反复低热，曾请感染科会诊，昨日升级为美罗培南抗感染治疗，特请贵科会诊，指导治疗，谢谢!

感染科 金彩婷 医师建议：患者维持性血透，肺栓塞，哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，炎症指标下降，但仍有反复低热，6.16升级为美罗培南抗感染治疗，目前体温好转，患者仍有咳嗽，少许咳痰，胸部CT初步阅片提示两下肺病灶较前吸收，其余渗出似较前增多，继续美罗培南抗感染治疗，建议完善呼吸道病毒核酸、痰涂片、痰培养等检查。谢邀！

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月20日14时36分

上级医师签名

签名时间

2025-06-20，16:02 会诊记录

会诊目的：患者糖尿病病史，合并肾损，特请贵科会诊，明确有无眼底病变，谢谢!

眼科 张锦妹 医师建议：视力：0.3,0.15..双眼结膜无充血，睑结膜未见滤泡、乳头。角膜透明，前房清亮，瞳孔等大等圆，对光反应灵敏，人工晶状体透明，眼底视盘色稍淡，部分血管白线状，散在全视网膜激光，视网膜平伏。眼压：11,14. 诊断：糖尿病性视网膜病变。眼压：11,14.矫正视力：0.7,0.16.

建议：玻璃酸钠滴眼液 双眼 4次/日；控制原发病；定期查眼底。

会诊意见执行情况：■遵嘱执行

□暂不执行 不执行医嘱原因

2025年6月20日16时02分

上级医师签名

签名时间

2025-06-03，13:23 术后首次病程兼谈话记录

|  |
| --- |
| **手术开始时间：**2025-06-03，13:12 |
| **术中诊断**：1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 |
| **麻醉方式：**局部浸润麻醉 |
| **手术方式：**为肾透析半永久静脉插管术(右), |

**手术简要经过（包括“术中所见”）：**

患者取平卧位，头左偏，右颈部常规消毒铺巾，超声引导定位后2%利多卡因局麻，以7号针超声引导下穿刺颈内静脉成功后，置入导引钢丝。在距离穿刺点外侧约6cm锁骨下方1cm处予2％利多卡因局麻，切开约1.5cm切口，逐层切开皮肤和皮下组织，予血管钳钝性分离，在局麻下行皮肤和皮下组织探查，未见明显出血，避开皮下动脉及颈外静脉稍向上向穿刺点方向做一圆弧形皮下隧道，将带袖套双腔导管从隧道引出，沿导引钢丝依次进细、粗扩张管扩张皮下，将带袖套双腔导管经导丝置入颈内静脉，调整长期导管位置，使导管动、静脉端血流通畅，术中摄片提示导管尖端位于上腔静脉与右心房交界体表投影处，肝素封导管双腔，缝合切口，固定带袖套导管隧道口，局部加压包扎。置管过程顺利，病人无不良反应。

**术后生命体征：**脉搏：79 次/分　，呼吸：20 次/分　，血压： 132/85mmHg

**术后诊疗计划：**

1、检查计划：检查手术部位有无渗血、渗液，局部有无压痛，导管位置是否偏移。

2、治疗计划：使用半永久导管进行维持性血液透析治疗。

3、预期治疗结果：维持血液透析，导管使用通畅。

**术后注意事项：**避免头颈部剧烈活动，密切注意生命体征变化，注意手术切口出血情况。

**术后血栓风险评估:□低危 □中危 □高危 VTE评估结果**

**术后出血风险评估：□低危 □高危 出血风险评估结果**

**血栓物理治疗禁忌评估：物理治疗禁忌评估**

|  |
| --- |
| **医师签字:**上级医师签名医生签名  **时间： 年 月 日 时 分** |
| **患者（代理人）签名: 日期: 年 月 日 时 分**  **(□患者本人 □配偶 □子女 □父母 □其他近亲属同事 □朋友 □其他)** |

术前讨论、术前小结

讨论时间：2025-06-05，15:34

讨论范围：□手术组 □医疗组 ■科室 □病区 □多学科简单输入框

参加人员姓名及专业职称：杨毅主任医师、方靖副主任医师、吴龙龙主治医师、潘明月住院医师、潘毅护士长、陈春玲护士

**一、简要病情：**患者9天前于解便用力时出现胸闷气促，伴心悸乏力，伴恶心呕吐，呕吐1次，为胃内容物，伴泡沫尿。患者遂至当地医院住院治疗，2025-05-25 肌酐 526umol/L，eGFR 7ml/min，考虑慢性肾脏病5期，外院予控制血压、利尿等对症支持治疗。患者为求进一步诊治至我院急诊就诊，急诊予扩冠、抗感染、利尿、改善贫血治疗，患者生命体征平稳后拟“慢性肾衰竭”收住我院既往高血压、糖尿病病。

相关检查：2025.6.5床边血管超声：左前臂头静脉直径1.1mm左右，右前臂头静脉直径可，腔内中等回声考虑血栓形成

**二、讨论结论：**

1、术前诊断：1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后

2、手术指征与禁忌症：目前诊断提示慢性肾脏病，需建立血管通路，无绝对禁忌症

3、可替代方案：深静脉半永久导管置管用于透析或腹膜透析

4、拟施手术方式、名称：为肾透析的动静脉造瘘术+上肢静脉切开取栓

5、术中可能出现的变更：血栓形成，需取栓治疗。

6、计划性多次手术：□是 ■否

7、拟施麻醉方式：臂丛神经阻滞麻醉

8、术前注意事项及特殊准备：完善检查，准备相关耗材器械，患者及家属谈话告知、签字，告知可能出现的并发症及手术风险。

9、术中、术后风险及防范措施：手术过程中和术后存风险：（1）麻醉意外；（2）心律失常、心衰、脑梗塞、脑出血等心血脑血管意外，严重时可危及生命；（3）血管损伤，造成不能控制的大出血，或肢端缺血坏死，需要另行手术，甚至截肢；（4）神经、肌肉、关节损伤，可能造成不可恢复的感觉、运动障碍；（5）切口渗血、血肿、感染、愈合困难甚至开裂；（6）动静脉瘤样扩张，或假性动脉瘤形成，甚至破裂出血；（7）肢体肿胀，缺血，疼痛，麻木，活动障碍甚至坏死；（8）术后因回心血量的增加，有可能影响心功能，严重时有心脏扩大，心衰等可能；（9）术后因血栓形成、血管狭窄、血管条件较差，或静脉动脉化困难，有可能导致内瘘闭塞、血液流量达不到透析要求或穿刺困难，需要再次手术或改换其它通路；（10）动-静脉内瘘结扎术后发生血管再通、动脉瘤复发，动-静脉内瘘扩张术后血管再狭窄等；（11）可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。针对上述情况将采取的防范措施：（1）术前认真评估病人，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理，并根据基础疾病进行对症治疗；（2）术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况；（3）术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理；（4）术后出现创口渗血、血肿、疼痛难忍等情况，及时请医护人员查看；（5）术后应抬高手术侧肢体，勿压迫，勿届曲，衣袖宽松，确保血流畅通；（6）发现肢端发冷、麻木、水肿、血管扩张等异常情况，及时就诊；（7）术后两周，根据切口愈合情况，拆线或延迟拆线。

10、术中、术后注意事项（含护理事项）：术中注意动作轻柔，充分止血。术后注意点：（1）手术侧肢体应避免提、抬重物，避免内瘘侧肢体静脉注射，测量血压等；（2）内瘘侧肢体注意防寒保暖，避免血管痉挛；（3）积极防治低血压，避免内痿闭塞；（4）经常触摸内瘘处，如震颤消失提示内瘘闭合，即刻就诊；（5）术后若无特殊禁忌，按医嘱坚持服用血小板抑制剂等药物；（6）伤口愈合后，新建自体动静脉内瘘应进行握拳锻炼，以促进静脉的动脉化。

经管医生签名：

日期：2025年6月5日15时49分

主刀医生签名：

日期：2025年6月5日15时49分

2025-06-06，10:03 术后首次病程兼谈话记录

|  |
| --- |
| **手术开始时间：**2025-06-06，08:45 |
| **术中诊断**：1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 |
| **麻醉方式：**局部浸润麻醉 |
| **手术方式：**为肾透析的动静脉造瘘术(右),上肢静脉切开取栓（右） |

**手术简要经过（包括“术中所见”）：**

患者取平卧位，常规消毒铺巾，于**右**腕部近心端2cm桡侧行3.0cm纵形切口，逐层切开，No-TOUCH法游离外侧头静脉静脉长3cm，内径约2mm，继续向内侧分离，游离桡动脉长2.0cm，直径约2mm。血管夹阻断头静脉及桡动脉，在两血管夹之间分别切开动脉及静脉侧壁1cm，前臂头静脉全程血栓，手法挤栓效果欠佳，超声引导下引入4F Forgarty球囊拖拽头静脉血栓，稀释肝素生理盐水液封头静脉并冲洗动脉壁后，以7-0Prolene行头静脉与桡动脉吻合（改良侧侧吻合），开放血流后，内瘘口搏动可，杂音响亮，彻底止血，清点器械纱布无误，各指关节活动存在，逐层关闭切口。 术程顺利，清点纱布，器械无误。

**术后生命体征：**脉搏：79 次/分　，呼吸：20 次/分　，血压： 132/85mmHg

**术后诊疗计划：**

1、检查计划：检查手术部位有无渗血、渗液，局部有无压痛。

2、治疗计划：加强内瘘功能锻炼，待内瘘成熟后使用动静脉内瘘进行维持性血液透析治疗。

3、预期治疗结果：内瘘通畅。

**术后注意事项：**密切注意生命体征变化，注意手术部位肿胀及出血情况。

**术后血栓风险评估:■低危 □中危 □高危 VTE评估结果**

**术后出血风险评估：■低危 □高危 出血风险评估结果**

**血栓物理治疗禁忌评估：无**

|  |
| --- |
| **医师签字:**上级医师签名  **时间： 2025年6月6日10时06分** |
| **患者（代理人）签名: 日期: 年 月 日 时 分**  **(□患者本人 □配偶 □子女 □父母 □其他近亲属同事 □朋友 □其他)** |

深静脉透析导管手术知情同意书

这是一份有关 深静脉透析导管置管术 的知情同意书，目的是告诉您有关医生建议您进行的手术相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术有关的任何疑问。您有权知道手术性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行手术。除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术。在手术前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术。

