

申請書

本人因患高血壓症，及糖尿病症，需每天打胰島素，特向政府申請保外就醫，監外~~執行~~執行，關鍵是血壓不穩定，血糖不穩定。

申請人

2023.5.15

苏州大学附属第一医院 出院记录



扫一扫，病历复印预约

姓名：尹国龙

病区：36病区内分泌科

床号：+2

住院号：1784710

肌酐 0.037；2023-05-25，肾上腺相关指标：促肾上腺皮质激素(8:00-16:00) 87.80-48.40pg/ml；皮质醇(8am-16:00-24:00) 14.38-7.83-1.63 μ g/dL；2023-05-25，糖化白蛋白测定：糖化白蛋白 19.08%；2023-05-26，急诊葡萄糖测定(干化学法)：葡萄糖测定干片 6.69mmol/L；2023-05-26，电解质分析(检验科急)：钙测定干片 2.00mmol/L；2023-05-26，胰岛素(空腹) 5.10uU/mL，C-肽(空腹) 0.87ng/ml；2023-05-26，高血压五项组套(卧位)：醛固酮 62.7pg/ml，肾素 2.0pg/ml；2023-05-26，儿茶酚胺(血七项)组套：去甲肾上腺素 1.26nmol/L，变肾上腺素 0.11nmol/L，去甲变肾上腺素 0.68nmol/L，肾上腺素 0.04nmol/L，高香草酸 94.16nmol/L，香草扁桃酸 80.12nmol/L，多巴胺 0.06nmol/L；2023-05-26，尿电解质：24h尿氯 99.0mmol/24h，24h尿钾 17.7mmol/24h；2023-05-26，尿钙测定：24h尿钙 2.7mmol/24h；2023-05-25，颈脑血管超声：1.右侧椎动脉颅外段重度狭窄(结合颈部血管超声)。眼底图像筛查报告：无明显异常。超声骨密度：骨量减少，右脚T值：-1.6，左脚T值：-1.4；ABI双下肢血管硬化；双足震动感觉阈值检查：右脚第一足趾测试值：22.5V，感觉缺失；左侧第一足趾测试值：20.3V，感觉缺失。Inbody评分57分，目标体重59.9kg，体重控制+0.4kg，脂肪控制-11.5kg，肌肉控制+11.9kg。心电图：1.窦性心律 2.心电图正常范围。肾脏输尿管B超：未见异常。肝胆胰脾B超：轻度脂肪肝，余未见异常；甲状腺B超未见异常。2023-05-23，CT：右肺上叶GGO，建议随诊复查；右上肺及左肺散在实性小结节，增殖灶可能，建议定期复查；右下肺间质性炎，建议治疗后复查；双上肺局限性肺气肿；主动脉及冠脉硬化；右侧第5-11肋骨皮质欠规则，陈旧性骨折？请结合临床及病史；右肾小结石可能。2023-05-24，CT：左侧肾上腺增生可能，建议复查；右侧第6-12及左侧第10肋骨皮质欠规则，考虑陈旧性骨折，请结合临床及病史。颈动脉及TCD结果：颈脑血管超声：1.右侧椎动脉起始部重度狭窄(直径狭窄率81%，易损斑块)。2.左侧颈内动脉轻度狭窄(直径狭窄率30.5%，易损斑块)。3.双侧颈部动脉多发易损斑块形成。入院后给予胰岛素泵降糖治疗，监测血糖，后根据血糖调整用药，同时予阿尔马尔降压，患者低钾，给予静脉补钾后血钾升至3.99mmol/L，后长期口服补钾，患者双足感觉减弱，给予红外线+可见光改善循环，甲钴胺营养神经。血糖控制平稳后于5-25停泵，给予来优时 qd联合二甲双胍0.5g tid 降糖，同时予硫酸氢氯吡格雷片抗血小板聚集，阿托伐他汀片调脂稳斑处理，患者颈脑血管狭窄，请介入科会诊，意见回报：患者TCD示右侧椎动脉重度狭窄伴有头晕症状，建议：进一步头颈部CTA(包括弓以上大血管)+头颅CTP检查，评估脑血管狭窄程度及脑血流灌注情况，为下一部诊治提供影像依据。我科随诊，谢邀！患者拒绝完善相关检查，告知相关风险，患者表示知情并理解。现患者无口干多饮多尿等不适，血糖控制可，目前降糖方案为：来优时14u qd皮下注射+二甲双胍0.5g tid+阿卡波糖100mg tid，05.26复查电解质未见异常，经上级许可，予以今日出院。

