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