**1.您的主刀医生是： 杨毅**

**2.目前诊断：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**3.医生会用通俗易懂的语言给您解释：**

深静脉留置透析导管是血液净化的血管通路之一，留置部位一般为颈内静脉或股静脉，分为临时导管和带涤纶套导管。医生根据病情及病人血管条件选择置管部位，在局部消毒麻醉后将透析导管置入深静脉。除特殊情况外，颈内静脉临时导管留置时间限定为1个月左右，股静脉临时导管留置时间限定为1周左右，其后需要更换为其它血管通路。带涤纶套导管的最佳留置时间为半年以内。

3.1 患者因存在以下情况：

■需建立新的血管通路 □其他原因

3.2 拟实施

□深静脉临时透析导管置管术 ■深静脉带涤纶套透析导管置管术

□深静脉透析导管调整术 □X线引导下深静脉透析导管手术

□深静脉临时透析导管拔管术+皮肤和皮下组织活检术

□其他手术方式

3.3拟定手术部位

■颈内静脉 □股静脉 □其他

3.4 **手术过程中和术后存在下列医疗风险，可能造成严重后果，甚至危及生命：**

3.4.1 麻醉意外；心血管意外，可导致低血压、休克、心跳、呼吸骤停，危及生命；

3.4.2 可能损伤血管、神经及其他脏器，引起大出血、血肿、动脉瘤，颈部置管可能导致血气胸，股静 脉置管可能发生腹膜后大血肿，必要时须手术处理；

3.4.3 可能并发静脉血栓形成、赘生物形成和导管内凝血，需抗凝溶栓治疗，造成出血风险；栓子和赘 生物脱落可能造成肺栓塞和其他血管栓塞，严重者可危及生命；

3.4.4 穿刺或手术失败，更换手术方式或无法置管；手术过程中导管破损，需要更换新的导管；

3.4.5 留置过程中可能发生导管相关感染，甚至出现菌血症或败血症，必要时须拔管；

3.4.6 神经损伤，可造成上肢、颈部感觉、运动障碍，声嘶；

3.4.7 可能引起中心静脉狭窄，血管闭塞，导致静脉回流障碍、肢体肿胀；.

3.4.8 导管脱出、破损、血栓形成，影响透析效果或不能继续透析，必要时需重新留置导管；

3.4.9 导管内移进入血管，或与血管壁粘连，需开放性手术或血管介入手术拔除；

3.4.10 由于医学的复杂性，可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。

3.5 **针对上述情况将采取的防范措施：**

3.5.1术前认真评估病人，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理；

3.5.2术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况；

3.5.3术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理；

3.5.4术后出现创口渗血、血肿、疼痛难忍、胸闷、胸痛等情况，及时请医护人员查看；

3.5.5术后摄胸片，以评估导管位置；根据医嘱，视切口愈合情况拆线；根据医嘱，坚持服用抗凝药物。

**4.特别注意事项：深静脉透析导管的材料费超过200元。**

**5.是否有其他可选择的治疗方法**■**有 腹膜透析** □**无**□**不确定**

**6.不采取该手术可能的后果： 无长期透析通路**

**7.其他：-**

**8.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

医生签名：

签名时间：**2025年6月2日14时09分**

**9.患方意见：**

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险。我经过慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容（共3页），愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择 同意 治疗。

**情况了解，风险已知，要求手术。**

患者（代理人）:请输入签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字时间： 年 月 日 时 分

患者/法定代理人关系:(法定代理人与患者的关系)

血液净化诊疗操作知情同意书

这是一份关于 血液净化治疗 的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次操作有关的任何疑问。您有权知道操作性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行操作。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行操作。在操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本操作。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**2.诊疗操作目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：**

□明确病因，完善诊断；□确定治疗方案，判定预后；

■对症治疗，缓解病情；□其他:

**3.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

3.1 透析液、透析膜反应，首次使用综合征：表现为胸闷，烦躁不安，甚至溶血，低血压休克，呼吸衰竭，严重时可危及生命；

3.2 失衡综合症：表现为头痛、恶心、呕吐，严重时可引起昏睡，昏迷、精神异常、呼吸衰竭，甚至危及生命；

3.3 感染：由于血液净化属于创伤性治疗，有可能出现局部或全身性感染；已有感染者有可能加重感染，出现败血症等情况而危及生命。

3.4 出血或凝血：穿刺、用肝素抗凝等有可能导致穿刺局部血肿或原有的出血情况加重，甚至引起重要脏器大出血；部分病人因出血倾向减少肝素使用剂量时，又可能会造成体外凝血、失血、血栓形成等，严重时可危及生命；

3.5 心脑血管病变：由于血流动力学变化较大，可能出现低血压甚至休克；顽固性高血压及其他心脑血管合并症：心律失常，心肌梗死，脑梗死等；

3.6 透析管道破裂，透析器漏血：造成出血、空气栓塞、凝血、失血等；

3.7 过敏和变态反应：血液净化治疗都有发生过敏的危险，特别是血浆置换、血液灌流、免疫吸附等治疗可能性更大，严重过敏反应有可能导致休克、死亡。

3.8 有交叉感染病毒性传染病及其他传染病的的潜在风险，如乙肝、丙肝、 AIDS等，特别是输注血制品相关制剂或行血浆置换治疗。

3.9 费用较高。其中透析器、血滤器、细菌过滤器、灌流器、血浆分离器、免疫吸附器等材料费用超过 200元，其中20%由医保病人自行负担。

3.10 透析远期并发症还包括营养不良；顽固性高血压、低血压；淀粉样变；脑病；骨关节病变；甲状腺功能亢进；周围神经病变；皮肤瘙痒及损害；透析通路感染，闭塞等。

3.11 其他：可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。

**4.防范措施(Preventive Measures):**

4.1 严格按照诊疗操作规范执行；

4.2 加强监测，仔细操作，及时处理。

4.3 其他： —

**5.可替代的方案(Alternative Programs)：**

■有 腹膜透析 □不确定□无

**6.不采取该项操作/治疗可能产生的结果: 危及生命**

**7.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医生签名： 日期：**2025年6月2日14时10分**

**8.患方意见：**

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险。我经过慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容（共2 页），愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择同意治疗。

**情况了解，风险已知，要求操作。**

患者（代理人）签名： 日期： 年 月 日 时 分

患者/法定代理人关系:(法定代理人与患者的关系)

动静脉内瘘手术知情同意书

这是一份有关\_\_\_动静脉内瘘手术 \_的知情同意书，目的是告诉您有关医生建议您进行的手术相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术有关的任何疑问。您有权知道手术性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行手术。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术。在手术前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术。

**1.您的主刀医生是： 吴龙龙**

**是否为外请专家：■否 □是，医院为：简单输入框**

**2.目前诊断：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**3.医生会用通俗易懂的语言给您解释：**

动静脉内瘘手术是采用局部或全身麻醉，通过外科手术，直接或通过移植血管将患者前臂的外周动脉和静脉连接使动脉血流流至前臂浅表静脉或移植血管，达到血液透析所需的血流量要求，便于经血管穿刺后建立血液的体外循环进行血液透析。动-静脉内瘘建立后可能发生闭塞、狭窄、动脉瘤形成、血流量过大等情况，需再次手术。

3.1 患者因目前存在以下情况：

■尚无血透所需长期血管通路 □原动-静脉内瘘形成血栓

□原动-静脉内瘘形成动脉瘤 □原动-静脉内瘘血流量过大

□原动-静脉内瘘血管狭窄 □已经成功进行肾移植

□其他原因

3.2 拟实施：

■自体动-静脉内瘘成形术 □动-静脉内瘘血栓再通术

□异体血管移植动-静脉内瘘成形术 □静脉球囊扩张术

□人造血管移植动-静脉内瘘成形术 □动脉球囊扩张术

□动-静脉内瘘结扎术 □内瘘修补术

□内瘘窃血结扎重建术 □其他手术方式：

3.3 拟手术部位：

□左上肢 □左下肢

■右上肢 □右下肢 □其他：

3.4 手术过程中和术后存在下列医疗风险,可能造成严重后果,甚至危及生命：

（1）麻醉意外；

（2）心律失常、心衰、脑梗塞、脑出血等心血脑血管意外，严重时可危及生命；

（3）血管损伤，造成不能控制的大出血，或肢端缺血坏死，需要另行手术，甚至截肢；

（4）神经、肌肉、关节损伤，可能造成不可恢复的感觉、运动障碍；

（5）切口渗血、血肿、感染、愈合困难甚至开裂；

（6）动静脉瘤样扩张，或假性动脉瘤形成，甚至破裂出血；

（7）肢体肿胀，缺血，疼痛，麻木，活动障碍甚至坏死；

（8）术后因回心血量的增加，有可能影响心功能，严重时有心脏扩大，心衰等可能；

（9）术后因血栓形成、血管狭窄、血管条件较差，或静脉动脉化困难，有可能导致内瘘闭塞、血液流量 达不到透析要求或穿刺困难，需要再次手术或改换其它通路；

（10）动-静脉内瘘结扎术后发生血管再通、动脉瘤复发，动-静脉内瘘扩张术后血管再狭窄等；

（11）由于医学的复杂性，可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。

3.5 针对上述情况将采取的防范措施：

（1）术前认真评估病人，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理，并根据基础疾病进行对 症治疗；

（2）术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况；

（3）术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理；

（4）术后出现创口渗血、血肿、疼痛难忍等情况，及时请医护人员查看；

（5）术后应抬高手术侧肢体，勿压迫，勿届曲，衣袖宽松，确保血流畅通；

（6）发现肢端发冷、麻木、水肿、血管扩张等异常情况，及时就诊；

（7）术后两周，根据切口愈合情况，拆线或延迟拆线。

除内瘘已移除的病人外，还应注意：

（1）手术侧肢体应避免提、抬重物，避免内瘘侧肢体静脉注射，测量血压等；

（2）内瘘侧肢体注意防寒保暖，避免血管痉挛；

（3）积极防治低血压，避免内痿闭塞；

（4）经常触摸内瘘处，如震颤消失提示内瘘闭合，即刻就诊；

（5）术后若无特殊禁忌，按医嘱坚持服用血小板抑制剂等药物；

（6）伤口愈合后，新建自体动静脉内瘘应进行握拳锻炼，以促进静脉的动脉化。

**4.特别注意事项：如行移植血管内瘘手术或行内瘘球囊扩张术，材料费超过200元。**

**5.是否有其他可选择的治疗方法**■**有 腹膜透析** □**无**□**不确定**

**6.不采取该手术可能的后果： 无血液透析通路**

**7.其他：内瘘成形术后72小时内部分患者会有急性血栓形成的可能，必要时需行内瘘药物溶栓治疗，如药物治疗无效，需行急诊手术取栓治疗。**

**8.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

医生签名：

签名时间：2025年6月5日15时49分

**9.患方意见：**

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险。我经过慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容（共 3 页），愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择手术治疗。

