# 口腔内科疾病病历书写例文

来源：网络 作者：岁月静好 更新时间：2024-01-16

*第一篇：口腔内科疾病病历书写例文口腔内科疾病病历书写例文慢性牙周炎主诉：下前牙处常有脓液溢出一月余。现病史：患者近一年来时常牙龈刷牙时出血，有口臭。近一月来下前牙处有脓溢出要求诊治。既往史：询问患者否认重大疾患史(无高血压心脏病史)否认血...*

**第一篇：口腔内科疾病病历书写例文**

口腔内科疾病病历书写例文

慢性牙周炎

主诉：下前牙处常有脓液溢出一月余。

现病史：患者近一年来时常牙龈刷牙时出血，有口臭。近一月来下前牙处有脓溢出要求诊治。

既往史：询问患者否认重大疾患史(无高血压心脏病史)否认血液疾病史。

检查：右下1 2左下1 2排列不齐，牙石2度 ,牙龈红肿,轻探出血,牙周袋深约4-5mm,内有脓液,探之根面粗糙有牙石。松动1度。X线检查水平吸收达根长1/3左右。

诊断：右下1 2左下1 2成人牙周炎(慢性牙周炎)

鉴别诊断：牙龈炎 牙龈炎有牙龈炎症，无牙周袋形成，无牙槽骨吸收，无牙齿松动等典型牙周炎临床表现。

治疗计划：进行彻底的洁治，刮治局部刺激物，双氧水冲洗，上碘甘油。

2.进行口腔卫生宣教，让患者正确掌握刷牙的方法。

3.一个月后在酌情进行下前牙翻瓣术，以消除牙周袋。

4.术后定期复查，维护疗效。

急性化脓性根尖周炎

主诉：患者因左下牙肿痛三天就诊。

现病史：患者左下牙有龋洞数年，无不适感，三天前嚼觉食物后疼痛，开始嚼觉轻疼痛，今疼痛渐加重伴肿来诊。

既往史：询问否认重大疾患史。

检查：左下6龋深及髓，无探痛;松动3度;叩痛+++，根尖部红肿，扪痛，有波动感;左侧面颊部水肿;体温38度。余牙检查无特殊情况。

诊断：左下6急性化脓性根尖周炎(骨膜下脓肿)

鉴别诊断：急性牙髓炎其疼痛特征为自发性，自发性剧痛，不能定位，叩 —，温度刺激引起长时间剧痛。

治疗计划：1.开髓引流，局麻下切开排脓，缓解症状。

2.症状消退后行根管治疗术，然后永久充填。

3.必要时作保护冠修复。

边缘性牙龈炎

主诉：患者因下前牙出血一周要求诊治。

现病史：患者近一段时间来刷牙及咀嚼食物容易出血，至今有一周左右，现要求诊治。，既往史：患者否认重大疾病史(无高血压，心脏病，肝炎，血液疾病史)

检查：下切牙颈部牙石1度沉积，牙龈充血发红，质地松软，边缘厚钝，龈乳头圆钝，肥大面光亮，龈沟深度3mm，轻探出血，无附着丧失。

诊断：下切牙边缘性龈炎。

鉴别诊断：1，早期牙周炎，有牙周袋，牙槽骨吸收;2，血液病，应与全身性疾病鉴别如白血病，血小板减少性紫癜等;3，坏死性龈炎，虽以牙龈出血为主要症状，但其牙龈边缘坏死如虫蚀状，坏死区出现灰褐色假膜，伴有疼痛和特殊的\*\*\*臭味;4，爱滋病相关的龈炎。

治疗计划：1，去除病因，洁治术;2，药物治疗，双氧水冲洗，上碘甘油;3，维护治疗，掌握正确刷牙的方法，定期洁治，保持口腔卫生。

深龋

主诉：患者右下牙进食物常有嵌塞痛一周。

现病史：患者发现龋洞有数月，近一周来进食物常有嵌塞痛有一周要求诊治。

既往史：患者否认有牙痛史和其他不良疾患。

检查：右下6牙合面较大龋洞，有大量腐质，边缘不规则，颜色黑褐色，质地松软，探诊有轻度酸痛，达牙本质深层，叩诊(—)，冷热诊反映同对照牙。但如刺激进入龋洞时有明显酸痛感刺激去除后疼痛立即消失。

鉴别诊断：1.可复性牙髓炎 主要依据牙髓活力测试反映,可复性牙髓炎遇到温度刺激会出现短暂的一过性疼痛，刺激去除疼痛持续片刻即消失。而深龋只要刺激不进入龋洞就不会出现激发痛。

2.慢性闭锁性牙髓炎 自发性隐痛，急性发作，晚期有叩诊不适，机械去腐反应迟钝，牙髓活力测试迟钝。而深龋无叩诊不适，无自发痛，牙髓活力正常。去净腐质时极其敏感。

治疗计划：常规去龋，备洞，消毒，干燥，垫底(常规三层垫底)，永久充填。

慢性根尖囊肿

主诉：患者右上牙食物嵌塞数年余要求诊治。

现病史：右上牙发现龋洞数年，曾有疼痛过，经常有食物嵌塞，现要求诊治。

既往史：患者有牙疼痛史，无其他重大疾患史。

检查：右上4牙合面龋坏，探诊(—)，冷热诊(—)，叩(—)，牙龈处有一瘘道，牙齿无松动，X线：根尖大面积阴影，圆形，周边有一层骨白线包饶，根尖位于阴影之中。

诊断：右上4根尖囊肿

鉴别诊断：与慢性根尖肉芽肿相鉴别 1。无牙龈瘘管

2.X示：根尖周透引区为圆形，边界清楚。

与慢性根尖脓肿相鉴别 1。牙体有疾患，牙髓坏死，有瘘管。

2.X示根尖病变不规则，边界不清。

治疗计划：常规开髓，拔 髓、无痛、根管治疗、充填。三个月后，瘘道未消失，阴影未缩小，行囊肿除切除术及根尖切除术。三个月复诊。

上牙列缺损

主诉：左上有一牙已拔除半年余要求修复。

现病史：左上有一牙龋坏数年已剩残根，半年前已拔除，现已影响吃饭要求修复。

既往史： 曾今有牙痛史，其他否认重大疾患史。

检查：左上6 缺失，左上5 7良好稳固、无龋咬牙合关系正常。

诊断：左上牙列 缺损

治疗计划：建议固定桥修复(金属烤瓷桥)

有瘘型慢性根尖周炎

主诉：患者右上后牙反复肿痛，牙龈起脓包6 个月要求诊治。

现病史：一年前右上后牙曾有冷热痛史，曾在外院治疗过，一月前进食时将治疗过的牙咬断。

既往史：有牙疼痛史，否认重大疾患史。

检 查：右上5 残根，根管外露，探不通，叩(—)。右上4 颈部锲状缺损并发深龋，探已穿髓，无反应，冷热测无反映，叩(+)，松动1度。X两根尖周均有透射影像，直径0.5 \*0.5cm。自牙龈瘘管口插入牙胶尖，再拍X片，显示诊断丝指向右上4根处边界不清且不规则的透影区。

诊断：右上4慢性根尖脓肿(有瘘型)

鉴别诊断：

1，与右上5慢性根尖周炎鉴别：

诊断丝片显示：瘘管并非来自右上5

2，与慢性根尖肉芽肿鉴别：

(1)，牙龈无瘘管。(2)，X线片显示：根尖周透影区为圆形，边界较清楚。

3，与根尖囊肿鉴别：

(1)X线片显示：根尖周圆形透影区周围被一圆滑清晰的骨白线包绕;

(2)开髓后可有黄色清亮液体溢出，涂片镜检可见胆固醇结晶。

治疗设计;

(1)右上4根管治疗，充填颊颈部缺损，观察根尖病变的修复情况后考虑修复;

