

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 36

病案号： 647837

2022-08-23 12:33 首次病程记录

(一)病例特点： 1、演示一,男,60岁,因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。

2、患者2月前因“乏力2月,发现肝占位半月余”在我院介入科住院治疗,住院行电子胃肠镜检查提示：乙状结肠TM（电子染色+活检）,病理活检：（乙状结肠）管状绒毛状腺瘤,低级别上皮内瘤变,局灶高级别上皮内瘤变。住院期间予行经导管肝动脉栓塞术,术后恢复良好后出院。建议出院后我科门诊随诊,患者为求进一步处理乙状结肠占位,至我科门诊就诊,门诊拟“乙状结肠占位”收入我科,患者近来精神、睡眠可,胃纳一般,大便变细成形,偶有血便,体重无明显减轻。

3、查体：T：36.2℃,P：73次/分,R：20次/分,BP：118/64mmHg。腹平坦,未见胃肠蠕动波,腹部无包块,腹肌软,无压痛,无反跳痛,肝、脾肋下未及,墨菲征（-）,双肾区无叩痛,腹部移动性浊音（-）,肠鸣音存在、正常,血管无杂音。

4、辅助检查：2022-07-01介入医学科（住院用）电子肠镜检查检查意见：乙状结肠TM（电子染色+活检）。手术标本检查与诊断+制图摄影术(组合)：（乙状结肠）管状绒毛状腺瘤,低级别上皮内瘤变,局灶高级别上皮内瘤变。

(二)初步诊断：

1、乙状结肠占位；2、肝细胞癌(CNLCIIb期)；3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压；2)门脉高压性胃病；3)脾功能亢进。

(三)诊断依据：

演示一,男,60岁,因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。查体：T：36.2℃,P：73次/分,R：20次/分,BP：118/64mmHg,体重：65kg。腹平坦,未见胃肠蠕动波,腹部无包块,腹肌软,无压痛,无反跳痛,肝、脾肋下未及,墨菲征（-）,双肾区无叩痛,腹部移动性浊音（-）,肠鸣音存在、正常,血管无杂音。辅助检查：2022-07-01介入医学科（住院用）电子肠镜检查检查意见：乙状结肠TM（电子染色+活检）。手术标本检查与诊断+制图摄影术(组合)：（乙状结肠）管状绒毛状腺瘤,低级别上皮内瘤变,局灶高级别上皮内瘤变。

(四)鉴别诊断：

诊断明确,无需鉴别。

(五)诊疗计划：

1、完善血常规、生化八项、肝功、肠镜、全腹CT等相关检查；  
2、暂予对症支持治疗,根据检查结果调整治疗方案。

2022-08-23 12:34 VTE评估处置记录

患者采用Caprini评分,进行VTE风险评估,评分为1分,风险等级为低危。出血危险因素总评分：0分,出血风险为低危,无机械预防禁忌症。We11s评分风险因素总分：0分,根据医院内肺栓塞和深静脉血栓形成防治要求,已做好患者及家属的知情告知,在充分评估VTE风险和出血风险基础上,根据目前病情,选择予基本、机械,预防静脉血栓形成,并根据动态评估结果调整预防策略。评估人：。

2022-08-23 12:34 新冠肺炎风险评估处置记录

该患者没有明确流行病学史,没有发热和/或呼吸道症状,胸部SCT没有典型新型冠状病毒肺炎影像改变,血常规白细胞总数正常,淋巴细胞计数正常,依据国家及省的相关诊疗方案及专家共识,符合0（流行病

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 36

病案号： 647837

学史) +0 (临床表现) 考虑无新型冠状病毒感染证据。根据目前病情,专科处置如下: 可行专科治疗。

## 2022-08-24 09:57 危急值分析记录

2022-08-24 09:53接检验科危急值回报:血常规(五分类)-静脉血 白细胞计数 WBC $1.75 \times 10^9/L$  中性粒细胞绝对数 NE# $0.68 \times 10^9/L$  淋巴细胞绝对数 LY# $0.66 \times 10^9/L$  中性粒细胞百分比 NE%38.8% 嗜酸性粒细胞百分比 E0%14.9% H红细胞计数 RBC $3.68 \times 10^{12}/L$  血红蛋白量 Hgb115g/L 红细胞比积 Hct33.9% 红细胞体积分布宽度 RDW18.1% H血小板计数 PLT $47 \times 10^9/L$  血小板比容 PCT0.038%L。考虑患者既往肝硬化,待生化检验结果回报后请相关科室会诊,协助诊治。