**情况了解，风险已知，要求手术。**

患者（代理人）:请输入签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字时间： 年 月 日 时 分

患者/法定代理人关系:(法定代理人与患者的关系)

患者授权书

**尊敬的患者及家属：**按照《中华人民共和国民法典》第一千二百一十九条“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意”；《中华人民共和国医师法》第二十五条“医师在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施和其他需要告知的事项。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医师应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意”；《病历书写基本规范》第十条“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签名；患者因病无法签名时，应当由其授权的人员签名；为抢救患者，在法定代理人或授权人无法及时签名的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签名”等相关规定，为切实保障患者的知情同意权和实施手术、特殊检查、特殊治疗的，请根据自身实际情况，慎重考虑，自愿选择作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知人，代表患者本人签署医疗活动中的各项知情同意书等文书。

上述告知内容本人已充分了解，经慎重考虑，本人自愿确定：

□由本人作为住院诊疗期间的所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，并签署各项活动知情同意书

□我选择授权他人作为本人在住院诊疗期间的所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，并签署各项活动知情同意书。

患者签名: 签名时间: 年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

1、被授权人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

2、被授权人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

3、被授权人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

□未成年人、无完全民事行为能力的成年患者，由其法定代理人代为行使上述权利。

法定代理人签名: 签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式 身份证号码：

与患者关系：□配偶 □子女 □父母 □其他近亲属 □其他请输入

□因抢救生命垂危的患者等紧急情况，或者救治公安等送医且不能取得患者或者其近亲属意见的情形，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

负责人/授权的负责人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_签名时间： 年 月 日 时 分

所在部门:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

自费药物/诊疗项目/检查检验使用知情同意书

根据相关规定，自费药物/诊疗项目/检查检验不属于或部分不属于公费医疗、大病统筹和社会基本医疗保险报销范围，相应费用须由患者个人承担，应先告知征得病人或家属同意，并签名(我院规定：单价 200 元以下的在入院时统一告知；单价在 200 元以上的自费项目，或需要连续使用的药物，自费总 200 元以上时需要患者或家属签名)。这份知情同意书目的是告知您自费项目相关事宜，请您仔细阅读。您可以选择是否使用此种自费药物/诊疗项目/检查检验，且使用自费药物/诊疗项目/检查检验，并不意味着保证相应检查/治疗的成功。

患者声明：每一个个体都存在着很大差异，检查治疗过程具体由医生把握。医生已经充分告知且我们已经理解，经过慎重考虑，我们愿意承担相应自费药品/诊疗项目/检查检验费用，并代表患者及家属全权负责签字。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 自费药物/诊疗项目/检查检验名称 | 医生签字及时间 | 患方意见及时间 | |
| 医生签字及时间  时间（精确到分） | 同意/不同意使用 | 患者（代理人）签字  及时间 |
| 1 | 血尿免疫固定电泳 | 2025年6月2日10时36分 |  | 年 月 日 时 分 |
| 2 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 3 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 4 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 5 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 6 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 7 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 8 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |
| 9 |  | 医生签名签名时间 |  | 年 月 日 时 分 |

病危病重知情告知书

这是一份关于病危病重的知情告知书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）：**1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭

**2.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

■ 恶性心律失常 ■ 顽固性休克 ■ 心包填塞 ■ 心功能衰竭

■ 严重的低氧血症 ■ 气胸 ■ 血胸 ■ 肺栓塞 ■气道内出血

■ 肝功能衰竭 ■ 消化道大出血 ■ 脑疝 ■ 心跳呼吸骤停

■ 其他不可预知的意外情况

**3.防范措施(Preventive Measures):**

3.1密切监测患者病情变化，依据病情采取相应处理措施；

3.2上述情况一旦发生会严重威胁患者生命，医护人员将会全力抢救，其中包括建立人工气道（气管插管或气管切开）、机械通气、血液净化治疗、血液动力学监测、电除颤、心脏按压、放置临时起搏器等措施。

3.3根据我国法律规定，为紧急抢救患者，医生可以在不征得您同意的情况下依据救治工作的需要对患者先采取抢救措施，并使用紧急救治所必需的仪器设备和治疗手段，然后履行告知义务，请您予以理解并积极配合医院的抢救治疗。

3.4此外，限于目前医学科学技术条件，尽管我院医护人员已经尽全力救治患者，仍存在因疾病原因患者不幸死亡的可能。请患者家属予以理解。

**4.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医生签名：

签字时间：2025年6月2日10时38分

**5.患方意见：**

医师已经告知我目前病情、风险、预后，我已充分理解。

患者（代理人）签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字时间： 年 月 日 时 分

患者/法定代理人关系:(法定代理人与患者的关系)

输血/血制品知情同意书

这是一份有关 **输血/血制品** 的知情同意书，目的是告诉您有关输血/血制品治疗的相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次操作有关的任何疑问。您有权知道操作性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行操作。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行操作。在操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本操作。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

输血史: □有 ■无

**2.拟输血成分，为以下的一种或几种：**

血细胞成分：■悬浮红细胞 □洗涤红细胞 □机采血小板；

血浆成分： □血浆 □冷沉淀

血制品: □人血白蛋白 □人免疫球蛋白 □人凝血因子vⅢ □Ⅸ因子

□人凝血酶原复合物 □人纤维蛋白原 □其他：简单输入框

**3.输血/血液制品前检查：**

谷丙转氨酶8单位/升；乙肝表面抗原0单位/毫升；乙肝表面抗体0.37毫单位/毫升；

乙肝e抗原0.48；乙肝e抗体1.88；乙肝核心抗体0.25；丙肝抗体阴性 0.2100S/CO；

人免疫缺陷病毒抗体阴性 0.0900S/CO； 梅毒螺旋体抗体阴性 0.1700S/CO。

**备注：急救用血、重症监护室用血前可先办理告知签字手续，同时抽血检测，并及时补填以 上输血成分，检验结果等内容。**

4.医生会给您解释：

4.1输血/血液制品的性质、目的:

输血治疗包括输全血、成分血，是临床治疗的重要措施之一，也是临床抢救急危重患者生命 行之有效的手段。输血可以补充血容量，提升血压；增加血红蛋白，纠正贫血；补充抗体，增加机体抵抗力；增加蛋白质，纠正低蛋白血症；补充各种凝血因子，改善凝血作用；进行血浆置换，清除机体有害物质；促进骨髓系统和网状内皮系统功能。我院使用的血液均来自义乌市中心血站，血液质量由义乌市中心血站保障，虽然义乌市中心血站已按照卫生部有关规定进行了相关检测，并达到相应的质量要求，但由于当前科技水平的限制，输血仍存在一定的风险，可能发生输血不良反应和输血传播疾病。

4.2输血或血制品存在的风险：

1）非溶血性发热反应

2）过敏反应，其中严重的过敏反应如过敏性休克可危及生命

3）溶血性输血反应，可危及生命

4）细菌污染引起的输血反应

5）输血相关性急性肺损伤及肺微血管栓塞等肺部并发症

6）大量输血致循环超负荷及电解质、酸碱平衡失调

7）输血未经辐照的血液，可能致输血后移植物抗宿主病，可危及生命

8）有些病原体(如疟原虫、巨细胞病毒、人类淋巴细胞病毒及EB病毒等）可以通过血液传播，但目前我国并没有将其作为血液的筛查项目，输血有可能传染这些疾病。

9）由于窗口期的问题，输血可能传播乙肝病毒、丙肝病毒、艾滋病毒及梅毒等疾病。

10）输血可引起机体产生同种抗体及其他疾病

4.3针对上述情况的防护措施：

医生在输血/血液制品前会仔细评估患者的健康状况、病情及失血情况，严格掌握输血适应症，遵守无菌操作规程及医疗规范，密切观察病情，及时处理可能发生的不良反应和意外情况。但是，虽然医生尽最大努力，仍无法避免由输血导致的各种感染性疾病。

5.为提高输血的安全性和有效性，输血治疗前必须进行临床用血的相关检测；另外，对于血液品种所需要的特殊处理，如白细胞除滤、血小板过滤、机器洗涤红细胞术目前均为自费项目，临床申请备血或用血时，务必确认。

**6.可替代的方案(Alternatives)：**■无 ?□不确定 ?□有:简单输入框

**7.**本《输血/血制品知情同意书》在患者（受血者）本次住院期间有效，在此期间经治医师可根据病情需要，可能会给予患者多次输血或血制品。

**8.**您所接受输血治疗中的宝贵血液均来源于社会爱心人士无偿捐献，血液本身是免费的，您只交付用于血液采集、储存、分离、检测等环节的费用。我们温馨提醒您，如果您曾经参与过无偿献血，您将享有同等医疗状况下优先用血的权利，并按照相应政策可在出院时直接减免临床用血费用，您的亲属也将因您而受益，享受一定条件的政策关爱。

**9.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医生签名：

签字时间：2025年6月3日08时48分

**10.患方意见：**

**我已经了解输血/血制品的风险性及并发症， （填“同意”或“不同意”）接受输血/血制品治疗**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

拒绝治疗/检查知情同意书

这是一份关于拒绝治疗/检查的知情告知书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。您有权知道治疗性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行治疗。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行治疗。在治疗前的任何时间，您都有权接受或拒绝本治疗。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**2.目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：**

根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗/检查，并建议患者接受适当的医疗措施。但是患者/家属经过充分考虑后现在拒绝我院医护人员建议的以下医疗措施：

