基层全科病案报告（急症病例）模板建议

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **内容** | **写作要点** | **备注说明** |
| **题目** | □题目应体现研究类型为“病案报告”  □题目可选“【几】例（案、则）/【特殊性】/【疾病名称】/【疑难】/【病案报告】（个案/报告）” | 必填，少于20字，不使用外文缩写词，需体现病例的特殊性和研究重点。 |
| **作者署名及其单位** | □申报人姓名采用姓在前、名在后  □申报人单位填写职称申报单位（如：XX医院，XX大学附属医院，XX中心），具体到二级机构（如XX科室，XX部门）  □写明申报人目前职称、专业及拟申报职称、专业 | 必填，单位名称需官方准确。 |
| **引言** | □简要总结该病例的背景情况，该病例的特殊性  □撰写本病案报告的必要性  □本病例当前的诊疗标准以及本病例的贡献或特性，来源和出处可标注参考文献 | 必填，200字以内，客观描述。 |
| **1.病例资料** | | |
| **1.1**  **S （Subjective data 主观资料）** | □患者人口学信息、病历号、出入院时间/接诊时间及其他  □主诉：促使患者本次就诊的主要症状  □现病史：按时间顺序、以时间轴为纲对本病例的主要症状和诊疗过程进行描述  □既往史：家族史，手术史，心理状况，遗传信息、流行病学史等，包括既往干预措施和结果  □生活习惯：生活方式 | 必填，不超过400字，详细、准确，可以辅助图、表，保护患者隐私，注意信息的时效性和完整性。 |
| **1.2**  **O （Objective data 客观资料）** | **1.2.1体格检查**  □描述患者的体格检查发现  **1.2.2辅助检查**  □实验室检查、影像学检查等结果  **1.2.3评估内容**  □相应的评估内容 | 必填，不超过400字，阳性发现和重要的阴性体征,重要辅助检查结果和量表。 |
| **1.3**  **A （Assesment 对健康问题的评估）** | **1.3.1初步诊断**  □诊断依据及方法：包括实验室检查，影像学检查等  **1.3.2鉴别诊断**  □诊断推理：包括鉴别诊断以及其他的诊断  **1.3.3问题的轻重程度及预后判断**  □相关预后的判别与特征（如适用）  **1.3.4应急处理流程**  □应急处理流程（附流程图/图片） | 必填，不超过400字，详细说明诊断依据和鉴别诊断过程，体现诊断过程中针对难点的解决之道，通过科学性和逻辑性体现诊断技术水平。 |
| **1.4**  **P （Plan 对问题的处理计划）** | □检查计划  □治疗计划，包括药物治疗和非药物治疗  □转诊标准 | 必填，不超过400字。详细说明治疗的合理性/先进性和有效性，体现诊疗过程中针对难点的解决之道，通过科学性和逻辑性体现治疗技术水平。 |
| **2.急症的判断及依据** | | |
| **2急症的判断及依据** | □急症的判断及依据  □急救过程 | 必填，不超过300字，可逐层进行分析；依据可引用教材、指南、专家共识等，简要写出相应的病理变化。 |
| **3.随访记录** | | |
| **3随访记录** | □随访时间  □不良反应和意外事件  □重要的随访结果、化验检查数据等  □患者转归 | 必填，不超过300字，可以图表辅助。清晰说明治疗结果和患者后续情况，提供长期观察数据。 |
| **4.讨论** | | |
| **4.1讨论** | □本病例相关的背景、理论、标准、指南、现状与进展的描述，突出重点  □本病例的优势和局限性  □对照类似已发表的案例相关文献，找出差异点进行讨论  □本病例报告的价值所在，诊疗中的疑难之处及解决办法和具体过程，其作用和价值  □结论  □一些可能的发展和应用，如长期随访或新的研究课题 | 必填，不超过500字，实质性讨论，避免重复，提供深入分析和前瞻性观点。 |
| **4.2参考文献** | □观点和来源标注参考文献，可包括著作、教材、指南、专家共识等  □按照GB/T 7714-2015规范 | 选填，准确引用，体现研究的学术性和权威性。 |
| **5.附加材料** | | |
| **5附加材料** | □病案首页/门诊病历  □能够反映申报人贡献的病程记录（如查房意见、病历讨论、会诊记录、手术记录等）  □支持病案报告的检查、报告等 | 必填，病案资料扫描，注意保护患者隐私。 |

**样稿**

一例急性下壁心肌梗死社区院前急救病案报告

**申报人：**\*\*\*

**单位：**北京市\*\*\*区\*\*\*社区卫生服务中心，\*\*\*科

**目前职称：**主治医师

**拟申报职称：**副主任医师

**拟申报专业：**全科

冠状动脉硬化性心脏病简称冠心病(CHD)，是由冠状动脉粥样硬化引起血管狭窄或阻塞，或因冠状动脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病。临床上可分为隐匿性冠心病、心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病和猝死五种；根据发病特点和治疗原则的异同又逐渐分为两大类：慢性心肌缺血综合征(稳定型心绞痛、隐匿性冠心病和缺血性心肌病)和急性冠脉综合征(不稳定型心绞痛、非ST段抬高型心肌梗死、ST段抬高型心肌梗死)。