## 2022-08-24 10:19 主任医师查房记录

今日查房,汇报病史:演示一,男,60岁,因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。查体:T:36.2℃,P:73次/分,R:20次/分,BP:118/64mmHg,体重:65kg。腹平坦,未见胃肠蠕动波,腹部无包块,腹肌软,无压痛,无反跳痛,肝、脾肋下未及,墨菲征(-),双肾区无中痛,腹部移动性浊音(-),肠鸣音存在、正常,血管无杂音。辅助检查:2022-07-01介入医学科(住院用)电子肠镜检查检查意见:乙状结肠TM(电子染色+活检)。手术标本检查与诊断+制图摄影术(组合):,(乙状结肠)管状绒毛状腺瘤,低级别上皮内瘤变,局灶高级别上皮内瘤变。2022-08-24血常规(五分类)-静脉血 白细胞计数 WBC $1.75 \times 10^9/L$  中性粒细胞绝对数 NE# $0.68 \times 10^9/L$  淋巴细胞绝对数 LY# $0.66 \times 10^9/L$  中性粒细胞百分比 NE%38.8% 嗜酸性粒细胞百分比 E0%14.9% H红细胞计数 RBC $3.68 \times 10^{12}/L$  血红蛋白量 Hgb115g/L 红细胞比积 Hct33.9% 红细胞体积分布宽度 RDW18.1% H血小板计数 PLT $47 \times 10^9/L$  血小板比容 PCT0.038%L。主任医师查房示:依据患者病史及相关检查结果分析,目前诊断:1、乙状结肠占位;2、肝细胞癌(CNLCIIb期);3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压 2)门脉高压性胃病 3)脾功能亢进;今日血常规提示白细胞偏低,考虑患者既往肝硬化,完善感染肝病科及血液科会诊。暂升白升板治疗,余继续完善相关检查,评估有无手术禁忌症,续观。

## 2022-08-24 16:48 血液风湿科[科室会诊意见记录]

申请会诊的理由和目的:演示一,男,60岁,因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。既往:2022-07-15于我院行经导管肝动脉栓塞术+动脉化疗栓塞,术后恢复良好后出院。入院诊断:1、乙状结肠占位;2、肝细胞癌(CNLCIIb期);3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压 2)门脉高压性胃病 3)脾功能亢进。入院查血常规:白细胞计数 WBC $1.75 \times 10^9/L$  中性粒细胞绝对数 NE# $0.68 \times 10^9/L$  淋巴细胞绝对数 LY# $0.66 \times 10^9/L$  中性粒细胞百分比 NE%38.8% 嗜酸性粒细胞百分比 E0%14.9% H红细胞计数 RBC $3.68 \times 10^{12}/L$  血红蛋白量 Hgb115g/L 红细胞比积 Hct33.9% 红细胞体积分布宽度 RDW18.1% H血小板计数 PLT $47 \times 10^9/L$  血小板比容 PCT0.038%L。我科拟行全麻下腹腔镜下乙状结肠癌根治术,为完善术前准备、是否需要药物治疗,排除手术禁忌症,特请贵科会诊,协助诊治,谢谢!

会诊意见:病史敬悉,患者诊断1、乙状结肠占位;2、肝细胞癌(CNLCIIb期);3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压 2)门脉高压性胃病 3)脾功能亢进。2022-07-15于我院行经导管肝动脉栓塞术+动脉化疗栓塞,入院查血常规:白细胞计数 WBC $1.75 \times 10^9/L$  中性粒细胞绝对数 NE# $0.68 \times 10^9/L$  血红蛋白量 Hgb115g/L 血小板计数 PLT $47 \times 10^9/L$  目前诊断考虑:全血细胞减少查因-化疗后骨髓抑制?脾功能亢进?建议:予重组人血小板生成素注射液 15000uihqd,重组人粒细胞集落刺激因子 300ugihqd,

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 36

病案号： 647837

如需近日安排手术,可申请血小板输注,宜将血小板升至 $80 \times 10^9/L$ 以上再行手术,监测血常规。 WBC $4 \times 10^9/L$ 停用重组人粒细胞集落刺激因子,我科随诊。

会诊医生：

会诊时间： 2022年08月24日 12: 47

执行情况： 遵嘱执行。

## 2022-08-24 16:50 内分泌代谢科会诊意见记录

申请会诊的理由和目的： 患者因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。既往无糖尿病病史,2月前在我院介入科住院时诊断糖耐量异常。我科已嘱糖尿病饮食及监测血糖,为求进一步诊治,今请贵科会诊,协助专科诊疗。谢谢!

