

目 录

1 病例介绍.....	2
1.1 疾病简介.....	2
1.2 患者基本情况.....	2
2 药物治疗方案分析.....	5
2.1 用药记录.....	5
2.2 药物治疗方案分析.....	5
3 用药指导.....	6
3.1 用药注意事项.....	6
3.1.1 药物对患者的影响.....	6
3.1.2 不良反应.....	6
3.1.3 禁忌症.....	6
3.1.4 药物相互作用及配伍禁忌.....	6
3.1.5 用药前后及用药时应当检查或监测.....	6
3.2 其他健康管理.....	7
4 总结.....	8
4.1 用药指导设计总结.....	8
4.2 个人总结.....	8
情况说明.....	10
参考文献.....	11
附 录.....	12
附录 1. 2024 年医嘱单.....	12
附录 2. 病历单.....	13
附录 3. 出院记录（2022 年、2015 年、2010 年、2006 年）.....	14
附录 4. CT 照片.....	15

1 病例介绍

1.1 疾病简介

脑积水是指由于脑脊液生成、循环或吸收发生障碍，导致脑脊液过多，压力增高，扩大了正常脑脊液所占的空间，从而引发颅压增高、脑室扩大等症状的综合疾病^[1]。脑脊液是一种无色透明液体，它存在于脑室系统、脊髓中央管和蛛网膜下隙内，主要起到缓冲、保护、营养、代谢物运输和维持颅内压力的作用。成年人体内的脑脊液总量大约是 150 毫升，它每分钟产生的速率是 0.3 毫升，每天分泌量在 400-500 毫升左右，通过持续产生、循环和回流来保持平衡。

脑积水可根据不同的原因和机制分为交通性和梗阻性两类。交通性脑积水是由于脑室外脑脊液循环通路受阻或吸收障碍而引起的，也有可能是脑脊液过多产生导致的。梗阻性脑积水则是由于脑室系统内或附近的病变导致脑脊液循环受阻而形成的，常见原因包括脑室出口以上部位的阻塞，例如蛛网膜囊肿、导水管闭锁或狭窄、正中孔或室间孔发育不良等。

脑积水系由于脑脊液产生异常或循环通道上的阻塞，使脑脊液不能达到其吸收部位，或吸收部位发生功能障碍，使部分或全部脑室或和蛛网膜下腔有大量的脑积液积聚，而使之扩大。先天畸形、感染、出血和肿瘤是常见的致病因素之一。在临床上，脑积水的表现多样，包括头痛、呕吐、视力模糊、眼球运动障碍等症状，婴幼儿的特征包括头围增大、前囟扩大、呕吐、破罐音等，而年长儿童及成人则常表现为头痛、头晕、呕吐、视力障碍等。