□心肺复苏； □气管插管； □血管活性药物使用； □肾脏替代治疗（RRT）; □血液透析； □血浆置换；■其他: 甲状腺穿刺活检

**3.主要意外、风险及并发症(Major Accidents,Risk Factors and Complications)：**

3.1拒绝医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能：

3.1.1导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡；

3.1.2出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果；

3.1.3出现某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚或全部功能的丧失；

3.1.4有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果；

3.1.5导致原有的医疗花费失去应有的作用；有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

3.1.6拒绝并停止生命支持，将直接导致患者死亡。

3.1.7选择拒绝复苏，在患者出现需要复苏时将直接导致患者死亡。

3.2拒绝该检查，可能导致：延误病情；无法明确诊断；失去最佳治疗时机，甚至危及生命。

3.3其他意外情况: 简单输入框

**4.防范措施(Preventive Measures):**

4.1依据病情需要采取相应诊治措施；

4.2其它相关防范措施: 简单输入框

**5.可替代的方案(Alternative Programs)：**

□有简单输入框 □不确定 ■无

**6.拒绝治疗/检查可能产生的结果: 病情反复、加重，甚至直接导致死亡可能。**

**7.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情及拒绝相应治疗措施可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者、家属充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医生签名：

签字时间：2025年6月6日10时17分

**8.患方意见：**

医师已经告知我该诊疗操作的必要性和相关事项，我已充分理解并选择**拒绝以上建议的医疗措施，并愿意承担由此带来的相关风险**。

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

碘对比使用知情同意书

这是一份关于**碘对比剂使用**的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。 请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。您有权知道治疗性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行治疗。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行治疗。在治疗前的任何时间，您都有权接受或拒绝本治疗。

**1.目前诊断（Current Diagnosis）：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**2.目的（Purposes）：**

静脉注入碘对比剂，能提高病变的显示率，但由于疾病的复杂性及影像检查的限度，仍有不能明确诊断的可能性。

**3.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

3.1由于特异体质等原因，少数患者可能会发生不良反应，轻者有咳嗽、喷嚏、头晕、胸闷、气急、恶心、呕吐、腹痛、荨麻疹、皮肤瘙痒等， 重者有喉咙水肿、心动过速、休克、甚至死亡。或者出现其他难以预料的情形。少数患者会出现肝、肾功能损害。

3.2在检查过程中由于使用高压注射器注射碘对比剂，个别患者注射部位可能会出现对比剂外渗，引起局部皮肤胀痛、疼痛、麻木感、皮肤起泡，甚至溃疡、坏死等。

**4.** **防范措施(Preventive Measures):**

4.1 严格把握使用指证，备好急救物品。 检查结束后在放射科观察区等候15-30分钟后离开。有不良反应及时告知医生、护士，医生将积极给予处置，请患者家属应予以理解和配合。无特殊情况，检查结束后请尽量多饮水，加快对比剂排出。

4.2 对比剂外渗时，不必惊慌，我们会及时处理。如出现异常情况（如皮肤起泡、皮肤组织发黑等）请及时就诊。

4.3 请告诉我们您过去是否有肝、肾功能不全、高血压、心脏病、哮喘及其他变态反应性疾病和食物、药物过敏现象。 ■有肾功能不全 □无

4.4 血肌酐值：血透umol/L □正常 ■异常

4.5 血肌酐异常患者存在加重对比剂肾病、肾功能损伤的风险，必须检查时建议充分水化，检查后1周内复查肾功能，到肾内科就诊。

**5. 可替代的方案(Alternative Programs)：**□有简单输入框 □不确定 ■无

**6.医师声明：**

医生已详细告知碘对比剂使用目的、风险和并发症，我充分理解并选择碘对比剂使用治疗。

医生签名：

签字时间：2025年6月8日10时30分

**7.患方意见：**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

拒绝治疗/检查知情同意书

这是一份关于拒绝治疗/检查的知情告知书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。您有权知道治疗性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行治疗。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行治疗。在治疗前的任何时间，您都有权接受或拒绝本治疗。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**2.目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：**

根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗/检查，并建议患者接受适当的医疗措施。但是患者/家属经过充分考虑后现在拒绝我院医护人员建议的以下医疗措施：

□心肺复苏； □气管插管； □血管活性药物使用； □肾脏替代治疗（RRT）; □血液透析； □血浆置换；■其他: 冠脉造影

**3.主要意外、风险及并发症(Major Accidents,Risk Factors and Complications)：**

3.1拒绝医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能：

3.1.1导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡；

3.1.2出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果；

3.1.3出现某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚或全部功能的丧失；

3.1.4有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果；

3.1.5导致原有的医疗花费失去应有的作用；有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

3.1.6拒绝并停止生命支持，将直接导致患者死亡。

3.1.7选择拒绝复苏，在患者出现需要复苏时将直接导致患者死亡。

3.2拒绝该检查，可能导致：延误病情；无法明确诊断；失去最佳治疗时机，甚至危及生命。

3.3其他意外情况: 简单输入框

**4.防范措施(Preventive Measures):**

4.1依据病情需要采取相应诊治措施；

4.2其它相关防范措施: 简单输入框

**5.可替代的方案(Alternative Programs)：**

■有冠脉造影检查 □不确定 □无

**6.拒绝治疗/检查可能产生的结果: 病情反复、加重，甚至直接导致死亡可能。**

**7.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情及拒绝相应治疗措施可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者、家属充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医生签名：

签字时间：2025年6月11日22时03分

**8.患方意见：**

医师已经告知我该诊疗操作的必要性和相关事项，我已充分理解并选择**拒绝以上建议的医疗措施，并愿意承担由此带来的相关风险**。

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

医疗材料收费知情同意书

根据浙江省医疗收费有关规定，医疗机构在使用可吸收缝线、“除外内容”中列明的特殊缝线、植入性材料以及单价在 200 元以上的材料时，应事先征得患者或家属同意，并将所用产品的条码贴在相关诊疗记录单上备查。

患者因**1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**疾病检查/治疗，需要使用到下列材料：（需要使用打“√”）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □可吸收缝线 | □活检针 | □黏膜切开刀 | □射频导管 |
| □特殊缝线 | □活检钳 | ■导管 | □镇痛泵 |
| □吻合器 | □取石蓝(取物器) | □悬吊器(带) | □传感器 |
| □扩张器 | □碎石器(取物器) | □多功能引流管 | □球囊 |
| □可吸收止血材料 | □圈套器 | □深静脉穿刺导管 | □鼻胃管 |
| □医用胶 | □乳头切开刀 | ■鞘 | □止血夹 |
| □医用膜 | □电凝切割器 | □气管切开套管 | □支架 |
| □一次性穿刺针 | □铣刀头 | ■介入导管(丝) | □热活检钳 |

专科使用材料：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 材料名称 | 估计价格 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**上述200元以上材料总价预计2000-5000元。**

说明：1、检查/治疗中使用上述相关材料或器械，并不意味着保证相应检查/治疗的成功。

2、根据《浙江省基本医疗保险医疗服务项目》中医用材料部分规定执行，纳入或者不纳入基本医疗保险支付范围。

3、同一种材料有多种不同的规格或型号，且根据相关规定，单价200元以上的可报销医用材料个人需先行自付比例为：国产产品3%、进口产品15%每一个个体都有很大的差异，操作过程中具体由医生把握。

4、医生已经充分告知且我们已经理解，经过慎重考虑，我们愿意承担相应的材料费用，并代表患者及家属全权负责签字。

医师签名：

签字时间：**2025年6月2日14时09分**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

医疗材料收费知情同意书

根据浙江省医疗收费有关规定，医疗机构在使用可吸收缝线、“除外内容”中列明的特殊缝线、植入性材料以及单价在 200 元以上的材料时，应事先征得患者或家属同意，并将所用产品的条码贴在相关诊疗记录单上备查。

患者因**1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**疾病检查/治疗，需要使用到下列材料：（需要使用打“√”）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □可吸收缝线 | □活检针 | □黏膜切开刀 | □射频导管 |
| □特殊缝线 | □活检钳 | □导管 | □镇痛泵 |
| □吻合器 | □取石蓝(取物器) | □悬吊器(带) | □传感器 |
| □扩张器 | □碎石器(取物器) | □多功能引流管 | □球囊 |
| □可吸收止血材料 | □圈套器 | □深静脉穿刺导管 | □鼻胃管 |
| □医用胶 | □乳头切开刀 | □鞘 | □止血夹 |
| □医用膜 | □电凝切割器 | □气管切开套管 | □支架 |
| □一次性穿刺针 | □铣刀头 | □介入导管(丝) | □热活检钳 |

专科使用材料：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 材料名称 | 估计价格 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**上述200元以上材料总价预计预计金额元。**

说明：1、检查/治疗中使用上述相关材料或器械，并不意味着保证相应检查/治疗的成功。

2、根据《浙江省基本医疗保险医疗服务项目》中医用材料部分规定执行，纳入或者不纳入基本医疗保险支付范围。

3、同一种材料有多种不同的规格或型号，且根据相关规定，单价200元以上的可报销医用材料个人需先行自付比例为：国产产品3%、进口产品15%每一个个体都有很大的差异，操作过程中具体由医生把握。

4、医生已经充分告知且我们已经理解，经过慎重考虑，我们愿意承担相应的材料费用，并代表患者及家属全权负责签字。

医师签名：

签字时间：**2025年6月5日15时44分**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

抗凝溶栓治疗知情同意书

这是一份关于\_\_抗凝溶栓\_\_药物治疗的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该治疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。您有权知道治疗性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行治疗。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行治疗。在治疗前的任何时间，您都有权接受或拒绝本治疗。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）**：**1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭 5.肺栓塞**

**2.目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：** 抗凝

**3.患者目前存在以下情况：** 肺栓塞

拟进行： 抗凝

**4.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

患者如接受抗凝溶栓治疗，可能改善病情；但治疗过程中和治疗间期存在下列医疗风险，可能造成严重后果，甚至危及生命：

4.1 出血风险较大，包括鼻出血，痰中带血，黑便，血便，血尿，呕血，眼底出血，球结膜出血和皮下淤血，颅内出血等。

4.2 栓子脱落引起肺、脑等脏器栓塞。

4.3 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等。

4.4 其他情况

**5.防范措施(Preventive Measures):**

5.1 随时报告您的出血情况，尤其是鼻出血，痰中带血，黑便，血便，血尿，呕血，眼底出血，球结膜出血和皮下淤血；

5.2 配合医生定期监测凝血功能,如：外源性凝血系统功能,凝血全套，激活全血凝固时间等；

5.3 平时勿进食过冷过热过硬的食物，活动时注意避免外伤，尽量避免肌肉注射药物等。

**6.可替代的治疗方法：**

□ 有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 不确定 ■ 无

**7.不采取该药物治疗可能产生的结果：** \_\_\_\_\_危及生命\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医师签名: 签字时间：**2025年6月10日18时07分**