会诊意见： 病史敬悉。患者既往无糖尿病史。我院查血糖升高： 静脉血糖只有一次达诊断标准,OGTT2小时12.1mmol/l。糖化血红蛋白不高。此次住院检查结果未回。查体： 神志清,精神一般。据目前资料暂不能确诊糖尿病。建议： 监测指尖血糖高时随时抽血复查血糖,若血糖仍高（空腹血糖大于等于7.0mmol/L或饭后血糖大于等于11.1mmol/L）,可以确诊糖尿病合理控制饮食,继续监测指尖血糖,若血糖满意,暂不用药。

会诊医生： 魏祥安医师

会诊时间： 2022年08月24日 07: 50

执行情况： 会诊意见已知悉。

## 2022-08-24 16:51 感染肝病科会诊意见记录

申请会诊的理由和目的： 演示一,男,60岁,因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。既往： 2022-07-15于我院行经导管肝动脉栓塞术+动脉化疗栓塞,术后恢复良好后出院。入院诊断： 1、乙状结肠占位； 2、肝细胞癌(CNLCIIb期)； 3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压； 2)门脉高压性胃病； 3)脾功能亢进。入院查血常规： 白细胞计数 WBC $1.75 \times 10^9/L$  LPL中性粒细胞绝对数 NE $0.68 \times 10^9/L$  淋巴细胞绝对数 LY $0.66 \times 10^9/L$  中性粒细胞百分比 NE%38.8%L 嗜酸性粒细胞百分比 E0%14.9% H红细胞计数 RBC $3.68 \times 10^{12}/L$  血红蛋白量 Hgb115g/L 红细胞比积 Hct33.9%L 红细胞体积分布宽度 RDW18.1% H血小板计数 PLT $47 \times 10^9/L$  LPL血小板比容 PCT0.038%L。我科拟行全麻下腹腔镜下乙状结肠癌根治术,为完善术前准备、是否需要药物治疗,排除手术禁忌症。特请贵科会诊,协助诊治,谢谢!

会诊意见： 患者诊断1.乙状结肠恶性肿瘤2.肝恶性肿瘤3.酒精性肝硬化 脾功能亢进4.余同贵科。

建议1.患者白细胞及血小板降低考虑脾亢所致,建议手术干预。升血小板药物疗效不明确。必要时输血小板治疗。可予升白治疗。 2.目前WBC  $1.75 \times 10^9/L$  LPL、血小板  $47 \times 10^9/L$  LPL 余结果未回,手术风险、

禁忌症问题请麻醉科专科评估

谢谢!

会诊医生：

会诊时间： 2022年08月24日 10: 36

执行情况： 遵嘱执行。

## 2022-08-25 09:56 危急值分析记录

2022-08-2509: 49接检验科危急值回报： 2022-08-25血常规(五分类)-静脉血 淋巴细胞绝对数 LY#0.

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 36

病案号： 647837

65\*10<sup>9</sup>/L淋巴细胞百分比 LY% 17.5% L红细胞计数 RBC3.66\*10<sup>12</sup>/L血红蛋白量 Hgb112g/L L红细胞比积 Hct34.3% L红细胞体积分布宽度 RDW18.3% H血小板计数 PLT39\*10<sup>9</sup>/LPL血小板比容 PCT0.037%L。考虑患者既往肝硬化、肝化疗栓塞,予申请输注血小板对症治疗。

## 2022-08-25 14:43 主治医师查房记录

今日查房,患者未诉明显腹痛、腹胀,无畏寒、发热,一般情况可。查体:生命体征平稳,神志清楚,腹平坦,未见胃肠蠕动波,腹部无包块,腹肌软,无压痛,无反跳痛,肝、脾肋下未及,墨菲征(-),双肾区无叩痛,腹部移动性浊音(-),肠鸣音存在、正常4次/分。辅助检查:全腹部CT增强检查意见,肝右叶多发占位,考虑恶性肿瘤性病变,转移瘤与肝细胞肝癌鉴别,请结合临床检查;肝S7段介入术后,部分病灶存活,请结合MR检查。降结肠及乙状结肠交界处占位,较前增大,结合病史考虑肿瘤性病变。肝脏多发一过性强化,考虑转移灶与异常灌注鉴别。肝硬化,脾大,门脉高压症,食管-胃底静脉曲张。门静脉海绵样变。腹腔及腹膜后多发小淋巴结,随诊。肝内胆管轻度扩张。胆囊多发结石,胆囊炎可能。右肾囊肿(复杂性)。前列腺多发钙化灶。右肺上叶非实性小结节灶建议3-6个月后复查。纵隔淋巴结轻度肿大。双肺少许纤维增殖灶;主动脉及冠状动脉硬化。主治医师查房后指示:患者考虑乙状结肠恶性肿瘤,拟排除手术禁忌症后手术治疗;既往患者肝硬化、肝癌,凝血功能、肝功能异常,白蛋白低下,血小板及粒细胞下降,予升白、升血小板治疗,申请血小板输注。定期复查血常规、肝功、凝血功能。病情续观。