出院情况：(○治愈●好转○未愈○未治○转院○自动出院) 伤口愈合：-

患者一般情况可，无不适主诉，出院空腹血糖：8.0mmol/L。查体：神志清，精神可。全身皮肤黏膜、巩膜无苍白、黄染。双肺呼吸音清。心律齐，未闻及明显杂音。腹软，无压痛、反跳痛。肝肾区无叩痛。双下肢无水肿。

出院医嘱：甘精胰岛素注射液(来优时)(集采) 450单位 1.5毫升/支 *1.0 支 14.0 单位 皮下注射 QD1
阿卡波糖片(中美)(集采) 50毫克/片 *120.0 片 100.0 毫克 口服 T1D0
甲钴胺糖衣片(集采)(怡神保) 0.5毫克/粒 *120.0 粒 0.5 毫克 口服 T1D0
硫酸氢氯吡格雷片(集采) 75毫克/粒 *35.0 粒 75.0 毫克 口服 QD1
阿托伐他汀钙片 20毫克/粒 *35.0 粒 20.0 毫克 口服 QN
自备药

- 1、盐酸二甲双胍片(集采) (0.5克/粒) 0.5克 Tid 口服
- 2、枸橼酸钾口服溶液 (10% 10毫升/支) 10毫升 Tid 口服



苏州大学附属第一医院 出院记录



扫一扫，病历复印预约

姓名：尹国龙 病区：36病区内分泌科 床号：+2 住院号：1784710

姓名：尹国龙 性别：男 年龄：67岁 婚姻：已婚 职业：其他

入院诊断：糖尿病, 高血压, 高脂血症, 低钾血症 入院时间：2023年05月22日14时58分

手术名称：- 手术时间：-

出院诊断：2型糖尿病, 2型糖尿病性周围神经病, 2型糖尿病性周围血管病变, 高血压, 高脂血症, 低钾血症, 肾结石, 脂肪肝, 椎动脉狭窄, 颈动脉狭窄 出院时间：2023年05月29日10时22分

入院时情况（主要症状、体征，有关实验室及器械检查结果）：

患者老年男性, 因“反复口干多饮多尿15年, 头晕乏力1月”入院, 15年前出现口干、多饮、多尿症状, 就诊当地医院查血糖升高(具体不详), 现二甲双胍1#bid 格列齐特1#bid口服降糖, 血糖控制不佳, 自测空腹血糖13-14mmol/L。近1月来, 自觉头晕乏力, 遂于我院门诊就诊, 完善相关检查提示2023-05-19, 电解质分析(组套)(检验科), 肾功能测定: 尿素 3.0mmol/L, 钾 2.97mmol/L, 钠 136.5mmol/L, 氯 98.1mmol/L; 2023-05-19, 葡萄糖测定(餐后2小时): 餐后2小时葡萄糖 19.22mmol/L。现为求进一步诊治门诊以“糖尿病”收入我科。查体: T:36.5℃, P:107次/分, R: 18次/分, Bp: 148/103mmHg, 神志清, 精神可, 发育正常, 自动体位, 查体合作, 身高165cm, 体重60kg, 腰围76cm, 臀围85cm。皮肤粘膜无黄染及出血点, 全身浅表淋巴结无肿大。双瞳等大等圆, 光反射存在, 口唇无发绀, 鼻耳无异常。颈软, 气管居中, 两侧甲状腺无肿大, 颈静脉无怒张。胸廓无畸形, 两肺呼吸运动对称, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿性罗音。HR107次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音, 腹软, 肝脾肋下未及, 移动性浊音(-), 双肾区无明显叩痛。脊柱四肢无畸形, 活动自如, 双下肢无浮肿, 足背动脉搏动尚可, 双足皮温可, 皮色正常。肛门生殖器未检, 生理反射存在, 病理反射未引出。辅助检查: 入院随机血糖(2023-2-22): 23.6mmol/L, 2023-05-20, 尿常规检测+沉渣定量(临床检测中心): 尿酮体 弱阳性mg/dL, 尿胆原 1+mg/dL; 2023-05-19, 葡萄糖测定(餐后2小时): 餐后2小时葡萄糖 19.22mmol/L; 2023-05-19, 电解质分析(组套)(检验科), 肾功能测定: 尿素 3.0mmol/L, 钾 2.97mmol/L, 钠 136.5mmol/L, 氯 98.1mmol/L。