(2)右上5拔除后义齿修复。

牙震荡

主诉：上前牙因撞击疼痛1小时。

现病史：一小时前患者因打蓝球时不甚撞击至上前牙，感觉患牙有伸长感，咬合痛来院就诊。

既往史：否认有牙痛史和其他疾患史。

检查：右上1 牙冠完整，轻度松动，龈缘少量出血，叩(+)。冷热诊反应迟钝，X：未见根折情况，牙周膜间隙轻度增宽。

诊断：右上1 牙震荡

治疗计划：患牙调牙合，松牙固定，该牙修息，定期复查做牙髓活力测试，如牙变色及时做根管治疗。

上颌牙列缺失

主诉：上颌牙因松动已全部拔除三月余要求修复。

现病史：患者牙齿松动已数年，三个月前已逐步拔除，现要求修复。

既往史：有牙痛史，牙周病史，其他无重大疾患史。

检查：下颌牙个别牙已缺失，其余轻度松动，牙根暴露。上颌牙已缺失，牙槽骨、牙槽脊愈合良好。

诊断：上颌牙列缺失

治疗计划：上颌半口活动修复。

急性牙髓炎

主诉：左下牙后牙自发痛3 天，昨晚起阵发性加剧，现因剧痛就诊。

现病史：患者因一周前咀嚼食物嵌塞痛，后逐渐冷热激发性疼痛，时痛时停，近三天来 自发性阵发性疼痛，夜间特别痛，有时放射至颞部，现因剧痛难忍就诊。既往史：否认以往有牙痛史和其他疾患史。

检查：左下6 邻面深龋近髓，洞底有大量软化牙本质，探痛明显，叩(—)，冷热诊疼痛剧烈，且持续较长时间。

诊断：左下6 急性牙髓炎

鉴别诊断：龈乳头炎 疼痛为持续性胀痛，对温度测试仅为敏感，不发生激发疼痛，对疼痛能定位，患处龈乳头红肿，触痛。

三 叉神经痛 它有板击点，很少有夜间发作。

急性上颌窦炎 疼痛为持续性胀痛，患侧的上颌前磨牙和磨牙可同时受累均有疼痛，但无牙体疾患;上颌窦有压痛，同时 有头痛，鼻塞，脓涕等上呼吸道症状。

治疗计划：应急治疗 开髓引流 缓解患牙急性症状。好转后作根管治疗。充填后做保护冠修复。

智齿冠周炎

主诉：左下磨牙后区胀痛，咀嚼、吞咽时疼痛加重来诊。

现病史：患者一周前感觉左下磨牙区不适，近两天来感觉胀痛明显，咀嚼、吞咽时疼痛加重，有张口不适来院就诊。

既往史：有牙疼痛史，否认重大疾患史。

检查：左侧面部稍肿，颌下淋巴结有压痛，张口轻度受限，左下8 牙周牙龈红肿，探诊易出血，可探到阻生的左下 8，有脓液溢出。X检查：左下8近中低位阻生，融合根，左下7 远中邻面未见龋坏。

诊断：左下8 冠周炎

鉴别诊断：1.颌智齿冠周炎合并面颊瘘或下颌第一磨牙颊侧瘘时，可被误认为第一磨牙的炎症。

2.与下第二磨牙远中颈部龋引起的牙髓炎或牙槽脓肿相鉴别。

3.应与第三磨牙区牙龈的恶性肿瘤相鉴别。

治疗计划：局部治疗 3%双氧水冲洗，上碘甘油。如形成脓肿及时切开引流。

全身治疗 抗生素应用及全身支持疗法。

待炎症消退后切除盲袋或拔除阻生齿.

**第二篇：口腔门诊病历书写制度**

病历书写制度

病人的临床原始资料是非常重要的，书写病历时使用的墨水应该是永久性的、利于保存的，记录要完整、清楚，字迹不要潦草，不要涂抹病历。

病历必须精确的反映出初诊时病人的情况，以及医生的检查、诊断、治疗方案、治疗建议、治疗的经过以及术后的医嘱。不要漏诊、误诊、牙位书写正确、设计金额明确、欠付款记录明确。

一、病人的一般性资料

病人的病历包括以下一般资料，这些资料应该准确无误，并定期复查补充：

1、姓名、性别、年龄、出生日期；

2、地址（包括家庭地址和单位地址）；

3、家庭电话和单位电话；

4、手机号码（保证准确无误的情况下随时更新）。

二、全身病史

口腔医生不仅要把注意力集中在病人的口腔范围之内，还应对病人的全身情况给予足够的重视。在治疗前一定要询问病人有无心脏病、糖尿病及高血压病史，以及免疫系统疾病、过敏、目前正在接受的全身体疾病治疗、既往住院史、严重疾病史等。杜绝拔牙后出血不止、治疗过程中发生心肌梗塞、哮喘、对某些药物发生过敏等情况的发生。

询问全身病史的时候，应该按照一定的程序进行：

●目前是否接受某种疾病的治疗、近半年内有没有因身体不适而进行检查和治疗 ●明显的呼吸系统疾病：哮喘、肺气肿、结核等

●过敏：有没有因为服用某些食物而引起的不适，是否使用某种药物而产生不适 ●心脏病、血压病、心血管疾病、糖尿病、●血液性疾病

●恶性肿留：癌症、白血病等，是否做过放疗、化疗 ●甲、乙、丙形肝炎，黄疸等肝胆疾病

●免疫性疾病：如HIV阳性、艾滋病、血友病、红斑狼疮 ●怀孕：预产期、妊娠性疾病 ●精神性疾病和治疗情况

●对药物或酒精的依赖性，如镇静剂、安眠药等 ●任何其他应该让医生知道的情况或问题

三、口腔病史

病人的口腔病史是临床检查、制定治疗计划，以及今后的诊所服务的参考资料。主要包括：口外检查结果、软组织检查结果、牙列检查结果、牙周状况、咬颌关系和生长发育评估，作为完整的口腔检查，以上各项都应该记录仔细、明确。

四、诊断和治疗计划

诊断是根据口腔的检查、X线照片、研究模型等加以分析得出的临床结论，所以诊断和治疗计划应该有完整的临床检查记录做为支持，这些资料都应在病例中详细的记录下来。

治疗计划：对病人接受的治疗项目必须做出完整的治疗计划，标注明确每一项治疗计划的金额，思路清晰，核算正确，然后在病历的首页首行注明病人所需要交付的总金额。对于病人拒绝的治疗项目，应写出适当的建议，给予正确的引导，尽可能的动员病人进行治疗，如实在不行，需要病人签字确认。对于需要改设计方案的病历，不能在原设计方案中进行修改，应在当天的复诊记录中从新书写，并标注出每一治疗项目的收费金额。

五、病程记录

病程记录要清楚有条理。在记录每次复诊的内容前，都需对上一次治疗后的症状进行正确的描述及检查。治疗项目的局限性也应记录明确：

●治疗日期 ●局麻效果 ●使用的材料和方法 ●向病人提供的药物、数量 ●术后可能出现的不良情况

●有必要的治疗项目需签定“治疗同意书” ●临床医生的签名（需签全名）

对复诊的病人，无论是治疗后的复查、还是治疗中的定期追踪，都应全面而祥细的记录下来。

六、术后医嘱、预约复诊时间、回访内容及时间

诊所实行电子病历管理制度，要求每位医生在正确完整的书写完病人的就诊记录后，对术后的医嘱也应书写明确，以方便日后的回防工作。预约复诊时间也应记录在当天的就诊记录后面，这一项必须严格按照医生的出勤日期执行，在电子病历管理当中起着很重要的作用。诊所所有病人实行及时、定期回访制，所以要求医生对回防的内容、回防的日期在病历记录中书写明确，以完善定期回访工作。

七、病历保密性

建立病历，是每个诊所的责任，病历也是诊所的财产。病历保管工作实行专人专管个人责任制，必须保证其安全和隐秘。诊所其他员工不得以任何方式、任何理由带走病历。病人在就诊结束后，打印电子病历并付质量保证卡一同交给病人，原始病历同时做到封存，分科、分类、分日期封存入库。如需查阅时，必须经护士长同意后方可执行。

**第三篇：西医内科门诊病历书写**

西医内科门诊病历书写范文（初诊）

徐浦中医院 内科

2024-9-6

（主诉）胸闷、气急10天

（现病史）患者10天前上感后出现出现胸闷、心悸不适，活动后症状加重。病程中无发热、胸痛，无咳嗽咳痰；曾在明珠医院就诊，BCG示室性早搏，予以丹参片2#、Tid 口服，无明显效果，今来我院就诊。