在临床诊断中，脑积水可通过 CT 检查进行诊断，治疗方法根据病情严重程度和原因而定，包括药物治疗、手术治疗等。

1.2 患者基本情况

本次毕业设计是本人在实习过程中遇到一例脑积水患者，结合所学专业知识和在老师的指导下对患者病例以及用药情况进行分析，并对该患者进行用药指导和健康指导。

表 1 患者基本情况

姓名	咎 XX	性别	男	出生日期	1988 年 01 月 14 日
工作单位或家庭住址：四川省广元市剑阁县 xxxx					

年龄	36 岁		联系电话	159xxxx0914	
籍贯	四川省剑阁	体重	82kg	体重指数	26.11
身高	157 cm	血型	未查	血 压	130/80 mmHg
药物过敏史（家庭成员及本人）： 无					
药品不良反应史： 无					
家族史： 父母非近亲结婚，否认有遗传病家族史，父母及姊妹均体健。					
个人史： 出生于原籍贯，职业为无业人员，无长期居住外地史，文化水平为小学水平，属第三胎，足月，臀位顺产，否认有产伤及窒息史，未到过疫区长期居住，未婚，否认有特殊不良嗜好，有过手术史。					
婚育史： 未婚。					
既往史： 平素体健，少患病，否认有肝炎、结核病史，否认有药物、食物过敏史，预防接种史不祥。					
现病史： 患者曾经因为交通性脑积水入院进行过脑室腹腔分流术，术后患者一直病情稳定，引流管通畅，近日患者因为“头晕视物旋转伴恶心欲呕 5 天”入院。入院症见：头晕、头重脚轻，视物旋转，如坐舟车，持续约数分钟，不能行走，伴全身乏力，无畏寒冷，无恶心呕吐，无耳鸣、听力下降，无口角歪斜，无四肢抽搐、偏瘫，无大小便失禁。查体：神志清楚，无眼震，四肢浅感觉、肌力、肌张力正常，共济失调征 (+)，生理反射存在，病理征未引出。					
体格检查： T: 36.7 P:85 次/分 R: 23 次/分 Bp: 136/82 mmHg 头胸部 CT :1、脑积水表现，第 III 脑室及双侧侧脑室显著扩张，左侧引流管管头位于左侧侧脑室区，引流管乳突平面连续性中断；右侧额骨内残留引流管影。双侧颅骨术后改变；2、双肺清晰，未见斑片、结节影；纵隔内未见肿大淋巴结；双侧胸腔未见积液征象。彩色超声：右肾囊肿；前列腺钙化灶。彩色超声：肝脏钙化灶。谷丙转氨酶：41 U/L ； 谷氨酸转氨酶：118 U/L ； 尿素：11.07 mmol/L ； 总胆固醇：2.80 mmol/L ； 载脂蛋白 A: 0.80 g/L ； 同型半胱氨酸：29.8 umol/L ;尿胆原：1+ umol / l ； 蛋白质：+- g / l					
辅助检查： 头部 CT 检查、彩色超声、血常规、心电图，胸片					
入院诊断： 脑动脉供血不足					

出院诊断:

中医: 眩晕-肾精不足症

西医: 1、脑动脉供血不足 2、先天性脑积水

2 药物治疗方案分析

2.1 用药记录

表 2 药物治疗方案

药品通用名	给药途径	给药剂量	给药频次	起始时间	停止时间	备注
甘露醇注射液	iv	4 瓶	pd	2024.1.26	2024.2.7	
吡拉西坦注射液	iv	2 支	pd	2024.1.26	2024.2.7	
盐酸倍他司汀注射液	iv	2 支	pd	2024.1.26	2024.2.5	
吡拉西坦片	po	0.1 g	tid	2024.1.29		
卡马西平片	po	0.8~1.6 g	bid	2024.1.29		
益气化痰化痰汤	po	150 ml	bid	2024.1.29	2024.2.29	

2.2 药物治疗方案分析

(1) 患者属于先天性脑积水，无法进行根治，只能以手术治疗为主，药物治疗为辅助。患者已经进行过手术了，现在需要长期服用药物来缓解病情。

(2) 吡拉西坦可以促进脑部新陈代谢，增加脑血流量，还可以改善脑缺氧，激活脑部的神经细胞。

(3) 患者的诊断为脑动脉供血不足，而倍他司汀则对于脑血管、心血管、椎底动脉系统具有扩张作用。

(4) 患者为先天性脑积水，甘露醇起效快，属于渗透性利尿剂，可以迅速提高血浆渗透压，产生组织脱水作用，来降低颅内压和眼内压。

(5) 甘露醇与吡拉西坦联合应用后可产生协同增效作用，能够提高临床疗效，且加用吡拉西坦并不会明显增加患者的不良反应。

(6) 患者因疾病引起癫痫，卡马西平（carbamazepine, CAR）为第一代 AEDs，是癫痫治疗的经典药物。

(7) 患者因为需要长期服用大量的化学药品，中药方剂益气化痰化痰汤煎熬服用，可以避免更多的不良反应。

3 用药指导

3.1 用药注意事项

3.1.1 药物对患者的影响

(1) 由于疾病引起的智商障碍，患者更容易受到药物不良反应的影响。在治疗过程中，需要特别注意药物可能产生的不良反应。患者可能会感觉反应迟钝，表达主诉的次数较少。此外，药物的不良反应与疾病本身的症状也很难区分开来。

(2) 患者在服用利尿剂期间要注意随时调整剂量，避免钾流失。

3.1.2 不良反应

(1) 水和电解质紊乱（甘露醇注射液）

(2) 头晕、视力模糊（甘露醇注射液，卡马西平片）

(3) 过敏反应（甘露醇注射液）

(4) 偶有口干、胃部不适、心悸、皮肤瘙痒等，个别偶有恶心、头晕、头胀、出汗等，一般不影响继续服药。（盐酸倍他司汀注射液）

(5) 胃肠道反应（吡拉西坦注射液）

3.1.3 禁忌症

药物不适宜应用于某些疾病、情况或特定的人群禁用。

3.1.4 药物相互作用及配伍禁忌

(1) 吡拉西坦与甘露醇联合应用不仅能够改善患者的神经功能，而且具有良好的安全性，疗效比单独应用甘露醇好。

(2) 倍他司汀倍他司汀为组胺类药物，主要作用于毛细血管，具有较强的扩张毛细血管作用，因此增大局部的循环血量。倍他司汀作为组胺受体 H_1 激动剂，与组胺作用类似，因而，应避免使用抗组胺药物，以免产生药理作用的拮抗，导致本品药效降低。