## 2022-08-26 09:37 主治医师查房记录

今日查房,患者未诉明显腹痛、腹胀,无畏寒、发热,一般情况可。查体:生命体征平稳,神志清楚,腹平坦,未见胃肠蠕动波,腹部无包块,腹肌软,无压痛,无反跳痛,肝、脾肋下未及,墨菲征(-),双肾区无叩痛,腹部移动性浊音(-),肠鸣音存在、正常4次/分。辅助检查:2022-08-25肝脏MR平扫+增强(肝胆特异性对比剂)检查意见肝多发肿瘤病变介入治疗后复查:肝S7瘤灶较2022-7-2MR明显缩小且坏死明显;肝S6、S7、S8段多发异常信号结节灶大致同前,请结合临床继续治疗后或2月后复查。肝硬化,脾大,门脉高压症,食管-胃底静脉曲张,门静脉海绵样变;建议随访复查。胆囊结石;肝内胆管轻度扩张。双肾囊肿。主治医师查房示:昨日复查肝脏MR平扫提示肝S7瘤灶较2022-7-2MR明显缩小且坏死明显,继续专科随访复查,目前患者血小板减少及凝血功能异常,予积极输血治疗。待完善术前准备,排除手术禁忌症后,尽早手术治疗。续观。

## 2022-08-26 10:21 危急值分析记录

202208261002接检验科危急值回报:20220826血常规(五分类)静脉血 淋巴细胞绝对数 LY#0.63\*10<sup>9</sup>/L淋巴细胞百分比 LY% 14.8% L红细胞计数 RBC3.64\*10<sup>12</sup>/L血红蛋白量 Hgb114g/L L红细胞比积 Hct33.9% L红细胞体积分布宽度 RDW18.4% H血小板计数 PLT40\*10<sup>9</sup>/LPL血小板比容 PCT0.034%L。考虑患者既往肝硬化、肝化疗栓塞,予申请输注血小板对症治疗。

## 2022-08-26 10:27 输血前评估

患者2022年08月26日 血常规 血小板计数 PLT40\*10<sup>9</sup>/LPL; 20220826凝血四项 凝血酶原时间 PT16.2 sH 国际标准化比率 INR1.42 H活化部分凝血活酶时间 APTT61.7 sH血浆纤维蛋白原 FIB 1.50g/L。疾病诊断为1、乙状结肠占位; 2、肝细胞癌(CNLC II b期); 3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1) 门

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 36

病案号： 647837

静脉高压2)门脉高压性胃病3)脾功能亢进；因疾病发展出现 血小板减少、凝血功能异常，现为升血小板及改善凝血功能，需给予O型血小板1个治疗单位及冰冻血浆300m1，改善患者血小板减少及凝血功能异常。

## 2022-08-26 16:35 输血记录

为纠正患者血小板低下及凝血功能异常，于2022年08月26日开始输血治疗，于2022年08月26日输注完1个治疗单位血小板+新鲜冰冻血浆150m1+普通冰冻血浆150m1，输血过程顺利，患者无畏寒、发热、皮疹、瘙痒等不良反应。

## 2022-08-27 12:36 输血后疗效评估

输血后复查2022-08-27血常规(五分类)-静脉血 白细胞计数 WBC $2.71 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞绝对数 NE# $1.70 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞绝对数 LY# $0.53 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞百分比 LY%19.7%L，嗜酸性粒细胞百分比 EO%8.9%H，红细胞计数 RBC $3.56 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白量 Hgb113g/L，红细胞比积 Hct33.5%L，红细胞体积分布宽度 RDW18.2%H，血小板计数 PLT $50 \times 10^9/L$ ，血小板比容 PCT0.048%L。2022-08-27凝血四项 凝血酶原时间 PT15.3sH，国际标准化比率 INR1.33 H，活化部分凝血活酶时间 APTT57.3sH，血浆纤维蛋白原 FIB1.63g/L。从以上结果分析，输血效果达到预期。