（既往史）原有高血压病2年，不规则服药。吸烟史10年。无家族性遗传性疾病史。

（体格检查）PE：一般情况可，BP：150/90mmHg，心尖搏动强度中等，心率70次/分，律不齐，可闻及早搏，约

5-10 次/分，双肺音正常，腹平软，无压痛，NS（-）。

初步诊断：频发性室早

病毒性心肌炎？

冠心病？

高血压病（Ⅰ级，高危）

（处理）Rx（1）BCG（提示：频发室性早搏）

（2）胸部X线摄片（未发现明显异常）

（3）心肌酶检查（正常范围）

（4）慢心律片 50mg×

100# 2# Tid po

（5）稳心颗粒10gⅹ20包

10g Bid po（6）注意事项：休息，避免激动，防止感冒

（7）随诊，建议休息三周（签章）签名:\*\*\*\*\*

徐浦中医院

内科

2024-9-16

复诊，患者胸闷、心悸较前好转

PE：一般情况可，心率78次/分，律不齐，闻及早搏，约3-5次/分，双肺音正常，腹平软，无压痛。

初步诊断：病毒性心肌炎

频发室性早搏

高血压病（Ⅰ级，高危）

Rx:（1）复查BCG（提示频发性室性早搏）

（2）丹参片

60# 3# tid（3）继续服用慢心律片，1# tid（4）注意休息，随诊。

签名： \*\*\*\*\*\* 注：（急诊门诊及复诊病历与普通门诊和复诊的区别是时间要求准确到分钟，余基本相同）

门诊病历模板

❶ 急性上呼吸道感染 主诉

流涕咽疼3天

现病史 患者在3 天前因受凉后出现流涕、咽疼，无咳嗽、咯痰，无发热，曾自服感冒药症状加重，来诊。

体检

查：咽部充血，扁桃体Ⅱ°肿大，双肺，呼吸平稳，呼吸活动两侧均等，左/右清音，呼吸音清。心率：85次/分，心律齐，无心音分裂，无额外心音，各瓣膜区，未闻及杂音及，心包摩擦音。腹部平坦，无压疼

❷上呼吸道感染

主诉：咳嗽、咳痰伴发热3天

患者于3天前因下地干农活受凉后出现咳嗽、咳痰，无恶心、呕吐，无胸闷、气短，无腹胀、腹痛及腹泻，近日上述症状加重，今日故日前来我院就诊，❸上感1 主诉

鼻塞，流涕，咳嗽3天

现病史

患者在3天前，受凉后出现鼻塞，流涕，咳嗽，无咯痰及呼吸困难，无恶心呕吐。

体检

双肺，呼吸音清，无啰音。，心率：85次/分，心律齐，未闻及杂音.❹ 上感2 主诉 咽痛伴吞咽痛3天。

现病史 患者3天前出现咽痛吞咽痛，发病来伴头痛、全身乏力，无张口困难，无寒战、抽搐，无呼吸困难。既往史：无“高血压、糖尿病”史，无“风湿性心脏病、肾炎”史，无药物过敏史。

体检 一般情况可，体温37。心率80次/分，律齐，双肺呼吸音清。咽：咽隐窝无新生物。口咽黏膜明显充血，双舌腭弓充血肿胀，双扁桃体11度肿大，隐窝处可见点状脓性分泌物，咽后壁淋巴滤泡红肿。喉：会厌正常，双声带无充血肿胀、运动好。

❺

上感3 主诉

流涕咽疼2天

现病史天前，无明显诱因出现流涕、咽疼，未治疗，以后症状逐渐加重，今来诊。

体检

心率：85次/分，心律齐，无心音分裂，无额外心音，未闻及杂音，肺部，双肺，呼吸音清.❻ 上感4 主诉

流涕咽疼2天

现病史

2天前受凉后出现流涕咽疼，无恶心及呕吐，无头疼，无发烧，伴有轻度咳嗽，自服药物（具体药物不详）无效来诊。

体检

心率：95次/分，心律齐，未闻及杂音，肺部，双肺，呼吸音清，咽部充血。

❼

急性上呼吸道感染（新生儿）主诉

发热1小时

现病史

家长代诉：患儿1小时前无明显诱因开始出现发热，无畏寒.鼻塞.流涕.咳嗽.呕吐.腹痛腹泻等，由家长抱送来诊。

体检

体温:38.0℃，呼吸:21次/min,神清，精神反应可，无发绀及三凹征，前囟已闭，眼窝无凹，皮肤弹性可，手足口未见疱疹。咽充血，扁桃体I度肿大，两肺呼吸音清，心率95次/min，律齐，未闻及病理性杂音，腹软，肝脾肋下未及，肠鸣音正常，腹股沟去未及包块，神经系统检查阴性(-)。

❽

急性支气管肺炎（小儿）主诉

发热2天

现病史（家长代诉）2天前受凉后出现流涕进而发热，自测体温38.9°c，曾服布洛芬等药物无效来诊。

体检

心率：105次/分,，心律齐，无心音分裂，无额外心音，未闻及杂音，呼吸运动，两侧，对称，平稳，呼吸活动度，两侧均等，双肺可闻及干性罗音。，腹部，平坦。

❾急性支气管炎\_ 主诉：反复咳嗽咳痰20+年，复发加重伴乏力、发热1-天

现病史：患者于入院前20+年因受凉后出现咳嗽、咳痰，以夜间和晨起为甚，咳白色泡沫痰，量少，无恶心、呕吐，无畏寒、高热，无胸痛、胸闷等特殊不适。在药店买感冒药（具体药物不详）口服后，症状缓解，但反复发作。以秋冬季好发，每次持续至少两周。患者于入院前1-天，患者受凉后再次出现上述症状且加重，咳黄色粘稠痰液，量少；伴乏力、发热，T:38.2°左右，全身乏力，无恶心、呕吐，无畏寒、高热，无胸痛、胸闷等特殊不适。为求诊治，于今日特来我院门诊，门诊以“慢性支气管炎急性发作”收住院治疗。

❿ 急性支气管炎1 主诉

咳嗽10余天

现病史

10天前无明显诱因出现咳嗽、咯痰，无发烧，无咽疼、流涕，无恶心及呕吐，无头晕无头疼。自服药物无效来诊（具体药物不详）。体检

心率：70次/分，心律齐，未闻及杂音.左肺呼吸音粗糙。

⑪

急性支气管炎2 现病史

2天前无明显诱因出现咳嗽，无咯痰，无发烧，无恶心及呕吐。曾服护彤等药物治疗无效，今来诊。

体检

心率：110次/分，心律齐，未闻及杂音.左下肺可闻及少量干性罗音。

⑫

急性支气管炎3 主诉

发热、咳嗽、胸疼5天

现病史

5天前无明显诱因出现发烧、咳嗽、胸疼.测体温38.2°.伴头疼，无出大汗及夜间盗汗，咯少量白痰，左侧胸部刺痛，深呼吸时疼痛加重。自服退热药及消炎药（具体药物不详）,无效来诊.体检

心率：100次/分，心律齐，未闻及杂音，肺部，呼吸运动，两侧，对称，呼吸过快,左下肺可闻及支气管肺泡呼吸音。

⑬ 急性支气管炎4 主诉

反复发热、咳嗽5天

现病史

患儿5天前无明显诱因下开始出现发热，咳嗽，有痰，鼻塞，呕吐胃内容物一次，曾多次予先锋治疗，症状未见改善。于今天来诊，接诊时症见：患儿精神疲倦，发热，咳嗽，有痰，无气促。

体检

肺：呼吸正常，双侧呼吸活动度正常，语颤正常，双肺叩诊清音，肺肝浊音界、肺下界、呼吸时肺下缘移动度均正常。双肺可闻及干性啰音，语音传导无异常。无胸膜摩擦音、哮鸣音。

心：心尖搏动位于第4、5肋间左锁骨中线内0.5cm，心脏搏动节律整，心率92次/分，心音正常，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