(3) 甘露醇可以增加洋地黄毒性作用，与低钾血症有关。如果增加利尿药及碳酸酐酶抑制剂的利尿和降眼内压作用，那么与这些药物合并使用时应该及时调整药物剂量。

(4) 卡马西平若与对乙酰氨基酚合用，尤其是单次超量或者长期大量，肝脏中毒的危险将增加，有可能使后者疗效降低，因此患者感冒发热时一定要慎用本品，遵循医嘱用药。

3.1.5 用药前后及用药时应当检查或监测

患者需要按照医师的医嘱，定期去医院检查血生化电解质、血糖、血尿酸、肾功能

等的状况变化。

3.2 其他健康管理

(1) 因为患者大部分的利尿剂长期应用会引起低钾血症。所以用药期间患者应多吃富含钾的食物，例如黑木耳、香菇、芝麻、海带、柚子、菠萝、香蕉等。

(2) 戒烟、酒。

(3) 患者应多适当的运动身体，注意作息规律，避免熬夜，养成良好的生活习惯。

(4) 通过查体也可以看出患者应多补充膳食纤维，食用低脂的牛奶、燕麦、菠菜、南瓜等。

(5) 患者饮食要求低盐、低脂、低磷、低嘌呤饮食。

(6) 饮食要清淡，少吃油腻的食品，避免吃一些辛辣、刺激性的食物。可以吃一些鸡蛋、豆腐、牛肉、鱼肉等肉类。多吃绿色新鲜的蔬菜和水果。

注：益气化痰化痰汤

黄芪、丹参、葛根各 30 g，党参、赤芍各 15 g、白术、川芎、当归、石菖蒲、制胆南星各 10g。

4 总结

4.1 用药指导设计总结

脑积水是因脑脊液循环障碍导致颅内压力增高的疾病，可分为交通性和梗阻性两类。其原因多样，包括脑外伤、感染、出血等，表现为头痛、呕吐等症状。临床诊断通常通过 CT 检查。治疗方法包括药物和手术治疗。

脑积水的治疗主要分为保守治疗和手术治疗。药物治疗方案则常用利尿剂和中药。甘露醇是常用的利尿剂，其作用是促进尿液排出、降低颅内压力。中药方面，益气化痰化痰汤在慢性基础病治疗上有一定疗效。在用药过程中，需要关注不良反应，特别是低钾血症、胃肠道反应、过敏反应等。禁忌症包括对药物成分过敏者。此外，定期检查血生化电解质、肾功能等指标是必要的。在饮食和生活方面，患者应遵循低盐、低脂、低磷、低嘌呤的饮食原则，多吃富含钾的食物，避免熬夜和吸烟酗酒，保持适当的运动和良好的生活作息习惯，有助于减轻病情。

4.2 个人总结

毕业设计不仅仅是对所学知识的全面总结和综合应用，也是为了将来步入社会后能够实际运用知识打下坚实基础的重要起点。

在设计的过程中，我虽然经历了不少的困难，但是我也收获了很多书本上没有的知识。在整个设计过程中，我还大大提高了动手能力，深刻体会到在创造过程中探索的艰辛和成功时的喜悦。

随着毕业日期的逐渐临近，毕业设计也进入了尾声阶段。在我持续不断的努力和指导老师们的帮助下，我的毕业设计终于完成了。在还没有开始写作毕业设计之前，我曾经认为毕业设计只是对我在大学的这三年学习到的知识的一个简单总结，但在实际写作毕业设计时，我才发现我的想法是错误的。因为其实毕业设计他不仅仅是对我在大学的这三年所学习到的知识的检验，他更是对我自身能力的提升。

通过这次写作毕业设计，我才意识到自己原先所获得的知识过于理论化，因此对于独立课题的处理会感到困惑。我明白我其实需要学习的东西还有很多，之前的我总认为写毕业设计很简单，自认为什么都了解，而且说实话我还稍微有点自负。但是我通过这次毕业设计，我才明白学习其实是一个长期积累的过程，不管在什么时候都要持续不断的学习，努力提升自己的知识内容和提升自己综合素质。总的来说，刚开始写作毕