## 2022-08-29 08:18 醉科[科室]会诊意见记录

申请会诊的理由和目的：演示一，男，60岁，因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。既往：2022-07-15于我院行经导管肝动脉栓塞术+动脉化疗栓塞，术后恢复良好后出院。入院诊断：1、乙状结肠占位；2、肝细胞癌(CNLC II b期)；3、酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压2)门脉高压性胃病3)脾功能亢进。我科拟下周行全麻下腹腔镜下乙状结肠癌根治术。目前患者经升白治疗、输血浆改善凝血、输注血小板等治疗为手术做准备。现为协助评估手术风险及围手术期准备，特请贵科会诊，谢谢！

会诊意见：患者目前未见明显麻醉禁忌症，综合考虑患者围术期安全，建议患者戒烟戒酒，患者目前血小板计数  $PLT 40 \times 10^9/L$ ，围术期出血倾向高，术前输注血小板改善血小板减少的表现，术前备血（红细胞、血浆、血小板等），手术期间动作轻柔，减少术中出血，建议在彩超引导下完成有创循环监测，并于有创循环监测下完成手术治疗，我科随诊，谢谢！

会诊医生：住院医师

会诊时间：2022年08月28日 18: 01

执行情况：遵嘱执行。

## 2022-08-29 08:18 术前小结

病情摘要：演示一，男，60岁，已婚，生于广东省，因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。查体：T: 36.2℃，P: 73次/分，R: 20次/分，BP: 118/64mmHg，体重：65kg。腹平坦，未见胃肠蠕动波，腹部无包块，腹肌软，无压痛，无反跳痛，肝、脾肋下未及，墨菲征(-)，双肾区无叩痛，腹部移动性浊音(-)，肠鸣音存在、正常，血管无杂音。辅助检查：2022-07-01介入医学科(住院用)电子肠镜检查检查意见：乙状结肠TM(电子染色+活检)。

手术标本检查与诊断+制图摄影术(组合)：(乙状结肠)管状绒毛状腺瘤，低级别上皮内瘤变，局灶高级别上皮内瘤变。2022-08-23全腹部CT增强检查意见：肝右叶多发占位，考虑恶性肿瘤性病变，转移瘤与肝细胞肝癌鉴别。

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 36

病案号： 647837

别，请结合临床检查；肝S7段介入术后，部分病灶存活，请结合MR检查。降结肠及乙状结肠交界处占位，较前增大，结合病史考虑肿瘤性病变。肝脏多发一过性强化，考虑转移灶与异常灌注鉴别。肝硬化，脾大，门脉高压症，食管-胃底静脉曲张。门静脉海绵样变。腹腔及腹膜后多发小淋巴结，随诊。肝内胆管轻度扩张。胆囊多发结石，胆囊炎可能。右肾囊肿（复杂性）。前列腺多发钙化灶。右肺上叶非实性小结节灶，建议3-6个月后复查。纵隔淋巴结轻度肿大。双肺少许纤维增殖灶；主动脉及冠状动脉硬化。2022-08-23肝脏MR平扫+增强（肝胆特异性对比剂）检查意见：肝多发肿瘤病变介入治疗后复查：肝S7瘤灶较2022-7-2MR明显缩小且坏死明显；肝S6、S7、S8段多发异常信号结节灶大致同前，请结合临床继续治疗后或2月后复查。肝硬化，脾大，门脉高压症，食管-胃底静脉曲张，门静脉海绵样变；建议随访复查。胆囊结石；肝内胆管轻度扩张。双肾囊肿。

术前诊断： 1、乙状结肠占位；2、肝细胞癌(CNLC II b期)；3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压；2)门脉高压性胃病；3)脾功能亢进。

手术指征： 1.结合全腹部增强CT、肠镜及病理结果，考虑乙状结肠肿瘤；  
2.患者及家属有手术意愿并签署手术同意书。

有无手术禁忌症： 无

拟手术名称、方式和手术时间： 拟明日腹腔镜下乙状结肠癌根治术

拟行麻醉方式： 气管插管全麻

术中注意事项（可能出现的风险、意外、并发症及处理方案）：

- 1)麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
- 2)术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命；
- 3)术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式。