⑭ 慢性阻塞性肺疾病

主诉

咳嗽、胸闷、气短2年,加重2天 现病史

2年来，反复咳嗽气喘，每年均有发作，静脉输入激素类药物可获缓解。曾在外院拍胸片，间断服用氨茶硷等药物。近来发作频繁，活动感气促。咳喘加重。

体检

T36.5℃，呼吸促，无鼻翼扇动.无发绀。鼻粘膜充血，咽部充血,咽后壁淋巴滤泡增生，扁桃体I度肿大无脓点。颌下淋巴无肿大无触痛。桶状胸，两肺呼吸音低、闻及哮鸣音，心率86次/分,心音有力.律规整。腹平坦，肝脾未触及。

⑮ 慢性肺源性心脏病 主诉

心绞痛

现病史

经上级医院诊断为肺心病、心绞病，按市二院治疗方案口服药物治疗中，每逢情绪激动或劳累后仍可诱发心绞痛发作，特来取药。

体检

血压：130/80mmHg，双肺音清，心律整，第一心音低钝，腹部触诊正常，神经系统（-）

⑯ 肺炎

主诉

畏寒发热咳嗽1周现病史

1周前，因旅途劳累加之受凉，出现畏寒寒战发热，体温达40度。在外院静点治疗后，仍时有发热，体温波动在37.5--38.5度间，伴胸痛、咳嗽，咯黄痰。

体检

体温:℃，脉搏:次/min，呼吸:次/min，血压: BP/mmHg，神清，呼吸平稳。皮肤无黄染、皮疹及出血点。浅表淋巴结末触及。咽充血，扁桃无肿大。胸廓无畸形，双侧呼吸动度均等。双肺呼吸音粗，肺底闻及湿罗音。心脏听诊正常。

⑰ 支气管哮喘

主诉

反复出现胸闷、咳嗽、气喘2年。

现病史

患者近年来，反复出现胸闷、咳嗽、气喘。用药及诊断不祥。平常 经采用抗炎平喘治疗后，病情可基本稳定，夜眠食欲可。今上述症状再次出现。故来诊。

体检

血压：130/80mmHg，呼吸；18次/分钟； 双肺呼吸音粗，哮呜音散在。剑下见心脏博动，腹部触诊正常，神经系统（-）

⑱ 鼻出血

主诉

左侧鼻腔反复、间断出血3天

现病史

3天前因鼻腔干燥，挖鼻后出现左侧鼻腔出血，量不大，为鲜血，经自行填塞鼻孔后可暂时血止，但易复发，不伴有鼻塞、脓涕、清涕，不伴有头痛及嗅觉减退，无其他鼻外伤及手术史，无高血压、心脏病及其他疾病史。否认药物及食物过敏史。

体检

鼻外观无畸形，左侧鼻腔可见活动性出血，吸引器吸净积血及凝血块后可见鼻中隔向左偏曲，有一骨嵴，骨嵴前端近黎氏区黏膜有一活动性出血点，下鼻甲不大，右侧鼻腔黏膜光滑，鼻甲不大，无异常分泌物。急性鼻炎

主诉

鼻塞、打喷嚏、流清涕四天余。

现病史

四天前受凉后出现双侧鼻堵、水样鼻涕、嗅觉减退，症状逐渐加重，并伴有全身不适、头痛。

体检 鼻粘膜充血、肿胀，总鼻道可见水样鼻涕，中鼻道未见脓性分泌物。急性扁桃体炎

主诉

发热、咽痛伴吞咽痛3天。现病史

患者发病来伴头痛、全身乏力，无张口困难，无寒战、抽搐，无呼吸困难。既往史：无“高血压、糖尿病”史，无“风湿性心脏病、肾炎”史，无药物过敏史。

体检

一般情况可，急性面容，体温380C。耳：双耳廓对称无畸形，外耳道无红肿，双鼓膜完整、标志清，乳突无压痛。鼻：外鼻无畸形，鼻前庭正常。鼻腔黏膜无充血，双下鼻甲无肿大，鼻腔内无新生物及脓性分泌物。咽：鼻咽黏膜光滑，咽隐窝无新生物。口咽黏膜明显充血，双舌腭弓充血肿胀，双扁桃体11度肿大，隐窝处可见点状脓性分泌物，咽后壁淋巴滤泡红肿。喉：会厌正常，双声带无充血肿胀、运动好。颈部淋巴结：右颌下可及一1.0X2.0cm肿大淋巴结, 质韧，边界清、活动有触痛。急性化脓性鼻窦炎

主诉

右侧头痛、流脓涕、鼻塞一周余。

现病史

一周前感冒后出现右侧头痛，颌面部明显，伴有大量脓性涕，鼻涕难以擤尽，右侧鼻塞呈持续性。自服“感冒通”三天，症状无明显好转。

体检

右侧鼻粘膜肿胀、充血，鼻腔内大量脓性分泌物，麻黄素收缩鼻腔后，用吸引器吸出鼻腔脓液，见右侧中鼻道仍有脓液，中鼻道充血狭窄。鼻中隔高位右偏。右侧颌面部红肿压痛。左侧鼻腔无明显充血，无脓涕。急性咽炎

主诉

咽痛伴吞咽痛3天。

现病史

发病来无发热、头痛，无张口困难。即往史：无糖尿病、高血压史，无药物过敏史。

体检

一般情况可。体温不高。耳：双耳廓对称无畸形，外耳道无红肿，双鼓膜完整、标志清，乳突无压痛。鼻：外鼻无畸形，鼻前庭正常，鼻腔黏膜无充血、肿胀，双下鼻甲无肿大，鼻腔内无新生物及脓性分泌物。咽：鼻咽黏膜光滑，咽隐窝无新生物。口咽黏膜明显充血，咽后壁淋巴滤泡红肿，双扁桃体1度肿大，表面无脓性分泌物，双侧梨状窝清晰。喉：会厌正常，双室带对称，双声带无充血肿胀、运动好。颈部淋巴结：右颌下可及一1.0X2.0cm肿大淋巴结, 质韧，边界清、活动有触痛。

29急性鼻炎

××××年××月××日

鼻塞、打喷嚏、流清涕四天余。

四天前受凉后出现双侧鼻堵、水样鼻涕、嗅觉减退，症状逐渐加重，并伴有全身不适、头痛。

P.E：T 37.5℃，鼻粘膜充血、肿胀，总鼻道可见水样鼻涕，中鼻道未见脓性分泌物。

Imp：急性鼻炎

R：

1． 注意休息。

2． 抗病毒口服液 10ml tid 3． 感冒通 2＃ tid 4． 1％ 呋喃西林麻黄素 10ml×1/2-3滴 一日三次

签名：xxx

32急性化脓性鼻窦炎 ××××年××月××日

右侧头痛、流脓涕、鼻塞一周余。

一周前感冒后出现右侧头痛，颌面部明显，伴有大量脓性涕，鼻涕难以擤尽，右侧鼻塞呈持续性。自服“感冒通”三天，症状无明显好转。

P.E：T 37.6℃ 右侧鼻粘膜肿胀、充血，鼻腔内大量脓性分泌物，麻黄素收缩鼻腔后，用吸引器吸出鼻腔脓液，见右侧中鼻道仍有脓液，中鼻道充血狭窄。鼻中隔高位右偏。右侧颌面部红肿压痛。左侧鼻腔无明显充血，无脓涕。

Imp：急性化脓性上颌窦炎（右）

R：

1)克拉霉素 0.5 qd 2)1％ 呋喃西林麻黄素 10ml×1/2-3滴 一日三次 3)吉诺通0.3 tid 4)鼻窦CT（冠状位）

5)复诊，必要时行上颌窦穿刺治疗

签名：xxx

34慢性咽炎

主诉

咽部异物感1月。

现病史

发病来有时轻度咽痛、咽部发干。无发热、头痛及吞咽困难，进食顺利。既往史：无糖尿病、高血压史，无药物过敏史，无肿瘤家族史。

体检

一般情况好。耳：双耳廓对称无畸形，外耳道无红肿，双鼓膜完整、标志清，乳突无压痛。鼻：外鼻无畸形，鼻前庭正常，鼻腔黏膜无充血、肿胀，双下鼻甲无肿大，鼻腔内无新生物及脓性分泌物。咽：鼻咽黏膜光滑，咽隐窝无新生物。口咽黏膜慢性充血，咽后壁淋巴滤泡明显增生，咽侧索肥厚。双扁桃体1度肿大，表面无干酪性分泌物，舌扁桃体增生。双侧梨状窝清晰。喉：会厌正常，双室带对称，双声带无充血肿胀、运动好。颈部淋巴结：未及肿大淋巴结。