**9.患方意见：**

医师已经告知我该药物治疗的必要性和相关事项，我已充分理解并选择 治疗。

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

静脉血栓栓塞症（VTE）的风险告知书

这是一份关于静脉血栓栓塞症的风险告知书，医生会用通俗易懂的方式告知该疾病的相关事宜。请您仔细阅读，提出与该疾病有关的任何疑问。您有权知道该疾病存在的风险，以及相关的预防措施。

静脉血栓栓塞症（VTE）是包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE）在内的一组血栓栓塞性疾病。是遗传、环境及行为等各种危险因素共同作用的全身性疾病。是导致非预期死亡的重要原因，已经成为全社会关注的严峻问题。住院患者VTE发生的风险远远高于普通人群。早期识别VTE高危患者并及时进行预防，可以显著减少VTE的发生。医生会根据您的病情变化动态进行VTE风险评估，同时会结合VTE风险和获益，以及专科治疗指南综合选择预防措施。

**1.VTE风险等级分为：**低危/中危/高危

**出血风险等级分为：**低危/高危

**2.预防措施的种类、效果及风险：**

存在出血的风险，包括严重大出血可能；同时存在预防效果不佳，依然有血栓形成的风险。医生会认真评估，选择合适的预防措施，并密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理可能出现的各种情况，必要时请相关科室会诊协助治疗。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **预防措施** | **预防效果** | **出血风险** |
| 基本预防 | 一般 | 低 |
| 药物预防 | 优秀 | 高 |
| 机械预防 | 一般 | 低 |

**3.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人关于静脉血栓栓塞症的风险，以及可采取的预防措施及可能发生的风险和并发症，给予了患者充足的时间询问该疾病的相关问题并做出解答。

医师签名：

签字时间：**2025年6月2日10时36分**

**4.患方意见：**

医生已经告知我关于静脉血栓栓塞症的风险，以及可采取的预防措施和相关风险，我已充分理解。

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

针极肌电图检查知情同意书

这是一份关于针极肌电图检查的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次操作有关的任何疑问。您有权知道操作性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行操作。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行操作。在操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本操作。

**1.目前诊断(Current Diagnosis）：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

您本次操作的医师是：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.诊疗操作目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：**

**□** 明确病因，完善诊断； **□** 确定治疗方案，判定预后；

**■** 对症治疗，缓解病情； **□** 其他: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

3.1穿刺部位出血、血肿、感染、疼痛等；

3.2针极电图检查时可直接损伤神经，损伤血管引起出血压迫神经等；

3.3胸背部肌肉肌电图检查可出现气胸、血胸；腹部肌肉肌电图可损伤腹腔内脏器、出现腹膜炎可能；

3.4因疾病本身需要多块肌肉和多个部位进行针极肌电图检查；

3.5因疾病本身及其它未能预见的原因需多次肌电图检查；

3.6假阴性及假阳性可能。

**4.防范措施(Preventive Measures):**

4.1需要充分了解禁忌症：（1）安装心脏起搏器、金属性心导管者。（2）开放性骨折或者创伤伤口未愈合者，外固定支架者。（3）血小板明显减少，出、凝血时间不正常等有出血倾向者。（4）意识不清，无法合作者；

4.2检查前：根据病人情况选择性完善相关检查，如血常规、凝血功能等；

4.3检查时：熟悉解剖、精确定位，尽量避开周边器官、大血管、神经等；仔细操作，动作轻柔、准确；

4.4检查后：观察针极肌电图检查部位有无出血，详细告知患者注意事项，避免揉搓针眼和让针眼接触毛巾等未消毒的物品等；

**5.可替代的方案(Alternative Programs)： 无**

**6.不采取该项操作/治疗可能产生的结果:** 无法明确神经肌肉病变的部位和性质

**7.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医师签名：

签字时间：2025年6月2日11时11分

**8.患方意见：**

医师已经告知我该诊疗操作的必要性和相关事项，我已充分理解并选择肌电图检查。

**情况了解，风险已知，要求操作。**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

|  |  |
| --- | --- |
| **安全核对表（手术室外）** | |
| Time Out | Sign Out |
| □知情同意书填写完整正确 | □手术方式正确 |
| □患者身份正确 | □使用器械已清点正确 |
| □手术方式正确 | 标本送检?□有?□无 |
| □手术部位正确 | □设备仪器正常（如有） |
| □设备仪器正常（如有） |  |
| 手术医师:  □护士/医师□：  麻醉医师（如有）: | 手术医师:  □护士/医师□：  麻醉医师（如有）: |
| 时间： 年 月 日 时\_\_\_\_\_分 | 时间： 年 月 日 时\_\_\_\_\_分 |

入院七十二小时谈话记录

为了患者更好的了解自身疾病情况及入院的治疗计划，特此告知以下情况：

患者姓名：陈某某 性别：女 年龄：68岁 病历号：6442477 入院时间：2025-06-02 09:35

简要病情：

患者9天前于解便用力时出现胸闷气促，伴心悸乏力，伴恶心呕吐，呕吐1次，为胃内容物，伴泡沫尿。患者遂至当地医院住院治疗，2025-05-25 肌酐 526umol/L，eGFR 7ml/min，考虑慢性肾脏病5期，外院予控制血压、利尿等对症支持治疗。患者为求进一步诊治至我院急诊就诊，急诊予扩冠、抗感染、利尿、改善贫血治疗，患者生命体征平稳后拟“慢性肾衰竭”收住我院既往高血压、糖尿病病。

入院后的检查结果：

暂无

综合以上分析，目前考虑疾病诊断为：

1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭

住院期间可能出现的风险和疾病常见并发症如下：

1.肾功能恶化，出现急性肾损伤，严重可出现代谢性酸中毒，高钾血症，少尿，心衰，昏迷等情况，必要时需给予血液透析治疗。

2.大量蛋白尿，低蛋白血症，出现双下肢浮肿，胃肠道水肿，胸水，腹水。易合并血脂，血糖代谢紊乱，高血压，少尿，腹泻，消化不良，肾静脉血栓，肺栓塞，脑梗塞等严重并发症，甚至危及生命。

3.合并严重感染，出现高热，感染性休克，多脏器功能损伤等。

4.根据病情需要，需给予肾穿刺活检术，可能出现肾穿相关并发症，如术后出血，感染等情况。严重可导致失血性休克，必要时需给予外科或介入手术处理。

5.根据病情需要，需给予激素或免疫抑制剂治疗，可能存在药物相关副作用，如消化道溃疡，感染，造血抑制，肿瘤风险加重等情况。

6.血压控制欠佳，出现血压波动，严重导致急性心脑血管事件的发生。

7.血糖控制欠佳，出现高渗性昏迷，糖尿病酮症酸中毒，反复低血糖等情况。

8.其他一切不可预测风险。

治疗方案：

肾病科护理常规，一级护理，VTE低危，予一般预防；低盐低脂糖尿病优质蛋白饮食；暂予控制血压、血透、扩张冠脉等治疗，完善相关检验检查，排除禁忌后行长期管置入，维持性血液透析，根据病情变化调整治疗方案。

医师签名:上级医师签名 签字时间：2025年6月2日14时11分

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

2025-06-11，22:03 谈话记录

患者老年女性，基础疾病多，病情危重，现合并肺栓塞，冠脉CTA考虑左前降支中重度狭窄，远端细小，心内科会诊后建议完善冠脉造影，患者及家属考虑后表示拒绝冠脉造影检查，告知患者本人拒绝冠脉造影极可能导致心功能进一步恶化、出现心跳呼吸骤停、猝死等风险，患者表示知情了解，仍拒绝冠脉造影，自愿承担相关风险，签字如下：

医师签名: 签字时间：2025年6月11日22时03分

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分

血管介入诊治术术前准备核查表

|  |  |
| --- | --- |
| **手术名称：为肾透析半永久静脉插管术** | |
| 核对患者姓名与病历号 □ 有  病史与体格检查(书写者签名) □ 有  术前小结 □ 有  知情同意书，授权书 □ 有  200元以上签字书 □ 有  生命体征是否稳定 □ 是  体温（≤37.5℃） □ 是  血压 / mmHg  特殊病史：  脑梗塞、脑出血 □ 否 □ 有  消化道出血 □ 否 □ 有  肾功能不全 □ 否 □ 有  心功能不全 □ 否 □ 有  术前用药：  波立维 □ 否 □ 有 mg  阿司匹林 □ 否 □ 有 mg  华法令 □ 否 □ 有 mg  二甲双胍 □ 否 □ 有 mg  低分子肝素*（*手术当日）□ 否 □ 有  碘过敏史 □ 否 □ 有 | 辅助检查 有无检查 异常  血常规 □ 有 □ 是  电解质 □ 有 □ 是  术前四项 □ 有 □ 是  凝血功能全套 □ 有 □ 是  肾功能 □ 有 □ 是  心电图 □ 有 □ 是  心脏超声 □ 有 □ 是  心肌酶谱 □ 有 □ 是  肌钙蛋白 □ 有 □ 是  其它：  自带胶片 □ 有  食道超声 □ 有 |
| 医生签名：  时间： 年 月 日 时 分 | |