业设计的时候确实是很难，也不知道该如何着手，就像俗语说的那样“万事开头难”，所以最终完成之后，我不仅感觉到如释重负，随之而来的还有莫大的成就感。另外，我也得出一个结论，知识只有通过实践才能发挥其真正的价值。有些知识内容可能自己以为已经掌握了，但其实在实际真正应用的时候才会发现理论和实践完全不同，因此我认为在实践熟练运用时才能算是真正的学会这个知识。

在此我也非常感谢我的指导老师们对我写作毕业设计时候的帮助，龚老师多次修改我的毕业设计内容，以此来完善我的毕业设计，而李老师则是教导我专业知识如何实际应用到实践中去。因此我学会了更多不仅仅只是出现在书本上的知识。

情况说明

因患者属于先天性脑积水，患者已经出现有脑组织的损伤，已有智商障碍，要彻底治愈比较困难，而且身体行走困难，很多时候控制不住自己的生理反应（大便小便控制不住）。间隔大概 4-7 年就需要进行一次手术，现阶段只能依靠药物维持病情的稳定。

参考文献

- [1] 冯长乐. 针对性护理对颅脑外伤术后并脑积水患者效果研究[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2022, 32(05): 84-85.
- [2] 冉月, 刘磊, 孙昊, 等. 以脑积水分类为依据选择三脑室底造瘘术或脑室腹腔分流术临床效果观察(附 105 例报告)[J]. 中国医药指南, 2022, 20(15): 17-20.
- [3] 陈小华. 不同时机颅骨修补术联合脑室-腹腔分流术治疗重症颅脑外伤合并脑积水患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2023, 35(24): 153-155+159.
- [4] 唐宇辉, 李赛春, 郭浩, 等. 144 例脑积水患者脑池显像价值分析[J]. 生物医学工程与临床, 2020, 24(05): 570-574.
- [5] 文唐敏, 苏俊, 谭嘉禾, 等. 腰池持续引流改善动脉瘤性蛛网膜下腔出血后急性脑积水患者的预后[J]. 陆军军医大学学报, 2024, 46(04): 384-390.
- [6] 王晨, 张蔚蔚, 雷娜. 甘露醇联合吡拉西坦治疗脑出血致脑水肿的疗效及其安全性分析[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2021, 28(03): 65-67.
- [7] 郭夏青, 李郭飞, 孙玉华, 等. 拉考沙胺与卡马西平治疗成人新诊癫痫的有效性和安全性对比[J]. 中国药房, 2024, 35(04): 464-467.
- [8] 王寅龙, 杨丽英, 边娜. 倍他司汀联合盐酸氟桂利嗪治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕症的临床疗效及 TCD 动态变化的影响[J]. 脑与神经疾病杂志, 2021, 29(01): 43-46.
- [9] 李宇, 李小凤. 脑积水分布特点及特发性正常压力脑积水诊治回顾性研究[J]. 阿尔茨海默病及相关病杂志, 2022, 5(03): 201-204+208.

附录

附录 1. 医嘱单

诊断结果: 眩晕,脑动脉供血不足,癫痫样发作 低钾血症	
甘露醇注射液	
规格:250ml: 50g	数量:4瓶
0.9%氯化钠注射液	
规格:250ml	数量:1瓶
0.9%氯化钠注射液	
规格:250ml	数量:1瓶
盐酸倍他司汀注射液	
规格:2ml:10mg	数量:2支
吡拉西坦注射液	
规格:4g:20ml	数量:2支
吡拉西坦分散片	
规格:0.8g*30片	数量:1盒
0.9%氯化钠注射液	
规格:250ml	数量:1瓶
吡拉西坦注射液	
规格:4g:20ml	数量:2支
0.9%氯化钠注射液	
规格:250ml	数量:1瓶
烟酸注射液	
规格:2ml: 20mg	数量:2支
银柴胡	
规格:	数量:

诊断结果: 眩晕,脑动脉供血不足,癫痫样发作 低钾血症	
吡拉西坦注射液	
规格:4g:20ml	数量:2支
维生素B6注射液	
规格:100mg: 2ml*10支	数量:2支
当归	
规格:1g	数量:24g
0.9%氯化钠注射液	
规格:250ml	数量:1瓶
盐酸倍他司汀注射液	
规格:2ml:10mg	数量:2支
0.9%氯化钠注射液	
规格:250ml	数量:1瓶
盐酸倍他司汀注射液	
规格:2ml:10mg	数量:2支
盐酸倍他司汀注射液	
规格:2ml:10mg	数量:2支
烟酸注射液	
规格:2ml: 20mg	数量:2支
吡拉西坦注射液	
规格:4g:20ml	数量:2支
烟酸注射液	