35慢性咽炎 2024.11.25

咽部异物感6月。

发病来有时轻度咽痛、咽部发干。无发热、头痛及吞咽困难，进食顺利。

既往史：无糖尿病、高血压史，无药物过敏史，无肿瘤家族史。

P.E：一般情况好。

耳：双耳廓对称无畸形，外耳道无红肿，双鼓膜完整、标志清，乳突无压痛。

鼻：外鼻无畸形，鼻前庭正常，鼻腔黏膜无充血、肿胀，双下鼻甲无肿大，鼻腔内无新生物及脓性分泌物。

咽：鼻咽黏膜光滑，咽隐窝无新生物。口咽黏膜慢性充血，咽后壁淋巴滤泡明显增生，咽侧索肥厚。双扁桃体1度肿大，表面无干酪性分泌物，舌扁桃体增生。双侧梨状窝清晰。

喉：会厌正常，双室带对称，双声带无充血肿胀、运动好。

颈部淋巴结：未及肿大淋巴结。

Imp：慢性咽炎

R：

1、含片：草珊瑚含片20# / 1# Tid

2、中药：冬凌草片100# / 4# Tid 签名：xxx

36急性扁桃体炎

发热、咽痛伴吞咽痛3天。

患者发病来伴头痛、全身乏力，无张口困难，无寒战、抽搐，无呼吸困难。

既往史：无“高血压、糖尿病”史，无“风湿性心脏病、肾炎”史，无药物过敏史。

P.E：一般情况可，急性面容，体温380 C。

耳：双耳廓对称无畸形，外耳道无红肿，双鼓膜完整、标志清，乳突无压痛。

鼻：外鼻无畸形，鼻前庭正常。鼻腔黏膜无充血，双下鼻甲无肿大，鼻腔内无新生物及脓性分泌物。

咽：鼻咽黏膜光滑，咽隐窝无新生物。口咽黏膜明显充血，双舌腭弓充血肿胀，双扁桃体11度肿大，隐窝处可见点状脓性分泌物，咽后壁淋巴滤泡红肿。

喉：会厌正常，双声带无充血肿胀、运动好。

颈部淋巴结：右颌下可及一1.0X2.0cm肿大淋巴结, 质韧，边界清、活动有触痛。

Imp：急性扁桃体炎

R：

1、含片：草珊瑚含片20# / 1# Tid

2、嗽口：口泰嗽口液 200ml / 嗽口 饭后嗽

3、抗生素：泰力特0.25 X 6# / 0.25 Qd

4、中药清热解毒：清热解毒口服液10支 X 2盒/ 1支 Tid

5、清热解痛药：泰诺 10# / 1# Prn 签名：xxx

37急性咽炎 2024.11.25

咽痛伴吞咽痛X天。

发病来无发热、头痛，无张口困难。即往史：无糖尿病、高血压史，无药物过敏史

P.E：一般情况可。体温不高。

耳：双耳廓对称无畸形，外耳道无红肿，双鼓膜完整、标志清，乳突无压痛。

鼻：外鼻无畸形，鼻前庭正常，鼻腔黏膜无充血、肿胀，双下鼻甲无肿大，鼻腔内无新生物及脓性分泌物。

咽：鼻咽黏膜光滑，咽隐窝无新生物。口咽黏膜明显充血，咽后壁淋巴滤泡红肿，双扁桃体1度肿大，表面无脓性分泌物，双侧梨状窝清晰。

喉：会厌正常，双室带对称，双声带无充血肿胀、运动好。

颈部淋巴结：右颌下可及一1.0X2.0cm肿大淋巴结, 质韧，边界清、活动有触痛。

Imp：急性咽炎

R：

1、含片：草珊瑚含片20# / 1# Tid

2、抗生素：泰力特0.25 X 6# / 0.25 Qd

3、中药清热解毒：双黄连10支 X 2盒/ 1支 Tid 签名：xxx

急性胃肠炎

呕吐、腹泻2天，加重伴发热1天。

2天前进食不洁食物后出现恶心、呕吐，呕吐3次，非喷射性，呕吐物为为内容物，无咖啡样液体及其他异常，呕吐后自觉轻松，逐渐出现腹痛，脐周痛，程阵发性绞痛，腹痛引起腹泻，腹泻后腹痛减轻，为黄色不成形稀水样便。每日3—5次，无里急后重感，无粘液、脓血。自觉全身乏力，纳差，头昏。在村卫生室给予输液1天（具体用药不详），呕吐较前减轻，腹泻未见好转，为进一步检查及治疗来我院。门诊测体温38.6℃，以急性胃肠炎收住。发病以来，精神食欲差，无皮肤干燥，无口感，口渴

51慢性胃炎急性发作

主

诉：反复中上腹疼痛不适40+年，复发加重1＋天。

现病史：40+年前患者无明显诱因出现中上腹持续性疼痛，饱胀不适，饥饿时和餐后加重，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，无头昏、头痛、咳嗽、咳痰、畏寒发热等，自行在外服用“胃药”后缓解，具体用药不详；以后每因饮食不慎、不节或无明显诱因反复发作，不随精神情绪加重或减轻，或在门诊诊治，或自行服用“斯达舒、胃必治、丽珠得乐、吗叮啉”等，病情缓解即停药，未正规诊治。1＋

天前患者进食油腻食物后中上腹疼痛再次发作，为持续性疼痛，上腹饱胀，伴恶心、胸闷，患者自服“速效救心丸10粒

Tid，吗丁啉10mg Tid”，病情无缓解，患者为得到进一步诊治，故今日到我院，门诊以“慢性胃炎、冠心病”收入我科。此次患病以来，无肩背部疼痛，疼痛无阵发性加剧、无转移，无呕吐、胸骨后疼痛、呼吸困难、意识障碍，精神差，进食量少，睡眠差，大小便正常。

高血压

间断性头晕头痛5余年，加重1周患者自述近5年来常出现间断性头晕、头痛，伴视物模糊、黑朦及晕厥，无胸痛、胸闷，无恶心、呕吐等不适症状，血压最高达180/100mmHg，间断服用“卡普利、利血平、硝苯地平”等降压药物治疗，血压控制在120/80mmHg左右。1周前患者再次出现头晕、头痛等不适症状，不伴胸闷、发憋、心悸及恶心等症状，无呕吐物，无胸痛、放射痛，无咳嗽、咳痰等不适症状，自行服用药物，症状可缓解。今日为求进一步治疗，以“高血压病Ⅲ级”收入我科。患者发病以来，精神、睡眠可，大小便正常。

冠心病

主诉：反复心悸、胸闷2年，加重一周。

现病史: 患者于2年前无明显诱因出现心悸、胸闷症状，在巴市医院检查确诊为冠心病，确诊以来一直口服消心痛、丹参滴丸等药物治疗，症状好转。近一周生气后复发心悸、胸闷症状，今日为求系统方便治疗，故入我院求治。以“冠心病”收入院。患者此次发病精神、睡眠欠佳，饮食差，二便正常。

既往史：既往冠心病史2年，腰椎间盘突出3年。否认有肝炎、结核等传染病史。无药物及食物过敏史，无外伤、手术及输血史。

冠心病

主述：阵发性心前区疼痛，不适1年，加重3天

现病史：1年前患者无明显诱因，出现心前区疼痛，不适，胀痛，持续时间几分钟，可缓解，心前区痛，无放射，在我院诊断：“冠心病”，经过治疗后（具体不详），上述症状缓解。以后患者在劳累时或者情绪激动时，患者感心前区不适加重，治疗后患者无心前区痛。3天前患者在休息时突然感心前区不适，胀痛，阵发性，无放射，持续时间几分钟，可缓解，伴咳嗽，咳痰，在家服药（具体不详），上述症状无缓解，于今日来我院，门诊以“冠心病”入院。发病以来，患者胃纳差，二便正常。