血管内介入手术安全核查表

科别：肾病科 性别：女 年龄：68岁 手术日期：2025.6.3

主刀医生：杨毅 拟施手术名称：为肾透析半永久静脉插管术

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **入室/麻醉实施前** | **手术开始前** | **患者离开手术室前** |
| 患者姓名、性别、年龄正确：  是□ 否□  手术方式确认： 是□ 否□  手术部位确认： 是□ 否□  手术标记确认：  是□ 否 □ 不适用 □  手术知情同意： 是□ 否□  麻醉方式确认： 局麻 □ 全麻 □  麻醉知情同意：  是□ 否 □ 不适用 □  麻醉设备安全检查完成：  是□ 否 □ 不适用 □  皮肤是否完整： 是 □ 否 □  术野皮肤准备正确：是 □ 否 □  静脉通道建立完成：是 □ 否 □  患者是否有过敏史：是 □ 否 □  抗菌药物皮试结果：  有 □ 无 □  术前备血： 有 □ 无 □  假体或植入物： 有 □ 无 □  带影像学资料： 有 □ 无 □  设备和器械到位：是 □ 否 □  术中所需植入物到位：  是 □ 否 □  医生资质确认： 是 □ 否 □  时间： 时 分  其他： | 患者姓名、性别、年龄正确：  是□ 否□  手术方式确认：是□ 否□  手术部位确认：是□ 否□  手术标记确认：  是□ 否 □ 不适用 □  **手术、麻醉风险预警：**  手术医师陈述：  预计手术时间□  预计失血量□  手术关注点□  其它□  麻醉医师陈述： 不适用□  麻醉关注点□  其它□  手术护士陈述：  物品灭菌合格□  仪器设备□  术前术中特殊用药情况□  其它□  是否需要相关影像资料：  是 □ 否 □  时间： 时 分  其他： | 患者姓名、性别、年龄正确： 是□ 否□  实际手术方式确认：  是□ 否□  手术用药、输血的核查  是□ 否□  手术用物清点正确：是□ 否□  手术标本确认： 是□ 否□  皮肤是否完整：  是□ 否□  **各种管路：** 中心静脉通路□  动脉通路□  气管插管□  伤口引流□  胃管□  尿管□  腰大池引流管□  其他：  **患者去向：**  恢复室□  病房□  ICU病房□  急诊□  离院□  时间： 时 分  其他： |
| 手术医生签名：  麻醉医生/技术员签名：  手术护士签名： | 手术医生签名：  麻醉医生/技术员签名：  手术护士签名： | 手术医生签名：  麻醉医生/技术员签名：  手术护士签名： |

手 术 记 录 单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手术开始时间：** | 2025-06-03，13:12 | **手术结束时间：** | 2025-06-03，13:20 |
| **术前诊断：** | 1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 | **术后诊断：** | 1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 |
| **手术名称：** | 为肾透析半永久静脉插管术(右), | **手术人员：** | 吴龙龙 |
| **麻醉方式：** | 局部浸润麻醉 | **麻醉医生：** | 手术记录-麻醉人员 |

**手术风险评估：**

**手术切口清洁程度（ 0 分） + 麻醉ASA分级（ 1 分）+ 手术持续时间（ 0 分）=NNIS分级 1 分**

**手术类别：1.浅层组织手术 浅层组织手术 2.深层组织手术 √ 3.器官手术 器官手术 4.空隙手术 空隙**

**手术标本：**术中送检■ 无 □ 有 冰冻切片结果：基本输入框 术后病理■ 无 □ 有

**术中并发症：**■ 无 □ **术中失血量**：约2 ml

**手术经过:**患者取平卧位，头左偏，右颈部常规消毒铺巾，超声引导定位后2%利多卡因局麻，以7号针超声引导下穿刺颈内静脉成功后，置入导引钢丝。在距离穿刺点外侧约6cm锁骨下方1cm处予2％利多卡因局麻，切开约1.5cm切口，逐层切开皮肤和皮下组织，予血管钳钝性分离，在局麻下行皮肤和皮下组织探查，未见明显出血，避开皮下动脉及颈外静脉稍向上向穿刺点方向做一圆弧形皮下隧道，将带袖套双腔导管从隧道引出，沿导引钢丝依次进细、粗扩张管扩张皮下，将带袖套双腔导管经导丝置入颈内静脉，调整长期导管位置，使导管动、静脉端血流通畅，术中摄片提示导管尖端位于上腔静脉与右心房交界体表投影处，肝素封导管双腔，缝合切口，固定带袖套导管隧道口，局部加压包扎。置管过程顺利，病人无不良反应。

**主刀医师签名：**医生签名

**记录时间：2025年6月3日13时23分**

手术风险评估表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.手术切口清洁程度 | | 2.麻醉分级（ASA分级） | | 3.手术持续时间 | |
| Ⅰ类手术切口  （清洁手术） | 0 | P1：正常的患者；除局部病变外，无系统性疾病 | 0 | T1：手术在3小时内完成 | 0 |
| 手术野无感染；手术切口周边无炎症；患者没有进行气道、食道和/或尿道插管；患者没有意识障碍。 | | P2：患者有轻微的临床症状；有轻度中度系统性疾病 | 0 | T2：完成手术，超过3小时 | 1 |
| Ⅱ类手术切口  （相对清洁手术） | 0 | P3：有严重系统性疾病，日常活动受限，但未丧失工作能力 | 1 | 在与评价项目相对应的框内“□”打“√”后，分值相加即可完成！ | |
| 上、下呼吸道，上、下消化道，泌尿生殖道或经以上器官的手术；  患者经行气道、食道和/或尿道插管；患者病情稳定；  行胆囊、阴道、阑尾、耳鼻手术的患者 | | P4：有严重系统性疾病，已丧失工作能力，威胁生命安全。 | 1 |
| P5：病情危重，生命难以维持的濒死病人。 | 1 |
| Ⅲ类手术切口  （清洁-污染手术） | 1 | P6：脑死亡的患者 | 1 |
| 开放、新鲜且不干净的伤口；  前次手术后感染的切口；  手术中需采取消毒措施的切口 | | 4．手术类别 |  |
| 1.浅层组织手术 | □ |
| Ⅳ类手术切口  （污染手术） | 1 | 2.深部组织手术 | □ |
| 严重的外伤，手术切口有炎症、组织坏死，或有内脏引流管。 | | 3.器官手术 | □ |
| 4.腔隙手术 | □ | 急诊手术 | □ |
| 手术医生签名：  时间：签名时间 | | 麻醉医生签名：  时间：签名时间 | | 巡回护士签名：  时间：签名时间 | |
| 手术风险评估：手术切口清洁程度（分）+麻醉ASA分级（分）+手术持续时间（分）= 分  NNIS分级：0—□1—□2—□3—□ | | | | | |

手术安全核查表

科别：肾病科 性别：女 年龄：68岁 手术日期：2025.6.6

主刀医生：吴龙龙 拟施手术名称：为肾透析的动静脉造瘘术+上肢静脉切开取栓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **麻醉实施前** | | **手术开始前** | **患者离开手术室前** |
| 患者姓名、性别、年龄正确：  是 □ 否 □  手术方式确认： 是 □ 否 □  手术部位与标识正确：  是 **□** 否 □  手术知情同意： 是 □ 否 □  麻醉知情同意： 是 □ 否 □  麻醉方式确认： 是 □ 否 □  麻醉设备安全检查完成：  是 □ 否 □  皮肤是否完整： 是 □ 否 □  术野皮肤准备正确：  是 □ 否 □  静脉通道建立完成：  是 □ 否 □  患者是否有过敏史：  是 □ 否 □  抗菌药物皮试结果：  有 □ 无 □  术前备血： 有 □ 无 □  假体或植入物： 有 □ 无 □  带影像学资料： 有 □ 无 □  设备和器械到位：  是 □ 否 □  术中所需植入物到位：  是 □ 否 □  医生资质确认： 是 □ 否 □  时间：麻醉时间  其他：麻醉相关备注 | | 患者姓名、性别、年龄正确：  是 □ 否 □  手术方式确认：是 □ 否 □  手术部位与标识确认：  是 □ 否 □  **手术、麻醉风险预警：**  手术医师陈述：  预计手术时间 □  预计失血量 □  手术关注点 □  其它 □  麻醉医师陈述：  麻醉关注点 □  其他 □  手术护士陈述：  物品灭菌合格 □  仪器设备 □  术前术中特殊用药情况 □  其他 □  是否需要相关影像资料：  是 □ 否 □  时间：手术时间  其他：术中操作备注 | 患者姓名、性别、年龄正确： 是 □ 否 □  实际手术方式确认：  是 □ 否 □  手术用药、输血的核查  是 □ 否 □  手术用物清点正确：是 □ 否 □  手术标本确认： 是 □ 否 □  皮肤是否完整：  是 □ 否 □  **各种管路：** 中心静脉通路□  动脉通路□  气管插管□  伤口引流□  胃管□  尿管 □  腰大池引流管□  其他：其他特殊管路  **患者去向：**  恢复室□  病房□  ICU病房□  急诊□  离院□  时间：离开时间  其他：离室特殊说明 |
| 手术医生签名：手术医生  麻醉医生签名：麻醉医生  手术护士签名：手术护士 | | 手术医生签名：手术医生  麻醉医生签名：麻醉医生  手术护士签名：手术护士 | 手术医生签名：手术医生  麻醉医生签名：麻醉医生  手术护士签名：手术护士 |
| **手术开始时间：** | 手 术 记 录 单  2025-06-06，08:45 | | | |
| **手术结束时间：** | 2025-06-06，09:55 | | | |
| **术前诊断：**  **手术名称：** | 1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后  上肢静脉取栓术(右),为肾透析的动静脉造瘘术(右), | | | |
| **术后诊断：** | 1.慢性肾脏病5期 心力衰竭 2.2型糖尿病 3.高血压3级，很高危 4.肺部感染 5.子宫肌瘤术后 | | | |
| **手术人员：** | 吴龙龙,程相洋 | | | |
| **麻醉方式：** | 局部浸润麻醉 | | | |
| **麻醉医生：** | 柯晓伟 | | | |

**手术风险评估：**手术风险评估

**手术切口清洁程度（0 分） 加 麻醉ASA分级（1 分）加 手术持续时间（0分）=1 分**

**NNIS分级：0 -** NNIS0分 **1**-√ **2**-NNIS2分  **3**-NNIS3分

**手术类别：1.浅层组织手术 浅层组织手术 2.深层组织手术 深层组织手术 3.器官手术 器官手术 4.空隙手术 √**

**手术标本：**术中送检■ 无 □ 有 冰冻切片结果：基本输入框

术后病理■ 无 □ 有

**术中并发症：**■ 无 □ 有

**术中失血量**：约5ml

**术中输血**：■无 □有

**手术经过:**

患者取平卧位，常规消毒铺巾，于**右**腕部近心端2cm桡侧行3.0cm纵形切口，逐层切开，No-TOUCH法游离外侧头静脉静脉长3cm，内径约2mm，继续向内侧分离，游离桡动脉长2.0cm，直径约2mm。血管夹阻断头静脉及桡动脉，在两血管夹之间分别切开动脉及静脉侧壁1cm，前臂头静脉全程血栓，手法挤栓效果欠佳，超声引导下引入4F Forgarty球囊拖拽头静脉血栓，稀释肝素生理盐水液封头静脉并冲洗动脉壁后，以7-0Prolene行头静脉与桡动脉吻合（改良侧侧吻合），开放血流后，内瘘口搏动可，杂音响亮，彻底止血，清点器械纱布无误，各指关节活动存在，逐层关闭切口。 术程顺利，清点纱布，器械无误。

