

住院期间医患沟通记录单

姓名: [] ID: [] 病案号: [] 科室: 风湿免疫病房 床号: 37 住院次数: 10

1. 目前诊断: 1. 幼年型皮肌炎 (重症, 难治性, RXP2+) 2. 皮肤溃烂伴感染 3. 脓毒症 4. 网状青斑 5. 重症原因待查: 肛裂 消化道出血

2. 目前情况: 患儿仍有反复发热, 口服退热药物后体温可缓慢降至正常, 但易反复, 无明显气促、喘憋、无咳嗽、流涕, 无寒战、抽搐, 无新增皮疹, 饮水后易呛咳, 无腹痛、腹泻, 无排尿、排便哭吵, 精神、食欲欠佳, 大便正常, 补液下尿量可, 换药时可见前胸、腋下、背部、双侧腋股沟、双下肢及双上肢可见多处皮肤破溃伤口, 其中较大创口: 前胸2处大小分别约3×3.5cm、1×1.3cm, 右肘创口大小为4.2×4.5cm, 左右侧腋股沟大小约3×2cm、2×2cm, 肩胛区约5×6cm, 左颈部约2×4cm, 左腋下约2×4cm, 右膝前上棘约2×2cm, 创周皮肤发红, 有触痛, 部分伤口表面覆黄绿色脓苔。

3. 重要检查及结果: 2021-01-22 脓液培养: 大肠埃希菌, 对美罗培南等抗生素敏感。2021-01-21 脓液细菌/真菌涂片: 阴性; 01-20 粪便常规/DB: 隐血试验 阳性(+); 01-20 胸+全腹部CT平扫: 双肺CT未见明显异常: 双侧结肠旁沟及盆腔内少许积液, 下腹部肠曲周围脂肪间隙稍模糊, 必要时请进一步增强检查: 腹部及盆腔周围皮下软组织肿胀, 双侧大腿根部、臀部局部皮肤不连续, 伴少许积气, 请结合临床。01-21 腹部彩超: 1. 中下腹部分肠壁稍增厚, 以左下腹稍明显, 声像图提示炎症性病变可能; 未见明显肠梗阻征象; 2. 少量腹腔积液, 液性成分稍黏稠; 3. 未见确切异常肠样。

4. 目前主要治疗: 万古霉素联合美罗培南抗感染, 门诊外科协助换药, 丙种球蛋白10g×2次 (1.18、1.19), 白蛋白10g (1.20)、5g (1.25) 支持, 奥美拉唑抑酸, 甘草锌、艾滋林促进肠道黏膜修复, 甲泼尼龙片 6mg qd、醋酸钙 1包 qd、阿法骨化醇 0.25ug qd、托法替布 2.5mg bid、甲钴胺 0.25mg bid治疗原发病, 补液等对症支持治疗。

5. 可能出现并发症: 患儿皮肤多处破溃, 创面大、感染重, 需外科行清创、植皮处理, 但患儿基础疾病重, 无法转外科行相关治疗, 目前请门诊外科行换药治疗, 后续治疗周期长, 后期疗效不明确, 治疗费用昂贵, 换药期间可能出现感染无法控制、继续加重, 最后人财两空。住院期间可能合并新近感染, 尤其是皮肤感染扩散, 导致脓毒性休克等, 原发疾病炎症活动, 脏器功能损害, 出现消化道大出血, 失血性休克, 皮肤溃烂加深加重, 累及动脉血管, 可出现大出血、失血性休克。

6. 下一步治疗方案: 继续万古霉素+倍能抗感染治疗, 门诊外科协助换药, 奥美拉唑抑酸止血, 甘草锌、艾滋林促进肠道黏膜修复, 甲泼尼龙片、醋酸钙、阿法骨化醇、托法替布、甲钴胺治疗原发病, 换药、补液等对症支持治疗, 必要时再次补充丙球、白蛋白等对症支持治疗。患儿进食量少, 建议在局部麻醉下行深静脉置管、置胃管予鼻饲喂养, 予肠外联合肠内营养支持, 患儿家属均表示暂拒绝, 视肠内营养情况决定是否需要置管, 嘱遵营养科会诊意见加强喂养。

7. 需要患者及其家属配合的事宜: 积极配合治疗及检查。

今日与患者 (或家属) 就上述情况进行了沟通, 并作了详细解释, 患者 (家属) 已充分理解, 表示同意。

患者 (或其代理人) 签字: []

参加沟通的医师签字: 姜媛 卅

2021 年 1 月 26 日

2021 年 1 月 26 日