**第四篇：口腔门诊病历书写规范**

口腔门诊病历书写规范

病历书写项目：

1、病历书写总要求

2、病历首页

3、主诉

4、现病史

5、既往史、家族史

6、体检 /查体

7、诊断

8、处置

9、签名

病历书写总要求：

1、在病历印刷边框线内、使用蓝或黑色钢笔或圆珠笔书写；字体工整、能够辨认，无自创字，错别字；更正笔误用双线划在错字上，原字迹可辨认； 审查修改病历,应注明修改日期,修改人员签名，保持原记录清楚可辨。

2、语言通顺，术语正确，绘图标记正确。

3、增加附页应在页眉处记明姓名、页码。

4、主诉牙（主诉病）首诊按初诊书写病历。复诊指主诉牙（主诉病）的继续治疗。

5、发现病历误、漏时应于篇尾补记并说明情况，禁止在误、漏原位处修改。

病历首页的书写：

1、记载姓名、性别、年龄；存档病历应记载电话、通信地址、初诊科别、日期、邮编及X线片号、病理号。

2、药物过敏史注明过敏药物或记为“否认”。存档病历首页应另外记载以下内容：

3、诊断或初步诊断：部位＋诊断名称。

4、主诉牙（主诉病）每次诊治后需在病历首页填明日期、科别、诊断、处置及医师签名。

主诉的书写：

1、部位＋症状＋发病时间（或病程日期）

2、有些主诉可不含症状或发病时间

3、复诊：同一患牙或疾病写治疗后自觉症状。

现病史的书写：

主诉牙（主诉病）病史的发生，发展，曾经治疗，目前情况。

既往史、家族史、全身情况的书写：

1、正确记录患者陈述（与本病有关的）

2、无陈述时记明情况。

口腔专科检查的书写：

1、检查内容：额面部、口腔软组织、颞额关节、涎腺、上下班颈部和牙体、牙周组织。

2、检查原则：应根据主诉，有选择地、顺序地先口外后口内逐项检查记录，以免遗漏，尽量做到全面细致。有关鉴别诊断的重要阴性项目亦应记录。一．牙体牙髓专业、口腔儿科专业

1、龋齿、牙髓及根尖病 主诉牙的牙位或与主诉、症状相符的牙位、龋坏牙面、龋蚀度数、探诊、叩诊及松动度。

拍X线片者，需正确描述根吸收、根尖周、根分歧、恒牙胚等情况。

正确记录疑有病变的非主诉牙牙位、龋坏牙面及其它异常情况。

必要的牙髓活力检测。

正确记录牙周情况和与主诉相关的其他情况。

2、复诊：

详细记录主诉牙（主诉病）上次治疗后反应及本次检查中所见。检查项目应记录。检查项目中如未记录的则视为阴性结果。二．牙周专业

1、正确记录：牙垢、牙石度数、牙龈组织变化、牙周探诊、牙齿松动度、咬合创伤存在与否、牙列缺损等。

2、牙周系统治疗病人应详细填写牙周专科检查表： 探诊深度、龈退缩、出血指数、松动、牙石、根分歧病变、颌关系、菌斑指数、签名日期、治疗设计。

3、正确记录X线片及其他辅助检查所见。

4、正确记录其他口内、口外、修复、正畸科阳性所见或无前述情况的记载。

5、复诊：详细记录上次治疗后反应及本次检查中所见。三．粘膜专业

1、正确记录

粘膜组织的病损部位、大小、性质、表面及基底情况。

与粘膜专业有关的皮肤及全身情况。

2、正确记录必要的血液检查、涂片检查及活体组织病理检查。

3、详细记录上次治疗后反应及本次检查所见。四．口腔外科

1、详细记录需拔除的主诉牙： 牙齿松动度、龋坏、牙周表现及外伤所见。

2、正确记录邻牙、其它非主诉牙和相对牙列的口腔外科阳性所见。

3、口腔颌面外伤。

伤位、伤情、失血量及全身情况。

紧急伤员需记录生命体征（T、P、R、BP）。

4、关节疾患、炎症、肿瘤。

详细记录口腔、颌面、唇舌、颊粘膜情况，淋巴结表现及全身一般情况。

开口度、开口型、咀嚼、合压痛点、关节弹响、咬合功能等。

5、正确记录X线片、检验、病理等辅助检查。

6、正确记录其他阳性所见。

7、复诊：详细记录上次治疗后反应及本次检查中所见。五．正畸专业

1、完成病历首页的正常程序书写，检查栏内必须填写“详见正畸病历”。

2、详细记录口腔正畸专科病历（不含关节病正畸外科正畸及牙周病正畸）。

姓名、性别、年龄、出生日期、籍贯、身高体重、病案号、记存号、X线号、医师、开始治疗日期。

按要求填写口腔一般情况。

正确描述正畸专业所见： 合类型、磨牙关系。前牙覆合、前牙覆盖、前牙开合、牙列拥挤、错合畸形、中线、颌体、齿槽座、面部健康情况、关节情况、家庭史、诊断、因素机制等，无阳性所见时记录“－”。

正确描述和记录X线片所见。

3、复诊：详细记录上次治疗后情况及本次检查所见。六．修复专业

1、正确记录牙体缺损所见： 基牙位置、形态、有无缺损、治疗情况（牙髓及无髓牙治疗情况）、松动度、牙龈、牙周袋、合关系。

2、正确记录牙列缺损所见： 缺损部位、数目、咬合关系、余牙健康情况。

3、正确记录牙列缺失所见：

牙槽骨情况、粘膜、拔牙创及骨尖骨突。

咬合 正常、深覆合、深覆盖、对刃合、反合、锁合、偏斜。

垂直距离、颞颌关节、口腔粘膜情况。

4、X线片所见：龋、牙周膜、根尖周、牙槽骨、根充等。

5、正确记录非主诉（主诉病）的修复正畸阳性所见。

6、正确记录其他口内口外阳性所见或无前述情况的记载。

7、复诊：治疗后的修复体形态、固位、边缘伸展、密合度衔接关系、咬合、美观及修复效果。

诊断的书写：

1、诊断依据充分、诊断名称正确。

主诉牙（主诉病）的诊断。其他病的诊断。

2、诊断不明确时应记录“印象”或“待查”。

3、三次就诊仍不能确诊应及时请上级医师会诊，并做出详细记录。

处置的书写：

1、治疗设计

简明设计方案。前提是取得患者或其监护人的同意。治疗设计合理，必要时附以图示。

正畸科治疗设计应详细记录患者或患儿家长要求、治疗目的；活动矫正器设计图示、日期、签名。

专科病历中详细记录治疗设计。

2、临床技术操作

详细记录治疗过程、治疗操作、用药及手术、（记录根管数目、部位、长度、牙髓状态及冠髓情况）。

按照质量控制指标完成治疗过程。

疑难病治疗超过疗程，应及时请上级医师会诊并详细记录，必要时由会诊医师填写会诊意见。

主诉牙预约或阶段治疗结束后定出复诊日期。

3、临床用药

详细记录用药名称、剂量用法等情况，合理用药，正确用药。

签名、盖名章的书写：

1、经治医师、指导医师签全名，签名字迹清晰。在签名上盖名章。

2、复诊与初诊病历书写要求相同。

**第五篇：内科完整病历**

内科完整病历范文 入 院 病 历

姓名辛志强

工作单位

职业

性别男

住址上海市凤阳路716号

年龄60岁

入院日期2024-3-11，10:00

婚否已婚

病史采取日期2024-3-11，10:00

籍贯山东平原县 病史记录日期 2024-3-11，10:00

民族汉

病情陈述者本人

主诉 反复发作劳累后心悸、气急、浮肿22年余，加重2月余。

现病史 患者于1972年至1976年间常宿营野外及经常发热、咽痛，此后常感四肢大关节游走性酸痛，但无红肿及活动障碍。1968年起，发现晨起时双眼睑浮肿，午后及傍晚下肢浮肿。未经特殊治疗。1980年起于快步行走0.5km后，感胸闷、心悸，休息片刻即能缓解。1986年后快步行走200m，即感心悸、气急；同时易患“感冒”，偶于咳嗽剧烈时痰中带血。1983年起，多次发生夜间阵发性呼吸困难，被迫坐起1小时左右渐趋缓解，无粉红色泡沫样痰，仍坚持工作。1988年以后则经常夜间不能平卧，只能高枕或端坐，同时出现上腹部饱胀、食欲减退，持续性下肢浮肿，尿少，活动后感心悸、气急，不能坚持一般工作。1990年以后浮肿明显加重，由小腿发展至腰部，尿量明显减少，每日400～500ml，服利尿剂效果亦差，腹胀回升重，腹部渐膨隆。无尿色深黄及皮肤瘙痒感。休息状态下仍感胸闷、心悸、气急。于1970年在外院诊断为“风湿性心脏病”，1976年发现有“房颤”，此后长期服用地高辛，同时辅以利尿剂，近来增用扩血管药物，病情仍时轻时重，并多次出现洋地黄