**主刀医师签名**:

**记录时间：2025年6月6日10时04分**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 微信扫一扫  预约和挂号 | 出 院 记 录 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名：陈某某** | **性别：女** | **年龄：68岁** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **入院日期:** | 2025-06-02，09:35 | **出院日期:** | 2025-06-21 10:17 |
| **入院诊断:** | 1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭 | **出院诊断:** | 1.糖尿病性肾病 血液透析 慢性肾脏病5期 肾性贫血 心力衰竭 高磷血症 2.高血压3级，高危 3.肺部感染 胸腔积液 右上肺栓塞 肺结节 4.低蛋白血症 5.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 糖尿病性视网膜病变 6.肿瘤标记物升高7.子宫肌瘤术后 8.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成 双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 9.甲状腺结节（腹侧面结节 TI-RADS 4a类，余结节 TI-RADS 3类）10.冠状动脉粥样硬化性心脏病 心包积液 肺动脉高压 房间隔膨出瘤 11.左下肢肌间静脉血栓形成 |
| **住院天数:** | 19天 | | |

**入院情况**：患者因胸闷9天入院，

**住院经过:**住院后完善相关检查：

【尿检】:**(2025-06-03)随机尿肾功能:**尿微量白蛋白/肌酐 2774.76mg/g.Cr↑**尿液分析:**尿潜血 ±尿蛋白质 3+↑**(2025-06-05)24小时尿蛋白定量:**24小时尿蛋白 1292.5mg/24h↑

【生化】:**(2025-06-03)生化全套:**白蛋白 30.8g/L↓肌酐 675μ↑尿酸 562.1μ↑镁 1.04mmol/L↑磷 2.25mmol/L↑估计肾小球滤过率 6ml/min·↓

【血气分析】:**血气分析+乳酸+血糖(静脉血):**血液酸碱度 7.305↓二氧化碳分压 48.4mmHg,全血乳酸 1.2mmol/L,离子钙 1.12mmol/L↓葡萄糖 8.5mmol/L↑

【慢性肾脏病骨矿脂代谢】:**甲状旁腺素(PTH):**甲状旁腺素 330pg/ml↑

【贫血及血液系统】:**TBNK淋巴细胞亚群:**总T淋巴细胞CD3+ 1032M/L,总B淋巴细胞CD19+ 162M/L;**抗核抗体常规:**抗核抗体 阴性;**贫血三项:**叶酸 > 90.6nmol/L↑维生素B12 869pmol/L↑铁蛋白 374.58ng/ml↑**总IgE:**免疫球蛋白E 1383IU/ml↑**血沉:**红细胞沉降率 34mm/h↑**血常规:**血红蛋白测定 55g/L↓↓血小板计数 252×磷脂综合征筛查、类风湿因子(RF)、免疫球蛋白+补体、抗链球菌溶血素O(ASO)无殊。**(2025-06-04)血清IgG4测定:**免疫球蛋白G4 1.24g/L;**血轻链:**血λ轻链 2.19g/L↑**总铁结合力:**总铁结合力 38.1μ↓**血常规:**红细胞计数 2.99×↓血红蛋白测定 87g/L↓系统性血管炎(ANCA+抗肾小球基底膜抗体+AECA)、随机尿轻链无殊。**(2025-06-05)血免疫固定电泳:无殊**;**尿液免疫固定电泳:无殊**;**(2025-06-20)血常规+CRP(全血):**血红蛋白测定 92g/L↓超敏C反应蛋白 20.4mg/L↑

【常见部位肿瘤筛】:**(2025-06-18)行胸部CT平扫检查提示:**两肺胸膜下渗出性改变,较前2025-06-01明显吸收。两肺通气-血流灌注不均改变。两肺上叶小结节,增殖灶考虑。两侧胸腔积液,较前稍减少。心脏稍增大,心包少量积液。主动脉及冠状动脉硬化。附见：两侧部分肋骨骨皮质欠规整;**(2025-06-03)肿瘤标志物（女）:**细胞角蛋白21-1 4.24ng/mL↑糖链抗原125 155.5U/mL↑

【感染】:**乙肝病毒DNA检测:**乙型肝炎病毒DNA <2.00×**降钙素原定量检测:**降钙素原定量检测 1.096ng/ml↑**(2025-06-05)丙肝RNA定量:**丙肝RNA 定量 未检出IU/ml;**(2025-06-17)细胞因子检测:**IL-6 28.76pg/ml↑**(2025-06-18)呼吸道病原体核酸检测(八项，含甲乙流):**副流感病毒I型RNA 阴性;**新型冠状病毒核酸检测(痰:**新型冠状病毒ORF1ab基因CT值 阴性;**肺炎支原体RNA检测(咽拭子):**肺炎支原体RNA 阴性;

【内分泌系统】:**(2025-06-03)甲状腺功能全套(含TPOAb TGAb TG):**三碘甲状腺原氨酸 0.44nmol/L↓游离三碘甲状腺原氨酸 1.86pmol/L↓促甲状腺素 0.21mIU/L↓甲状腺球蛋白抗体 5.22IU/ml↑甲状腺过氧化物酶抗体 15.84IU/ml↑余正常范围。磷脂综合征筛查、类风湿因子(RF)、免疫球蛋白+补体、抗链球菌溶血素O(ASO)、糖化血红蛋白无殊。

【心脑血管情况】:**(2025-06-02)行(心内科)心脏彩色多普勒超声、左心功能测定、室壁运动分析、组织多普勒显像(七东)检查提示:**1. 左室壁弥漫性稍减弱,左室收缩功能正常低值（EF:51.7%）；2. 左室舒张功能不全II级；3. 左房增大,左室略大,左室壁稍增厚；4. 二尖瓣、三尖瓣少-中等量反流,肺动脉压升高（估测肺动脉收缩压:49mmHg）；5. 房间隔膨出瘤；6. 微量心包积液;**(2025-06-03)行24小时动态血压检查提示:**动态血压监测期间,显示：；1. 夜间收缩压增高。 ；2. 晨峰血压：21 mmHg (参考值：<35 mmHg)。 ；3. 昼夜节律减弱2.4%（正常值：10%-20%）。 ；4. 动脉硬化指数（0.39,参考值：<0.55）。 ；5. 清晨血压（6~10点）：137/66 mmHg (参考值：<135/85 mmHg);**(2025-06-06)行常规十二导心电图检测检查提示:**1.窦性心律；2.左心室高电压（RV5+SV1=4.682mV）；3.侧壁ST段压低；4.下壁、前壁、侧壁T波改变;**(2025-06-03)B型纳尿肽定量测定(BNP):**B型尿钠肽 1447.5pg/ml↑**肌钙蛋白:**高敏肌钙蛋白T 0.192ng/ml↑**(2025-06-20)B型纳尿肽定量测定(BNP):**B型尿钠肽 2222.9pg/ml↑

【消化系统】:**(2025-06-04)粪便隐血试验:**粪便隐血试验 阴性;**粪便常规:**粪便红细胞 未见/HP,粪便白细胞 未见/HP;

【透析相关】:**(2025-06-03)凝血功能全套:**凝血酶原时间 14.5s↑国际标准化比值 1.15↑纤维蛋白原 5.34g/L↑二聚体 1.9mg/L FEU↑**(2025-06-20)凝血功能全套:**凝血酶原时间 19.8s↑国际标准化比值 1.72↑活化部分凝血活酶时间 48.4s↑纤维蛋白原 4.5g/L↑二聚体 1.74mg/L FEU↑

【其他】:**(2025-06-03)行(两肢)神经传导速度测定+肌电图+F波检查提示:**MNCV: 右正中、右胫、左右腓总神经CMAP波幅下降。 ；SNCV: 左右腓浅、腓肠神经SNAP波幅下降。 ；F波：未见明显异常。 ；EMG:检肌未见明显异常。 ； ；提示：上下肢周围神经损害（以下肢感觉纤维轴索损害为主）;**行肝,胆,胰,脾彩超检查提示:**1. 甲状腺右叶多发结节（其中中极腹侧面结节 TI-RADS 4a类,余结节 TI-RADS 3类）；2. 双颈部、双侧锁骨上未见明显肿大淋巴结；3. 双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成；4. 肝胆脾胰超声未见明显异常；5. 双肾实质回声增强；6. 双下肢动脉硬化伴多发斑块形成； 双下肢深静脉血流通畅；附见：双侧胸腔积液;**(2025-06-09)行冠脉CT平扫+增强检查提示:**1.左主干(LM)管壁局限性少许钙化斑块形成,相应管腔轻度狭窄。2.左前降支(LAD)中远段管腔细小,近中段多发非钙化斑块及混合斑块形成,相应管腔中、重度狭窄,建议DSA检查。3.第二对角支(D2)管腔少许混合斑块,管腔中度狭窄。3.右冠状动脉(RCA)管及后降支管腔散在多发非钙化斑块、混合斑块形成,后降支估测为中度狭窄,余为轻度狭窄。4.前降支起始部管腔位于左冠状窦稍上方,请结合临床。5、右上肺动脉栓塞考虑,请结合临床及相关检查。肺动脉干稍增宽。附见：双侧胸腔积液。心包少量积液;**(2025-06-12)行下腔静脉彩超检查提示:**1. 下腔静脉超声未见明显异常；2. 双下肢动脉硬化伴多发斑块形成；3. 左下肢肌间静脉血栓形成;**(2025-06-03)外周血细胞计数及形态学分析:**异常细胞 0%;**抗人球蛋白试验:**直接抗人球蛋白试验 阴性;**网织红细胞计数:**网织红细胞百分比 4.3%↑**(2025-06-04)促红细胞生成素(EPO):**促红细胞生成素 31.4mIU/ml↑

【会诊】：

患者B超提示 甲状腺右叶多发结节（其中中极腹侧面结节 TI-RADS 4a类），大小约0.62\*0.69cm，界清，形态规则，呈直立状，特请普外科会诊示：**建议B超引导下甲状腺结节穿刺活检明确病理**。

患者维持性血透，胸闷入院，完善心超： 1. 左室壁弥漫性稍减弱，左室收缩功能正常低值（EF:51.7%）2. 左室舒张功能不全II级3. 左房增大，左室略大，左室壁稍增厚4. 二尖瓣、三尖瓣少-中等量反流，肺动脉压升高（估测肺动脉收缩压:49mmHg）5. 房间隔膨出瘤，特请心内科会诊示：患者心脏偏大、心功能低下、BNP升高，**建议停厄贝沙坦、氨氯地平 口服，予沙库巴曲缬沙坦 100mg 一日二次 口服 呋塞米 20mg一日一次 口服，24小时出入量维持在负平衡300-500ml，观察血压、心率、电解质、肾功能。**