附录 3. 出院记录 (2022 年、2015 年、2010 年、2006 年)

剑阁县人民医院
姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 34岁 科别: 内科三病区 床号: 8 病案号: 00365569

出院证明书

姓名: 蒋春全 性别: 男性 年龄: 34岁 住院号: 00365569
科室: 内科三病区 床号: 8
入院时间: 2022年08月26日 出院时间: 2022-09-07 医疗证号:
11:59
类别: 新农合 联系电话: [redacted] 身份证号: [redacted]
工作单位或住址: 江石乡江石村1组
出院诊断: 中医诊断: 眩晕-肾精不足证
西医诊断: 1、脑动脉供血不足 2、先天性脑积水
诊疗小结: 患者蒋春全, 性别男性, 年龄34岁, 因“头昏视物旋转伴恶心欲呕5天”入院。
入院症见: 头晕、头重脚轻, 视物旋转, 如坐舟车, 持续约数分钟, 不能行走, 伴全身乏力, 无畏寒冷, 无恶心呕吐, 无耳鸣、听力下降, 无口角歪斜, 无四肢抽搐、偏瘫, 无大小便失禁。查体: 神志清楚, 无眼震, 四肢浅感觉、肌力、肌张力正常, 共济失调征(-), 生理反射存在, 病理征未引出。辅助检查: 头颅部CT: 1、脑积水表现, 第III脑室及双侧侧脑室显著扩张, 左侧侧脑室前角位于左侧侧脑室区, 引流管乳突平面连续性中断; 右侧侧脑室内残留引流管影。双侧侧脑室后角改变; 2、双肺清晰, 未见斑片、结节影; 纵隔内未见肿大淋巴结; 双侧胸腔未见积液征象。彩色超声: 右肾囊肿; 前列腺钙化灶。彩色超声: 肝脏钙化灶。谷丙转氨酶: 41U/L; 谷氨酰转氨酶: 118U/L; 尿素: 11.07mmol/L; 总胆固醇: 2.80mmol/L; 载脂蛋白A: 0.80g/L; 同型半胱氨酸: 29.8umol/L; 尿酸原: 1+umol/L; 蛋白质: +g/L。入院后完善相关检查, 给予改善循环, 加强营养, 改善脑功能, 降颅压, 对症等处理。现患者病情好转, 于今日办理出院。
出院医嘱及注意事项: 清淡饮食, 加强营养, 门诊随访。
主管医师: 苟明波 科主任: 敬开军
2022年09月07日 08时14分
注: 1、未加盖病情证明专用章无效。 2、涂改无效

剑阁县人民医院出院证明书

姓名: [redacted]	性别: 男	年龄: 27	类别:	住院号: 15051195	科别: 外二科	床号: 35
入院时间: 2015年06月22日 21时 26分	出院时间: 2015年06月15日	住院天数: 25天				
医生证号:	身份证号:	01198238881144033				
工作单位或住址: 江石乡江石村村委会11组	病历联系电话:					