过量情况。近2月来一直服地高辛，每日0.25mg。于一月下旬再次出现胸闷、气急、心悸加重，夜间不能平卧，阵发性心前区隐痛，轻度咳嗽，咯白色粘痰，自觉无发热，无咯血。今日入院治疗。

过去史平时体质较差,易患感冒。无肝炎及结核病史。未作预防接种已近30年。

系统回顾：无眼痛、视力障碍，无耳流脓、耳痛、重听，无经常鼻阻塞、流脓涕，无牙痛史。

呼吸系：1974年起经常咳嗽，咯白色泡沫样痰，每日30～50ml，冬季加重，偶发热时咯脓痰，无胸痛、咯血史。

循环系：除前述病史外，1976年起发现血压增高，20.0～21.3/13.3～16.0kPa，间歇服复降片等药治疗.1986年后血压正常。

消化系：无慢性腹痛、腹泻、嗳气、反酸、呕血及黑便史。

泌尿生殖系；无尿频、尿急、尿痛、血尿及排尿困难史。

血液系：无鼻出血、齿龈出血、皮肤瘀斑史。

神经精神系：无头痛、耳鸣、晕厥、抽搐、意识障碍及精神错乱史。

运动系：无运动障碍、脱位、骨折史。其余见现病史。

外伤及手术史：1982年行左侧腹股沟斜疝修补术。无外伤史。

中毒及药物过敏史：无。

个人史 出生于原籍。1952年入伍，经常在野外宿营，曾去过广州、福建、东北等地，无血吸虫疫水接触史。1956年转业来上海工作，已病休10年。吸烟 40年，每日20支，近10年已少吸，戒烟2年。喜饮酒，每日100ml，近2年已少饮。30岁结婚，生育二女一男。妻健。

家族史 父母分别于1948、1951年病故，死因不明，四个姐姐及子女三人均健康，无类似病史。

体 格 检 查

一般情况 体温37.8℃，脉搏92±/min，呼吸24/min，血压17.3/9.3kPa，发育正常，营养中等。神志清楚，慢性病容，斜坡卧位，对答切题，体检合作。

皮肤

无明显黄染，无皮疹、出血点、血管蛛及肝掌。毛发分布正常。

淋巴结 未触及明显肿大的浅表淋巴结。

头部

头颅： 无畸形，无压痛，无外伤及疤痕。头发略显灰花、有光泽，无秃发。

眼部：眉毛无脱落，睫毛无倒生。双眼睑无浮肿，眼球轻度突出，运动自如。结膜轻度充血，无水肿。巩膜轻度黄染，角膜透明。两侧瞳孔等大同圆，对光反应良好。

耳部：耳部无畸形，外耳道无溢脓，乳突无压痛，无耳垂纹，听力粗测正常。

鼻部：无鼻翼扇动，通气畅，鼻孔未见血痂，鼻中隔无偏曲，嗅觉无异常，鼻窦无压痛。

口腔：口唇轻度发绀、无疱疹，7∣6中龋。齿龈无肿胀、出血及溢脓。舌质红，苔黄腻。伸舌居中，舌肌无震颤。口腔粘膜无溃疡，咽后壁轻度充血，有少数淋巴滤泡增生。扁桃体不肿大，无脓性分泌物。软腭运动对称，悬雍垂居中。

颈部 柔软，对称，颈静脉怒张，未见动脉异常搏动。气管居中，甲状腺不肿大，无结节、触痛，未闻及血管杂音。

胸部

胸廓 无畸形，两侧对称，运动正常，肋弓角约90o，胸壁无静脉曲张及压痛。双侧乳头对称。

肺脏 视诊：呼吸运动两侧一致，呼吸动度增强。

触诊：两侧呼吸运动相等，语颤一致无胸膜摩擦感。

叩诊：呈清音，肺下界位于肩胛下角线第10肋间，呼吸移动度4cm。

听诊：呼吸音粗糙，未闻及异常呼吸音，双肩胛下区可闻少许细湿罗音，未闻胸膜摩擦音。

心脏：视诊：心尖搏动位于左腋前线第6肋间，搏动范围弥散。心前区无隆起。

触诊：心尖搏动位于左腋前线第6肋间处，与心前区均有抬举性冲动，心尖部并可触及舒张期震颤。无心包摩擦感。

叩诊：心浊音界向两侧扩大，以向左下扩大为主，大小如右表。锁骨中线距离中线9cm。

右(cm)肋间左(cm)

2Ⅱ6

3Ⅲ7

4Ⅳ14Ⅴ13

听诊：心率120±/min，心律绝对不齐，心音强弱不等，心尖区可闻向左腋下传导的全收缩期粗糙Ⅳ级吹风样杂音及局限性舒张中晚期Ⅳ级隆隆样杂音。主动脉 瓣第二听诊区闻及Ⅲ级收缩中期喷射性杂音向颈部传导，舒张期递减性杂音向胸骨下端传导。肺动脉瓣区及三尖瓣区均可闻及收缩期柔和Ⅰ级吹风样杂音，不传导，吸气时不增强。P2=A2P2无亢进或分裂。无心包摩擦音。

腹部 视诊：腹膨隆，两侧对称，腹壁静脉显露，腹式呼吸消失。未见肠型、蠕动波及异常搏动。左侧腹股沟上方可见长6cm斜形手术疤痕。

触诊：腹柔软，腹壁轻度水肿，无压痛、反跳痛，未触及包块。肝肋下10cm，剑突下13cm，质偏硬、边钝，表面光滑，有轻度压痛。脾肋下2cm，质中、边钝，胆囊、肾未触及。肝颈回流征阳性，腹围83cm。

叩诊：上腹呈鼓音，肝浊音上界右锁骨中线第5肋间，肝区有轻度叩击痛。腹部有移动性浊音。

听诊：肠鸣音存在，不亢进，未闻气过水声及血管杂音。

外阴及肛门 尿道口无溃疡、糜烂及分泌物。睾丸及附睾正常，无压痛。阴囊有水肿，但无充血、皲裂。肛门无肛裂及外痔。

脊柱及四肢

脊柱呈生理弯曲，各椎体无压痛。肋脊角无叩击痛。腰骶部有凹陷性浮肿。四肢无畸形，下肢凹陷性浮肿，无静脉曲张及溃疡，无杵状指、趾。关节无红肿，运动自如。有水冲脉、枪击音及毛细血管搏动。桡动脉、足背动脉搏动存在。

神经系统 肢体感觉正常，运动无障碍。肱二头肌腱、三头肌腱、膝腱、跟腱反射正常。巴彬斯奇征阴性，克尼格征阴性。

检验及其他检查

血像：红细胞4×1012/L,血红蛋白108g/L,白细胞计数14.5×109/L,中性81%,淋巴17%,单核2%。

X线：胸透示心影普遍增大，肺内有明显淤血征象，肺动脉圆锥突出，右膈肌光整，肋膈角锐利，左膈肌被心影遮盖。

心电图：快速心房颤动，右室肥厚，ST-T改变，部分与洋地黄作用有关。

小结

患者男性，60岁，起病缓慢，病情进行性加重，病程较长，起病前有反复发热、咽痛及四肢大关节游走性疼痛史。22年来，主要表现为逐渐加重的心悸、气急、浮肿等症状。并有慢性咳嗽、咯痰10年，痰白色泡沫样，每日30～50ml左右。体检发现T37.8℃，心尖部有舒张期震颤,心尖区及主动脉瓣第二听诊区有双期杂音,两肺底闻及细湿罗音,且有肝脾肿大、腹水、浮肿、黄疸。白细胞计数14.5×109/L，中性81%，胸透见心影普遍增大，以向左下增大为主，伴有肺内淤血征象。心电图提示快速心房颤动，右室肥厚。

