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

**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**

**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