诊断、检查及治疗情况:
患者因“脑积水术后加重加重1周伴视物旋转持续约1小时”入院。入院查体: T36.6℃ PR65次/分 R 23次/分 BP130/70mmHg。患者呈躁动, 呼吸之, 睁眼不能, 颈部强直, 头倾畸形, 头围大, 左侧额面部挫伤伴出血, 左侧额顶部皮下血肿, 双侧瞳孔等大圆形, 直径约0.25cm, 对光反射迟钝, 眼球无震颤, 鼻翼无煽动, 鼻窦内尚对称, 左侧外耳道流血。左耳后见长约5cm皮肤裂伤伴鼻出血, 术区无活动性出血, 颈部肌力稍弱, 四肢肌力稍弱, 肌张力不高。头项、颈项、胸廓、全颈部急慢性CT平扫(2015-05-22, 剑阁县人民医院): 1、右额颞顶部叶脑挫裂伤并多发血肿形成。2、蛛网膜下腔出血。3、重度脑积水, 多系先天性, 请结合临床病史。4、硬膜下血肿, 多系硬膜下血肿。5、左侧额骨乳突部骨折并累及硬膜下血肿。6、左侧额骨骨折并累及硬膜下血肿。7、颈椎未见骨折及滑脱。8、心肺未见异常。9、双侧肋骨未见骨折。10、肝胆脾胰、双肾及盆腔未见明确外伤性征象。11、肝内小钙化点。12、右肾小囊肿。入院后予以降颅压、止血、抗感染、抑酸、营养神经及对症支持治疗, 并于2015-06-05在全麻下行脑室腹腔分流术, 手术顺利, 术后予止血、预防感染、补液、营养神经、对症支持治疗, 病情逐渐好转, 手术切口愈合良好, 已拆线, 甲级愈合, 于今日好转出院。
出院诊断:
一、重度脑积水; 二、急性颅脑损伤: 1. 右侧额颞顶部脑挫裂伤并多发血肿; 2. 蛛网膜下腔出血; 3. 颅底骨折; 4. 左侧额骨乳突部骨折; 5. 左侧额骨线形骨折; 6. 左侧额部头皮血肿; 7. 左侧肋骨骨折; 三、电解质紊乱。
出院后注意事项:
1、一月后复查头颅CT了解颅内情况, 建议查脑电图; 2、饮食适当加盐, 每两周复查电解质; 3、加强护理, 避免摔伤、跌伤; 4、若有不适, 及时就诊。(附: 住院期间陪护1-2人)
主治医生: 李仙生 科主任: 敬开军 2015年06月15日09时40分
注: 1、此证明未经加盖病情证明专用章无效。
2、涂改未经加盖病情证明专用章无效。
3、此证明仅证明人出院时病情。
4、请妥善保管, 遗失不补。

出院记录

科室: 内二 床号: 8 住院号: 107044

姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: 23岁 职业: 务农 婚配: (已, 未)
入院日期: 2010年5月20日 出院日期: 2010年6月8日 共住院 9天
特殊检查号码: X光照片号 18786 CT号 2840 心电图号 107038
超声心动图号 [redacted] 病理检查号 [redacted] 脑电图号 [redacted]

病情及诊治经过:
患者因“脑室腹腔分流术后5年, 头痛、视物旋转、恶心呕吐、头晕、眼花、记忆力减退、反应迟钝、有明确的定向、理解及计算、记忆力障碍、头痛较明显增大, 双眼球内收过度, 左眼外展略受限, 入院诊断: 1. 脑室腹腔分流术后, 2. 梗阻性脑积水, 入院后积极完善相关检查, 于2010.4.26在全麻下行右侧侧脑室额角分流术, 手术顺利, 术后予止血、抗感染、抑酸、营养神经及对症支持治疗, 病情逐渐好转, 于今日出院。
出院诊断:
1. 梗阻性脑积水 2. 脑室腹腔分流术后
出院医嘱:
1. 出院休息一周, 门诊复查CT。
2. 每日可按压耳后上方引流泵1-2次, 每次3-4下。
3. 若病情变化, 请及时就诊。
4. 出院带药: 泮立苏 0.375 tid, 二便舒胶囊 0.2 tid, 鱼肝油 0.3 tid
住院医生: [redacted] 主治医生: [redacted]
2010年6月8日

出院记录

科室: 内二 床号: 8 住院号: 0603293

姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: 18岁 职业: 务农 婚配: (已, 未)
入院日期: 2006年4月21日 出院日期: 2006年5月3日 共住院 12天
特殊检查号码: X光照片号 182915 CT号 15875 心电图号 未编
超声心动图号 无 病理检查号 无 脑电图号 无
其它: 无

入院诊断: 1. 脑室腹腔分流术 2. 梗阻性脑积水
病情及诊治经过:
患者因“外伤后头痛7天, CT发现脑积水”入院, 查体: 神志清楚, 反应迟钝, 有明显的定向、理解及计算、记忆力障碍、头痛较明显增大, 双眼球内收过度, 左眼外展略受限, 入院诊断: 1. 脑室腹腔分流术, 2. 梗阻性脑积水, 入院后积极完善相关检查, 于2006.4.26在全麻下行右侧侧脑室额角分流术, 手术顺利, 术后予止血、抗感染、抑酸、营养神经及对症支持治疗, 病情逐渐好转, 于今日出院。
出院诊断:
1. 脑室腹腔分流术 2. 梗阻性脑积水
出院医嘱:
1. 出院休息一周, 门诊复查CT。
2. 每日可按压耳后上方引流泵1-2次, 每次3-4下。
3. 若病情变化, 请及时就诊。
4. 出院带药: 泮立苏 0.375 tid, 二便舒胶囊 0.2 tid, 鱼肝油 0.3 tid
住院医生: [redacted] 主治医生: [redacted]
2006年5月3日

附录 4. CT 照片