最后诊断（2024-3-12）初步诊断

同右1．风湿性心脏病

二尖瓣狭窄及关闭不全

主动脉瓣狭窄及关闭不全

心房纤颤

充血性心力衰竭

心功能Ⅳ级

2．心源性肝硬化

3．慢性支气管炎，感染加重

4．龋病7∣6

病程 记 录

2024-3-11

病人于上午10时入院。入院后胸闷、气急、不能平卧，尿少，全身浮肿，心律不齐，心率120±/min，经心电图检查为心房纤颤，给予50%葡萄糖液20ml加去乙酰毛花甙丙0.4mg及呋喃苯胺酸（速尿）20mg静注，1小时后排尿200ml，心率100±/min，自觉症状稍有改善。

根据病史特点：起病缓慢，病情进行性加重，病程较长。起病前有反复发热、咽痛，四肢大关节游走性疼痛史。22年来主要表现为逐渐加重的心慌、气急、浮肿等症状。体检发现心尖区及主动脉瓣第二听诊区有双期杂音，心尖区伴有舒张期震颤，故拟诊风湿性心脏病，二尖瓣狭窄及关闭不全，主动脉瓣狭窄及关闭不全，充血性心力衰竭。

病人肝脾肿大、腹水、黄疸的原因，根据心脏病22年，全心衰10年，反复发生浮肿，而无肝炎、血吸虫病等病史，故考虑为慢性充血性心衰所致的心源性肝硬化。

病人心衰症状加重，通常与感染、风湿活动、洋地黄用量不足或过量、电解质紊乱等因素有关。此次病人咳嗽、咯痰、低热、白细胞计数增高，原有慢性咳嗽、咯痰史10年，说明有慢性支气管炎感染加重存在。同时病人长期应用地高辛0.25mg/d，仍有心衰加重，但无黄视、绿视、恶心、呕吐；心电图除心房纤颤外，无其他严重心律失常及传导阻滞现象，故考虑为洋地黄用量不足。

诊疗计划

1．查血沉、抗O及C反应蛋白、电解质、肝功能、HBsAg、AFP、血浆蛋白。

2．超声心动图、胸部正侧位吞钡X线摄片，肝、脾超声检查。

3．治疗原则 强心，利尿，抗感染；慎用洋地黄，慎防过量。护理应注意卧床休息，低盐饮食，观察心率、心律及尿量。

马英/陈长春

2024-3-12 今日上午牛主治医师查房，认为根据病史及体征可诊断为联合瓣膜病、慢性心衰、心源性肝硬化。此次心衰加重，可能与呼吸道感染加重及饮食钠盐限制不严格而加重心脏负担有关。关于治疗方面，认为应卧床休息，充分供氧，控制钠盐，补充钾盐，加强抗感染，应用青、链霉素。地高辛仍服用维持量0.25mg/d，但患者心衰时间长，心肌情况和肝功能均差，尤其在与利尿剂合用时，应密切注意观察，警惕洋地

黄过量。上述意见均已执行。今日下午病人情况略有好转，呼吸较平稳，心率70～80/min，浮肿减轻。（部分病程记录从略）

2024-3-27 阶段小结

病人因风湿性联合瓣膜病、心衰、电源性肝硬化、慢性支气管炎感染加重入院，入院后经青链霉素抗感染及强心、利尿等治疗2周，目前无咳嗽、咯痰、发热，心悸、气急改善，尚能平卧。体检：两肺底细湿罗音消失，心律仍不齐，心率72±/min，腰骶部及阴囊水肿消退，下肢轻度凹陷性浮肿，腹围缩小至75cm。入院后超声心动图检查提示：左房、左室、右室及右室流出道扩大，二尖瓣呈城墙样改变，主动脉瓣开放振幅减低。肝功能检查总胆红素23.9μmol/L(1.4mg),z

nTT14U,γ-GT128U,血浆总蛋白量50g/L,白蛋白20g/L,球蛋白30g/L,HBsAg阴性.B型超声检查肝内未见占位性病变.以上各项检查结果,支持上述诊断.今后应继续卧床休息,严格限制钠盐,应用地高辛、利尿剂、注意观察心律、心率变化及尿量。马英/陈长春

2024-3-31交班记录

患者男性，60岁，因风湿性联合瓣膜病、充血性心衰、心源性肝硬化及慢性支气管炎感染加重，于2024年3月11日入院。入院时病人心悸、气急，不能平卧，尿少，全身浮肿明显，同时伴发热，白细胞计数增高。经青、链霉素治疗2周，还应用了地高辛、利尿剂，目前无发热，气急、心悸改善，尚能平卧。检查：双肺底细湿罗音消失，心率72±/min，腰骶部及阴囊水肿消退，双下肢轻度凹陷性浮肿。腹围由入院时83cm缩小于75cm。心电图仍为心房纤颤。治疗以卧床休息、限制钠盐、应用利尿剂及维持量地高辛为主，注意观察心律、心率及尿量变化。因长期患病，病人情绪低落，思想悲观，应注意安慰及生活照顾。马英/陈长春

2024-4-1 接班记录

患者因风湿性联合瓣膜病、心衰、心源性肝硬化，慢性支气管炎感染加重入院。入院后经青、链霉素抗感染及地高辛、利尿药治疗，感染控制，心衰基本纠正。目前病人无发热，无咳嗽、咯痰，心悸、气急改善，尚不能平卧。体格：巩膜轻度黄染，两肺呼吸音粗糙，未闻罗音，心界向两侧扩大，心尖部可触及舒张期震颤，心律绝对不齐，心率72±/min，心尖区及全收缩期Ⅳ级吹风样杂音及舒张期Ⅳ杂音，主动脉区闻及全收缩期Ⅳ级喷射性杂音及舒张期吹风样杂音，P2无分裂、亢进。腹部平坦，未触及包块，无压痛，肝肋下10cm，剑突下13cm，质偏硬，边钝，表面光滑、无结节，无压痛。脾肋下2cm，质中、边钝腹部移动性浊音阳性。双下肢轻度凹陷性浮肿，腰骶部及阴囊无水肿。治疗仍以地高辛0.25mg/d维持,辅以利尿剂,注意卧床休息、限制钠盐。有低蛋白症存在，考虑酌给蛋白制剂。病人现有悲观情绪，对治疗丧失信心，须耐心解释，给予安慰。周光伟/吴亚程

2024-4-15 出院记录

患者辛志刚，男性，60岁，因反复发作劳累后心悸、气急、浮肿22年余，加重2月余，于2024-3-11入院，2024-4-15病情改善出院，共住院35天。

病人入院时心悸、气急，不能平卧，尿少，全身浮肿明显，同时伴有发热，白细胞增高。入院后给青、链霉素治疗2周，同时用强心、利尿等药物，辅以支持治疗，感染已控制，心衰基本纠正。目前病人无发热，无咳嗽、咯痰，心悸、气急改善，已能平卧，双肺底细湿罗音消失，心率72±/min，心律绝对不齐。肝肋下9cm，质偏硬。脾肋下2cm，质中边钝。腰骶部及阴囊水肿消退，双下肢有轻度凹陷性浮肿，腹围缩小至75cm。

出院诊断 ①风湿性心脏病，二尖瓣狭窄及关闭不全、主动脉瓣狭窄及关闭不全，心房纤颤，充血性心力衰竭，心功能Ⅳ级；②心源性肝硬化，失代偿期；③慢性支气管炎感染加重；④龋病7∣6。

出院时嘱咐 继续服维持量地高辛0.25mg/d及间歇服利尿剂。防止呼吸道感染，注意休息、防寒，严格限制钠盐摄入。周光伟/吴亚程

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！