术前准备：

- 1.术前备皮、禁饮食。
- 2.术前常规检查：血常规、尿常规、大便常规、凝血功能、肝肾功能、心电图、胸部CT。
- 3.ABO血型：O型，Rh血型：阳性。有备血，共1单位血小板，3个单位红细胞，400ml血浆。

术前术者梁晖主任医师查看患者：患者诊断明确，有手术指征，无手术禁忌征，若无特殊情况，可拟明日手术。

## 2022-08-29 08:22 主治医师查房记录

今日查房，患者未诉明显腹痛、腹胀，无畏寒、发热，一般情况可。查体：生命体征平稳，神志清楚，腹平坦，未见胃肠蠕动波，腹部无包块，腹肌软，无压痛，无反跳痛，肝、脾肋下未及，墨菲征（-），双肾区无叩痛，腹部移动性浊音（-），肠鸣音存在、正常，4次/分。主治医师查房示：患者目前诊断乙状结肠肿瘤明确，有手术指征，已完善术前准备，拟明日手术治疗，续观。

## 2022-08-30 18:53 术后首次病程记录

基本信息：演示一，男，60岁，因“肠镜发现乙状结肠占位2月”入院。

手术开始时间：150000，手术结束时间：181000。

手术名称、方式：腹腔镜中转开腹+乙状结肠癌根治术+腹腔引流术

麻醉方式：气管内插管全麻

手术经过：术中所见：腹盆腔少量淡黄色清亮积液，肝脾及盆腔未见明显结节，肠系膜根部无明显肿大的淋巴

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 07

病案号： 647837

结、胃、结肠及空回肠均未见明显肿物。可见肿瘤位于乙状结肠中上段，约3\*3cm，未突破浆膜层。经脐穿刺制造气腹，维持压力12mmHg，于脐上1cm处穿刺做观察孔进腹腔镜;分别于左下腹及右下腹穿刺置入套针。将患者置于头低足高右倾体位，使小肠移至右上腹，降乙结肠系膜显露并伸展;于乙状结肠系膜内定位IMA。切开降乙结肠系膜根腹膜反折，因肠系膜局部肿胀明显、质地僵硬，寻找t. 1dt, s间隙困难，难以辨认后腹膜、输尿管、生殖血管等正常解剖结构，遂中转开腹手术。手术予“腹腔镜中转开腹+乙状结肠癌根治术+腹腔引流术”。术程顺利，术中患者生命体征平稳。术中出血约400ml，术后患者顺利复苏后安返病房。

术后诊断： 1、乙状结肠肿瘤;2、肝细胞癌(CNLC II b期);3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压;2)门脉高压性胃病;3)脾功能亢进。

术后处理及注意事项：

- 1、禁食，心电监护，低流量吸氧，注意患者症状及体征变化。
- 2、予抗感染、营养支持、维持水电解质酸碱平衡、补液对症治疗。
- 3、观察患者腹腔引流管情况，如有出血等情况应及时处理。

已向患方告知手术情况及注意事项。

## 2022-08-30 19:01 VTE评估处置记录

患者采用Caprini评分，进行VTE风险评估，评分为7分，风险等级为高危。出血危险因素总评分：0分，出血风险为低危，无机械预防禁忌症。Weiss评分风险因素总分：0分，根据医院内肺栓塞和深静脉血栓形成防治要求，已做好患者及家属的知情告知，在充分评估VTE风险和出血风险基础上，根据目前病情，因患者血小板低下、凝血功能异常，术中创面大，所以选择予基本、机械预防静脉血栓形成，暂不予抗凝药物治疗，并根据动态评估结果调整预防策略。评估人：。

## 2022-08-31 09:18 主任医师查房记录

今日查房，患者术后第1天，患者诉腹部切口疼痛，无腹胀，无恶心、呕吐，无畏寒、发热，精神、睡眠良好，禁食状态，肛门未排气排便，留置尿管引流通畅，留置鼻导管引流通畅。查体：生命体征平稳，神志清楚，心肺查体未见明显异常。腹平，术口敷料干洁，切口无红肿，留置腹腔引流管固定通畅，引流出淡红色液体。腹部切口轻压痛，无反跳痛，余腹无压痛、反跳痛。肠鸣音3次/分。辅助检查：2022-08-30 14:07血常规(五分类)-静脉血 血小板计数  $PLT 80 \times 10^9/L$ 。2022-08-30 20:53血常规(五分类)-静脉血 血小板计数  $PLT 107 \times 10^9/L$ 。主任医师查房示：术后第1天，患者生命体征平稳，予停心电监护、低流量吸氧，拔除尿管，治疗上予甲硝唑预防感染、制酸、止痛、营养支持等对症治疗，注意维持患者水电解质平衡，嘱患者可早期下地床边活动，预防深静脉血栓形成;患者昨日血常规血小板较低，予重组人血小板升白治疗，复查血小板指标已正常，动态观察患者血常规、生化等检验指标，病情续观。