患者终末期肾病现已开始血透，现无胸闷气急，监测肌钙蛋白升高趋势，特请心内科会诊示：冠心病可疑，建议冠脉CT检查。完善CTA提示冠心病，特请心内科会诊示：患者胸闷气促入院，考虑慢性肾病V期已血透，既往高血压、糖尿病。**冠脉CTA考虑左前降支中重度狭窄，远端细小，建议完善冠脉造影。如患者有手术意愿可联系我科住院总安排手术谈话和计划**。

患者2025.6.9冠脉CTA提示右肺动脉栓塞，目前患者生命体征平稳，无明显胸闷胸痛，咯血等不适，特请呼吸内科科会诊示：患者自述无胸闷气急，自觉血透后状态好转，结合辅助检查，考虑肺栓塞高危，建议完善双下肢动静脉彩超、下腔静脉彩超进一步评估病情严重程度。**监测粪便OB、尿潜血、皮肤黏膜瘀斑、颅内出血相关症状等；酌情查抗核抗体、ANCA血管炎抗体、磷脂综合征、狼疮抗凝物、肿瘤标记物等查找其他病因**；**排除禁忌建议加用抗凝药物（利伐沙班片15mg bid2周后减量为20mg qd）**，**1个月复查肺CTA评估药物剂量调整。**

患者餐后血糖危急值，特请内分泌科会诊示：患者血糖波动大，首先考虑受激素用药干扰，**建议近期监测血糖升高显著时临时小剂量追加普通胰岛素降糖，警惕长效胰岛素加量后激素撤退后低血糖**。 患者维持性血透，肺栓塞，现哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，炎症指标下降，但仍有反复低热，曾请感染科会诊，昨日升级为美罗培南抗感染治疗，特感染科会诊示：患者维持性血透，肺栓塞，哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗，炎症指标下降，但仍有反复低热，6.16升级为美罗培南抗感染治疗，目前体温好转，患者仍有咳嗽，少许咳痰，胸部CT初步阅片提示两下肺病灶较前吸收，其余渗出似较前增多，**继续美罗培南抗感染治疗，建议完善呼吸道病毒核酸、痰涂片、痰培养等检查**。

患者糖尿病病史，合并肾损，特请眼科会诊示：视力：0.3,0.15..双眼结膜无充血，睑结膜未见滤泡、乳头。角膜透明，前房清亮，瞳孔等大等圆，对光反应灵敏，人工晶状体透明，眼底视盘色稍淡，部分血管白线状，散在全视网膜激光，视网膜平伏。眼压：11,14. **诊断：糖尿病性视网膜病变**。眼压：11,14.矫正视力：0.7,0.16. **建议：玻璃酸钠滴眼液 双眼 4次/日；控制原发病；定期查眼底。**

【治疗】：患者老年女性，此次因“胸闷9天”入院，既往高血压、糖尿病病史。入院后完善相关检查，考虑糖尿病肾病，慢性肾脏病5期伴心衰，排除禁忌后于2025-06-03行右颈部长期管置入、2025-06-06行右上肢自体动静脉内瘘成形术，手术过程顺利，术后开始规律血透治疗。患者入院后低热，炎症指标高，肺部CT提示肺部感染，哌拉西林舒巴坦2.25g q12h 静脉滴注抗感染（2025.6.2-2025.6.16），期间因患者体温控制不佳，综合感染科会诊意见2025.6.16予升级美罗培南0.5g qn抗感染治疗。住院期间监测肌钙蛋白升高趋势，综合心内科会诊意见予完善冠脉CTA提示左前降支重度狭窄，肺栓塞，遂进一步复查下肢动静脉B超提示下肢静脉血栓形成，综合呼吸内科、心内科会诊意见排除禁忌后于**2025-06-11予利伐沙班15mg bid抗凝（2025-06-25应减量至20mg qd）**，建议患者完善冠脉造影必要时支架置入，患者家属表示暂缓，有意愿回当地医院进一步治疗。另患者甲状腺B超提示4a类结节，建议完善甲状腺结节穿刺活检，患者家属表示暂缓，意愿回当地医院进一步检查。药物治疗上先后予利尿改善心衰、改善贫血、控制血压、控制血糖、护胃、营养神经、止咳化痰等对症支持治疗。现患者一般情况可，无明显胸闷气促、下肢水肿、咳嗽咳痰等不适，今予以办理出院。**嘱患者出院后每周复查内瘘B超，规律血透，尽快至当地医院完善冠脉造影、甲状腺结节穿刺，1月后复查肺动脉CTA调整利伐沙班剂量。若服用利伐沙班期间出现皮肤瘀斑瘀点、呕血黑便、牙龈出血等不适，及时至门诊就诊，必要时停用利伐沙班。**

**出院情况**:现患者无发热，无胸闷不适。

**出院医嘱**:★玻璃酸钠滴眼液(原万汉润明) 1滴 点双眼 每日三次 1盒；

(50mg)(紫)罗沙司他胶囊 100毫克 口服 每周三次 8盒；

★盐酸氨溴索口服溶液(无糖型) 10毫升 口服 每日二次 2瓶；

★(危)(15mg)利伐沙班片 15毫克 口服 每日二次 1盒；（**2025-06-25应减量至20mg 每日一次**）

★复方a-酮酸片（雪特） 4片 口服 每日三次 4盒；

★甲钴胺片 0.5毫克 口服 每日三次 1盒；

复合维生素B片 1片 口服 每日三次 1瓶；

★(5mg)叶酸片 5毫克 口服 每日三次 1盒；

★多糖铁复合物胶囊 300毫克 口服 每日一次 6盒；

沙库巴曲缬沙坦钠片 100毫克 口服 每日二次 4盒；

★头孢克肟颗粒 50毫克 口服 每日二次 1盒；

复方甲氧那明胶囊 1粒 口服 每日三次 1瓶；

★※(危)(来优时)甘精胰岛素注射液 7国际单位 皮下注射 每晚一次 1支；

★复方消化酶胶囊 1粒 口服 每日三次 4盒；

奥美拉唑肠溶胶囊 20毫克 口服 每日一次 1盒

自备药：阿托伐他汀片 20毫克 口服 每日一次

**健康教育:**

1.低盐低脂优质蛋白糖尿病低钾低磷饮食，避免高糖食物摄入，避免服用辛辣刺激食物，避免应用肾毒性药物。监测血压、体重。

2.保持居所环境清洁，饮食清洁，不要去人多的地方，防治感冒，避免接触发热及感冒病人，积极防治感染，出门建议戴口罩，多洗手。

3.内瘘护理：衣袖宽松，睡觉不要压迫内瘘侧肢体，不佩戴饰物，不负重，避免碰撞、受伤，保持内瘘侧肢体清洁，预防感染，每日监测血压，避免低血压或高血压，每日触诊内瘘吻合口及血管走形处有无震颤及听诊吹风样血管杂音。避免内瘘侧肢体测血压、输液、输血、抽血化验，如内瘘杂音减弱或消失，及时就诊。

4.控制水分摄入，透析间期患者体重增长不超过自身干体重的5%。

**随访计划:**1.出院后三天，医院有短信随访，请您协助配合完成，并定期门诊随访、不适随诊。

2.糖尿病性肾病 血液透析 慢性肾脏病5期 肾性贫血 心力衰竭 高磷血症：**嘱患者出院后每周复查内瘘B超，规律血透，定期肾病科门诊随诊。**

3.高血压3级，高危 ：出院后监测血压，及时调整降压方案—心内科

4.甲状腺结节（腹侧面结节 TI-RADS 4a类，余结节 TI-RADS 3类）：**出院后尽快至当地医院完善甲状腺结节穿刺活检**—甲乳外科

5.冠状动脉粥样硬化性心脏病 心包积液 心力衰竭：**出院后尽快至当地医院完善冠脉造影**，必要时支架置入—心内科

6.肿瘤标记物升高：出院后2-3月复查，若持续异常升高建议进一步检查—肿瘤内科

7.2型糖尿病 糖尿病伴周围神经病变 糖尿病性视网膜病变：出院后监测血糖，及时调整降糖方案—内分泌科

8.肺部感染 肺栓塞 左下肢肌间静脉血栓形成：出院后2-3周复查肺部CT；**2025-06-25利伐沙班减量至20mg qd，1月后复查肺动脉CTA调整利伐沙班剂量。若服用利伐沙班期间出现皮肤瘀斑瘀点、呕血黑便、牙龈出血等不适，及时至门诊就诊，必要时停用利伐沙班—呼吸内科**

9.双侧颈动脉硬化伴多发斑块形成：出院后定期复查颈动脉B超，必要时完善颈动脉CTA—神经内科

10.贫血：出院后监测血常规，必要完善骨穿—血液内科

出院后若有不适，肾病科门诊随诊：

杨毅主任医师专家门诊：周二下午名医门诊，周三下午专家门诊；

方靖副主任医师专家门诊：周一下午、周三上午、周五上午

潘虹副主任医师专家门诊：周二上午 周三、周四下午；

代谢性疾病肾损害门诊（张莉）：每周一上午

风湿免疫肾病门诊（栗丽）：每周二上午

血透内瘘门诊（吴龙龙）： 每周一下午

浙一专家：田炯主任医师。请关注“浙江大学医学院附属第四医院”公众号，留意门诊预约时间，一般每月1次。

肾病科普通门诊：周一到周日全天。科室电话：0579-89921142

肾病科普通门诊地点：门诊三楼四诊区

您可通过以下方式挂号：

一.电话：1.浙大四院预约电话：0579-89935566；2.义乌健康服务一号通：96150；3.电话预约可拨打：12580；114；116114等均可进行预约；

二.微信预约：关注“浙江大学医学院附属第四医院”微信公众号，点击预约挂号-肾病科-即可（支持新用户建档，支持绑定多人）；

三.其他预约方式：您还可下载“健康义乌”进行预约挂号，或在医院内通过自助机预约、挂号；

预约须知：所有号源提前7天的下午3点放号，取消预约按原途径提前1天取消)。

房颤随访

**出院去向：**回家

2025年6月21日10时44分

2025年6月21日10时45分