1. **病例资料**
   1. S （Subjective data 主观资料）

患者：\*\*\*，性别：男性，年龄：68岁，接诊日期：2024年3月20日，病历号：\*\*\*\*\*\*\*\*

主诉：突发胸闷、心前区不适10分钟

现病史：患者陪同爱人购物后步行返家途中10分钟前突感胸闷，心前区不适，可忍受，伴大汗，乏力，恶心，口干。无胸痛、晕厥，间断出现2次上述症状，每次均自服5粒速效救心丸胸闷不能缓解，10分钟内无胸部紧缩感或胸骨后撕裂、压榨样疼痛，无放射痛，无恐惧、濒死感、烦躁不安，无上腹部疼痛、呕吐、发热，无胸骨后烧灼感、吞咽困难、呕血、黑便，由爱人搀扶陪同就诊。

既往史：高脂血症10年，近2年规律服“阿托伐他汀20mg QN”治疗，未复查及完善其他检查。无药物过敏史。无传染病及传染病接触史，无其他慢性病史，无手术外伤史。无输血史。

个人史：1周前进京，已婚，育1子，儿子体健，爱人体健。无吸烟、饮酒等特殊嗜好。

家族史：父母无高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病史。无家族遗传病史。

1.2 O （Objective data 客观资料）

1.2.1体格检查

T 37.0℃ P 96次/分 R18次/分 BP116/60mmHg ，身高172cm，体重82Kg，BMI：27.7，腰围120cm。自动体位，神志清楚，精神弱，口唇、甲床无紫绀，无颈静脉怒张，双肺呼吸音粗，未闻及干湿罗音；心前区无隆起，未见异常搏动，无心前区震颤，心界无扩大，心率96次/分，心律齐，各瓣膜区未闻病理性杂音。腹部无阳性体征，双下肢无水肿。