## 2022-09-01 09:50 主治医师查房记录

术后第2天，患者诉腹部切口疼痛较前稍缓解，无腹胀，无恶心、呕吐，无畏寒、发热，精神、睡眠良好，禁食状态，肛门已排气暂未排便，昨日拔除尿管后患者未诉排尿困难。查体：生命体征平稳，神志清楚，心肺查体未见明显异常，腹平软，术口敷料少许渗液，切口附近压痛，其余腹部无压痛、反跳痛，肠鸣音3次/分，留置腹腔引流管通畅，引流出120ml暗红色液体。辅助检查：2022-09-01血常规  $LY 0.83 \times 10^9/L$ ， $LY\% 19.6\%$ ，红细胞计数  $RBC 3.27 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白量  $Hgb 101g/L$ ，红细胞比积  $Hct 30.6\%$ ，红细

# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 07

病案号： 647837

胞体积分布宽度 RDW17.9% H血小板计数 PLT83\*10<sup>9</sup>/LL血小板比容 PCT0.077% L白细胞计数 WBC4.25\*10<sup>9</sup>/L。今晨复查其余结果暂未回报。

主治医师查房示：术后第2天,患者生命体征平稳,注意患者肛门排气排便情况、腹腔引流管引流情况,警惕术后吻合口出血、肠痰等并发症发生;治疗上予头孢曲松+甲硝唑预防感染、制酸、止痛、营养支持等对症治疗同前,注意维持患者水电解质平衡,嘱患者可早期下地床边活动,预防深静脉血栓形成;病情续观。

## 2022-09-01 10:38 输血前评估

患者2022年09月01日 凝血四项 PT18.2sH, INR1.61 H, APTT74.4sH, FIB1.79g/LL。疾病诊断为1、乙状结肠肿瘤; 2、肝细胞癌(CNLC II b期); 3.酒精性肝硬化伴食管静脉曲张1)门静脉高压; 2)门脉高压性胃病; 3)脾功能亢进。因疾病发展 出现 凝血功能障碍,现为改善凝血功能,需给予。型 Rh阳性新鲜冰冻血浆 300ml改善患者凝血功能。

## 2022-09-01 18:38 输血记录

为纠正患者凝血功能,于2022年09月01日12:51开始输血治疗,于2022年09月01日13:45输注完。型 Rh阳性新鲜冰冻血浆 300ml输血过程顺利,患者无畏寒、发热、皮疹、瘙痒等不良反应。

## 2022-09-02 08:26 主治医师查房记录

术后第3天,患者诉腹部切口疼痛,无恶心、呕吐,无畏寒、发热,无腹胀,肛门有排气排便,尿量可。查体:心肺查体未见明显异常,术口敷料干洁,无明显渗血、渗液。留置腹腔引流管固定通畅,引流出淡红色液体。腹软,腹部切口周围轻压痛,余腹部无压痛、反跳痛,肠鸣音约4次/分。

主治医师查房示:患者术后第3天,肛门有排气,可尝试流质饮食,注意患者腹部情况,患者凝血功能异常,予对症输血治疗。定期复查凝血功能。如有必要再次输血改善凝血功能,治疗上继续当前补液、营养支持等对症治疗。留意患者引流情况,注意加强营养,预防术后并发症,续观;遵嘱执行。

## 2022-09-02 08:38 输血后疗效评估

输血后复查凝血四项 PT18.5sH, INR1.64 H, APTT67.3sH, D-Dimer6.54mg/LH。从以上结果分析,输血效果达到预期。

## 2022-09-02 10:39 危急值分析记录

今10:21接检验科危急值回报:2022-09-02血常规(五分类)-静脉血 白细胞计数 WBC2.34\*10<sup>9</sup>/LPL。予升白针对症治疗,明日复查。

## 2022-09-02 17:50 新冠肺炎风险评估处置记录

该患者没有明确流行病学史( ),有发热和/或呼吸道症状,胸部SCT没有典型新型冠状病毒肺炎影像改变,血常规白细胞总数升高,淋巴细胞计数正常。依据国家及省的相关诊疗方案及专家共识,符合 0 (流行病学史) +1 (临床表现),考虑无新型冠状病毒感染证据。根据目前病情,专科处置如下:继续专科治疗。



