



苏州大学附属第二医院
THE SECOND AFFILIATED HOSPITAL OF SOOCHOW UNIVERSITY



门（急）诊病历

姓名:连亮亮 性别:男 年龄:39岁 门诊号:0007898836
就诊科室:心血管科 处方号:MZ000090512547

2024-09-24 09:43 初诊记录

主 诉:发现血压升高 --

现 病 史:发现血压升高,自服药物治疗,血压控制不佳

既 往 史:否认慢性疾病史; ; 过敏史:无

体温: ℃ 脉搏:110次/分 呼吸: 次/分 血压:220/153mmHg 意识状态:

主要症状和体征:

体格检查: 血压: mmHg; 心率 次/分 心肺未及异常

检验检查:

初步诊断: 高血压

处 理:

备 注: 建议住院检查治疗; 是否留观: 否

医师签名:

彭思亮



CT 诊断报告单

姓名:连亮亮 性别:男 年龄:39岁 CT号:102046013
住院号:0001324376 申请科室:心血管科 病区:东七病区 床号:A0750
检查部位:[颅脑,平扫] [胸部,平扫] 检查时间:2024-9-24 14:41:22
临床诊断:高血压急症

描述:

颅脑平扫示:鞍区见类圆形稍高密度影,长径约16mm。脑皮髓质分界清楚,脑实质内未见明显高密度出血灶及低密度梗塞灶。脑室形态大小正常,脑沟裂池未见增宽/狭窄。中线结构居中。骨窗示颅骨未见明显溶骨性骨质破坏征象。两侧内听道未见明显扩大,副鼻窦区未见明显异常密度。

胸部平扫+三维重建示:

肺:两肺纹理增多,走行,分布基本正常。两肺下叶背侧见弧形模糊影,右侧为著。右肺上叶前段见一实性结节(1mg27/206-209),长径约3.6mm。两肺各叶段支气管通畅,未见明显支气管扩张/狭窄征象。

纵隔:气管居中,纵隔无移位,纵隔内和两侧肺门区未见明显增大的淋巴结。心影不增大,心包不增厚,心包腔未见明显积液。

胸腔及胸膜:两侧胸腔未见明显积液。两侧胸膜无明显增厚。

胸壁:胸廓对称,胸壁未见明显软组织肿块。

腋窝:两侧腋窝区未见明显增大的淋巴结。

所见骨骼:胸椎和两侧肋骨未见明显溶骨性骨质破坏征象。

其他:所见甲状腺两叶密度减低。所见肝脏密度减低;所示脾脏和肾脏未见明显占位性病变。

诊断:

- 鞍区稍高密度灶,建议MR检查
- 两肺下叶少许坠积性病变
- 右肺上叶微小实性结节,随诊
- 甲状腺两叶密度减低,请结合超声
- 脂肪肝。

审核医师:

吴岩

报告记录: 骆馨

骆馨

报告时间: 2024-09-24 16:57:58

苏州大学附属第二医院

病重通知书

姓名:连亮亮 科室:心血管科 病区:东七病区 床位号:A0750 住院号:0001324376

诊断: 1.高血压急症; 2.后循环缺血; 3.高血压病3级(极高危); 4.2型糖尿病;

目前患者病情危重,虽经积极救治但病情趋于恶化,随时可能危及生命,特下达此通知。尽管如此,我们仍会积极救治,请予以理解与配合,如您还有其他要求,请在接到此通知书后立即告诉我们。

医师签名: 彭恩亮

亲属签名: 连亮亮 本人

日期:2024-09-24 16:56

亲属与患者的关系: _____

日期: 2024-09-24 16:56

(本通知书医院、患方各执一份)

苏州大学附属第二医院

出院记录

姓名:连亮亮 科室:心血管科 病区:东七病区 床位号:A0733 住院号:0001324376

姓名:连亮亮 性别:男 年龄:39岁 婚姻:离婚 职业:其他

入院诊断:1.高血压急症; 2.高血压病3级(极高危); 3.高血压性心脏病; 入院日期:2024-09-24 10:05
4.心肌损害; 5.后循环缺血; 6.2型糖尿病;

手术名称:

手术日期:

出院诊断:1.高血压急症; 2.高血压病3级(极高危); 3.高血压性心脏病; 出院日期:2024-09-29 09:52
4.心肌损害; 5.后循环缺血; 6.2型糖尿病;

入院时情况:

1.患者连亮亮,青壮年男性,急性病程; 2.患者六年前无明显诱因出现胸闷,每次持续五分钟,伴心慌、前胸针刺样痛、后背放射痛,自行服用止痛药2片可缓解。患有“糖尿病”8个月,规律服用二甲双胍缓释片1#Bid,控制可,今年4月改为二甲双胍缓释片1#qd; 否认其他慢性病史,否认“肝炎、结核”等传染病史; 否认重大外伤、手术、输血史,“寿比山”药物过敏,否认其他食物药物过敏史,预防接种随社会。3.患者三年前无明显诱因出现头晕伴头痛,休息后未见明显缓解。三年前因昏迷四小时于常熟市第一人民医院就诊,诊疗过程不明。今年1月,患者于山西临汾市中心医院就诊,诊断“1.后循环缺血; 2.高血压病3级(极高危); 3.2型糖尿病; 4.混合型高脂血症”,完善颅脑CT示:脑垂体密度高,后循环缺血。今年4月于常熟市第一人民医院完善心电图心脏彩超等检查,规律服用缬沙坦氢氯噻嗪片1#Bid,控制不佳。今年8月20日至29日出现血尿,未予重视,稍有好转。9月10日于山西临汾市行针灸治疗,血压稍有控制。近半年患者头晕头痛加重,伴有恶心呕吐、黑朦、视物模糊、脚踩棉花感、四肢麻木,休息后未见明显缓解。病程中,患者睡眠、精神差,食纳差,大小便如常,近半年体重减轻约30斤。4.查体:体温36.5度, Bp153/86mmHg, 心率90分,神志清,精神可,双肺听诊呼吸音清,未闻及明显啰音,心前区无隆起,未触及震颤,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双下肢无水肿。+

诊疗经过:

入院完善相关检查,予降压降脂,降血糖等对症治疗,完善肾脏超声、彩超后鉴别诊断肾动脉狭窄、慢性肾小球肾炎、多囊肾等肾脏疾病引起的继发性高血压,完善CA、AngII等检查后鉴别诊断因肾动脉狭窄、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤等引起的继发性高血压。2024/09/28MR:[检查结果]垂体内异常信号灶,考虑:Rathke囊肿可能,建议神经外科门诊随访。现患者一般情况可,头晕头痛症状较前好转。

辅助检查:

(2024/09/24 13:25)急诊心肌酶谱+急诊肾功能+急诊电解质:尿素 2.7mmol/L,肌酐 49 μ mol/L; (2024/09/25 09:45)ACTH(4PM):促肾上腺皮质激素(4PM) 42.05pg/mL; (2024/09/25 10:39)血脂四项+电解质+生化全套: γ 谷氨酰转移酶 91U/L,乳酸脱氢酶 108U/L,胆碱酯酶 12537U/L,葡萄糖 7.15mmol/L,甘油三酯 6.78mmol/L,高密度脂蛋白 0.72mmol/L,极低密度脂蛋白 1.89mmol/L; 2024/09/24 超声:[检查结果]左房内径增大; 左室壁增厚; 主动脉瓣硬化伴轻微关闭不全; 2024/09/24CT:[检查结果]1.鞍区稍高密度灶,建议MR检查; 2.两肺下叶少许坠积性病变; 3.右肺上叶微小实性结节,随诊; 4.甲状腺两叶密度减低,请结合超声; 5.脂肪肝。2024/09/25 心电图:[检查结果]诊断:1.窦性心律; 2.偶发性房性早搏; 3.偶发性室性早搏; 4.阵发性ST-T改变 2024/09/26 超声:[检查结果]双肾未见明显异常; 双侧肾上腺所见切面未见明显异常,建议结合其他检查。2024/09/28MR:[检查结果]垂体内异常信号灶,考虑:Rathke囊肿可能,请结合临床。

出院情况 (治愈 好转 未愈 未治 转院 非医嘱出院): 伤口愈合:

苏州大学附属第二医院

出院记录

姓名:连亮亮 科室:心血管科 病区:东七病区 床位号:A0733 住院号:0001324376

患者无发热畏寒、无咳嗽咳痰、无恶心呕吐等不适。查体:神志清,精神可,血压154/96mmHg 脉搏74次/分。双肺听诊呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心律齐,心脏各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音,腹软,无压痛、反跳痛,双下肢无水肿。

出院医嘱:

- 1、注意休息,低盐低脂糖尿病饮食,避免剧烈运动,监测血压、心率、血糖;
- 2、1月后空腹门诊复查血常规、电解质、生化、血脂四项、BNP等,定期复查心电图、心超。
- 3、垂体MRI示:垂体内异常信号灶,考虑:Rathke囊肿可能,建议神经外科门诊随访。
- 4、出院带药:

二甲双胍片(京丰)【基】0.25g×100片/盒 用法用量:每日二次 每次0.5g 口服 2盒;

瑞沁 10mg×10片/盒 用法用量:每日一次 每次10mg 口服 3盒;

力平之【基】0.2g×10粒/盒 用法用量:每日一次 每次0.2g 口服 3盒;

阿尔马尔(阿罗洛尔)10mg×10粒/盒 用法用量:每日一次 每次10mg 口服 3盒;

波依定【基】5mg×10片/盒 用法用量:每日二次 每次5mg 口服 6盒;

诺欣妥(200mg)200mg(97/103)×7片/盒 用法用量:每日一次 每次200mg 口服 5盒;

X光片号:

CT号: 102046013,101637093

MRI号: 200480569

病理号:

门诊病历已交病人或家属, 签收人: 连亮亮

主治医师签名: 彭恩亮

医师签名: 彭恩亮