1.2.2辅助检查

心电图：窦性心律，律齐，心率92次/分，II、III、AVF导联S-T段抬高，V1-V3导联ST段压低0.1mv。

快速血糖11.0mmol/l。

1.3 A （Assesment 对健康问题的评估）

1.3.1初步诊断

冠状动脉粥样硬化性心脏病

急性下壁心肌梗死

killip1级

高脂血症

腹型肥胖

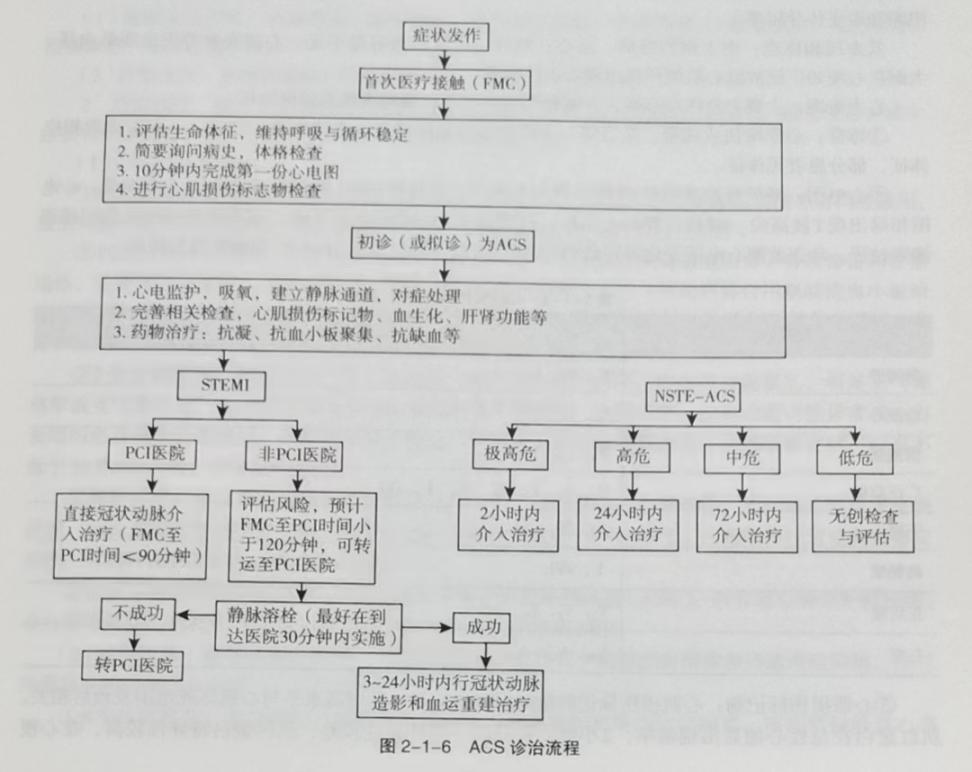
1.3.2鉴别诊断

需与主动脉夹层、急性肺栓塞、急性心脏压塞等急危重症鉴别。

1.3.3问题的轻重程度及预后判断

问题的轻重程度及预后判断：根据典型症状、缺血性心电图改变和后期的心肌损伤标记物测定，即可做出 ACS的诊断。其中STEMI的风险评估是一个连续的过程，需根据患者的临床情况不断更新。其中高龄、男性、KillipⅡ-IV级、既往心肌梗死史、心房颤动、前壁心肌梗死、肺部啰音、收缩压<100mmHg、心率>100次/分、糖尿病、肌酐增高、cTn明显升高等均为STEMI患者死亡风险增加的独立危险因素。

1.3.4应急处理流程



1.4 P （Plan 对问题的处理计划）

1.4.1检查计划：凝血检查、心肌损伤标记物。

1.4.2治疗计划：

（1）冠状动脉造影检查，根据结果决定是否介入治疗。

（2）药物治疗：阿司匹林肠溶片100mg Qd，P2Y12受体抑制剂，β受体阻滞剂，调脂治疗。

（3）非药物治疗：控制危险因素。

1.4.3转诊标准

社区初诊或者社区管理的冠心病患者，出现以下情况之一，应及时上转至二级及以上医院救治。

（1）首次发生心绞痛。

（2）无典型胸痛发作，但心电图ST-T有动态异常改变。

（3）稳定型心绞痛患者出现心绞痛发作频率增加，胸痛加重，持续时间延长，硝酸甘油对胸痛缓解效果不好,活动耐量减低或伴发严重症状。

（4）反复心绞痛发作，心电图有或无ST段压低，但有明显心衰症状或合并严重心律失常。

（5）胸痛伴新出现的左、右束支传导阻滞。

（6）首次发现陈旧性心肌梗死;新近发生或者可疑心力衰竭。

（7）急性冠脉综合征患者。

（8）不明原因的晕厥、血流动力学不稳定。

（9）出现其他严重合并症，如消化道出血、脑卒中等需要进一步检查者；需要做运动试验、核素成像检查、超声心动图、冠脉CT、冠状动脉造影等检查者。

1. **急症的判断及依据**

2.1急症的判断及依据

活动后突感胸闷，心前区不适，可忍受，伴大汗，乏力，恶心，口干。无胸痛、晕厥，间断出现2次上述症状，每次均自服5粒速效救心丸胸闷不能缓解，10分钟内无胸部紧缩感或胸骨后撕裂、压榨样疼痛，无放射痛，无恐惧、濒死感。心电图：窦性心律，律齐，心率92次/分，II、III、AVF导联ST段抬高，V1-V3导联ST段压低0.1mv。

2.2急救过程

（1）轮椅推至抢救室；置于平卧位。

（2）10分钟内完成第一份心电图。

（3）面罩吸氧或鼻导管吸氧(氧浓度一般为2-4L/min)。

（4）开放静脉通路，硝酸甘油5mg+0.9%氯化钠注射液250ml静点，监测血压、心率、脉搏、心律、肺部啰音及症状变化，进行心电监测，备好除颤仪，做好心肺复苏准备。

（5）立即嚼服阿司匹林300mg。

（6）向家属交待病情及可能采取的治疗方案，尽快联系转往医联体上级医院。

（7）呼叫急救车转诊，把患者送到有能力做急诊PCI的医疗机构进行救治。

**3.随访记录**

急救当日电话追访患者家属，确诊后冠脉置入1个支架，CHO7.2mmol/L，TG2.7mmol/L，HDL-c2.8mmol/L，LDL-c5.9mmol/L。住院一周后出院。

随访时间：出院后一周内完成第一次随访；每三个月随访一次。

转归：冠脉供血改善，生命体征平稳。

**4.讨论**

患者有高龄、高脂血症、腹型肥胖的冠心病危险因素，虽规律服用阿托伐他汀钙，但未复查，危险因素中可逆性危险因素无纠正，且为外地来京人员，照顾小孩，易出现冠状动脉供血不足加重。对于社区的外地来京老年人群，应尽快建立健康档案，对其健康状况和常见病进行评估，及早干预，并对其及家属进行相关健康教育。

随着循证医学不断发展，冠心病主要危险因素中除年龄(男性>55岁，女性>65岁)、吸烟、高血压、血脂异常、糖代谢异常、肥胖和早发心血管病家族史外(一级亲属冠心病发病年龄<50岁),还逐渐包括心理因素、不良饮食习惯、社会因素等。除年龄、性别、早发心血管病家族史外，其他危险因素可通过改变行为习惯来避免。

**参考文献**

吴浩.吴永浩.屠志涛.全科临床诊疗常规 [M]. 1版.北京：中国医药科技出版社，2018：61-67.

**5.附加材料**

略