# 病程记录

姓名： 演示一

登记号： YS100001

科别： 普外一科

病区： 普外一病区

床号： 11 病案号： 647837

## 2022-09-05 09:14 主任医师查房记录

今日查房，患者诉腹部切口疼痛，无恶心、呕吐，无畏寒、发热，无腹胀，肛门有排气排便，尿量可。查体：心肺查体未见明显异常，术口敷料干洁，无明显渗血、渗液。留置腹腔引流管固定通畅。腹软，腹部切口周围轻压痛，余腹部无压痛、反跳痛，肠鸣音约4次/分。

辅助检查：2022-09-03血常规 淋巴细胞绝对数 LY#0.47\*10<sup>9</sup>/LL，中性粒细胞百分比 NE%82.1% H，淋巴细胞百分比 LY%8.2%L，红细胞计数 RBC3.02\*10<sup>12</sup>/LL，血红蛋白量 Hgb94g/LL，红细胞比积 Hct28.6%L，红细胞体积分布宽度 RDW17.7%H，血小板计数 PLT73\*10<sup>9</sup>/LL，血小板比容 PCT0.070%L。感染二项+肝功I+生化八项 总蛋白 TP51.4g/LL，白蛋白 ALB29.5g/LL，C反应蛋白 CRP28.9mg/LH，二氧化碳 C<sub>O</sub> 22.8mmol/LL，渗透压  $\text{O} \text{SM} 300 \text{mosmH}$ ，总胆红素 TBIL29.8 $\mu\text{mol/LH}$ ，直接（结合）胆红素 DBIL14.6 $\mu\text{mol/LH}$ ，间接（非结合）胆红素 IBIL15.2 $\mu\text{mol/LH}$ ，降钙素原 PCT0.88ng/mlH，肾小球滤过率估算值 eGFR86.96ml/min/1.73m<sup>2</sup>L。

主任医师查房后示：今日查房，患者腹水量多，继续监测血电解质，维持血电解质平衡，定期伤口换药，今日拔除腹部引流管，续观。

## 2022-09-08 08:00 出院病程

今日查房，患者诉腹部切口疼痛，无恶心、呕吐，无畏寒、发热，无腹胀，肛门有排气排便，尿量可。查体：心肺查体未见明显异常，术口敷料干洁，无明显渗血、渗液。腹软，腹部切口周围轻压痛，余腹部无压痛、反跳痛，肠鸣音约4次/分。手术标本检查与诊断+制图摄影术(组合)：乙状结肠切除术后标本：（乙状结肠及大网膜）结肠绒毛状腺瘤，部分低级别上皮内瘤变，部分呈高级别上皮内瘤变。--网膜组织内未见肿瘤。--送检近切缘、远切缘，自检放射状切缘未见肿瘤。--自检肠周淋巴结8枚，均未见肿瘤（0/8）。--免疫组化结果(蜡块B1)：BRAFV600E(-)，Ki-67(约50%+)，MUC1(灶+)，CDX2(+)，SATB-2(+)，PMS2(+)，MLH-1(+)，CK7(小灶+)，MSH-6(+)，MSH-2(+)，Desmin(肌组织+)，PD-L1(22C3) (+，CPS: 约10)，PD-L1(NC) (-)。

主任医师查房后示：今日查房，患者未诉特殊不适，腹部引流管已拔除，予今日办理出院，嘱患者：

- 1.全休1月，注意饮食（出院后半流质饮食2周后普食）。
- 2.2-3日伤口换药，2022年09月12日门诊拆线。
- 3.胃肠外科门诊术后2周、1月、3月、6月、1年、3年、5年随访，动态复查肿瘤指标，CT，肠镜。主治医师门诊随访（周一上午、周三上午、周五下午）。
- 4.出院2周后介入科、肝病科门诊就诊处理肝脏疾患。
- 5.如有不适，门诊随访。

## 2022-09-08 08:05 VTE评估处置记录

患者采用CAprini评分，进行VTE风险评估，评分为3分，风险等级为中危。出血危险因素总评分：0分，出血风险为低危，无机械预防禁忌症。Wells评分风险因素总分：0分，根据医院内肺栓塞和深静脉血栓形成防治要求，已做好患者及家属的知情告知，在充分评估VTE风险和出血风险基础上，根据目前病情，选择予基本、机械，预防静脉血栓形成，并根据动态评估结果调整预防策略。评估人：。