诊疗经过:

入院完善相关检查: 2023-05-22, 电解质分析(检验科急): 氯离子测定干片 92.0mmol/L, 二氧化碳测定干片 33mmol/L; 2023-05-22, 急诊尿液分析: 尿酮体 阴性mg/dL, 尿蛋白质 弱阳性mg/dL, 尿糖 4+mg/dL; 2023-05-23, 糖化血红蛋白测定(色谱法): 6.40%; 2023-05-23, 血细胞分析(两院区通用): 白细胞计数 $4.65 \times 10^9/L$, 中性粒细胞计数 $2.58 \times 10^9/L$, 血红蛋白量 146g/L, 血小板计数 $136 \times 10^9/L$; 2023-05-23, 甲功+抗体: 未见异常; 2023-05-23, 总I型胶原氨基端延长肽 35.48ng/ml; 2023-05-23, I型胶原羧基末端肽(CTX) 0.231ng/ml; 2023-05-23, 生化全套: 胱抑素C 1.26mg/L, α -羟丁酸脱氢酶 186.1U/L, 肌酸激酶 41.5U/L, 氯 98.3mmol/L, 钾 2.71mmol/L, 甘油三酯 2.48mmol/L, 葡萄糖 6.82mmol/L, 肌酐 $48.2 \mu\text{mol/L}$, 尿素 3.5mmol/L, 白蛋白 39.2g/L, 谷氨酰转肽酶 74.9U/L, 丙氨酸氨基转移酶 7.9U/L, 间接胆红素 $17.30 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $9.70 \mu\text{mol/L}$, 总胆红素 $27.00 \mu\text{mol/L}$; 2023-05-23, 骨代谢组套, 肿瘤全套(消化): 降钙素 5.41pg/ml, 25羟维生素D 9.90ng/ml; 2023-05-23, 电解质分析(检验科急): 钾离子测定干片 3.99mmol/L, 钙测定干片 2.07mmol/L; 胰岛相关抗体阴性, 血清C-肽测定(0h-0.5h-1h-2h-3h): 0.85-0.70-1.07-1.37-1.49ng/ml; 血清胰岛素测定:(0h-0.5h-1h-2h-3h): 22.70-11.80-12.70-9.70-8.00uU/mL; 2023-05-24, 粪便常规+隐血(检验科): 未见异常; 2023-05-24, 镁测定: 镁 0.71mmol/L; 2023-05-24, 尿蛋白/尿

苏州大学附属第一医院 出院记录



扫一扫，病历复印预约

姓名：尹国龙

病区：36病区内分泌科

床号：+2

住院号：1784710

3. 硝苯地平控释片（30毫克/粒）30毫克 Bid 口服

1. 糖尿病低盐低脂饮食，控制摄入量，适量运动。

2. 降糖方案为：来优时14u qd皮下注射+二甲双胍0.5g tid+阿卡波糖100mg tid；嘱出院后规律监测血糖，内分泌科定期随访。

3. 糖尿病患者可能出现低血糖症，如出现心悸、出汗、面色苍白等低血糖临床表现需立即进食、测血糖，并至内分泌门诊调整降糖方案。

4. 患者合并高血压，目前口服硝苯地平控制片降压中，嘱患者监测血压，定期随诊。

5. 患者合并糖尿病性周围神经病，应穿着宽松鞋袜，注意足部护理；考虑合并肾结石，定期复查泌尿系超声，泌尿外科随诊。

6. 患者胸部CT提示：2023-05-23，CT：右肺上叶GGO，右上肺及左肺散在实性小结节，增殖灶可能，建议定期复查；右下肺间质性炎，建议治疗后复查；双上肺局限性肺气肿；主动脉及冠脉硬化；患者双下肺病灶局限，患者无发热，咳嗽等不适主诉，暂未药物治疗。嘱患者定期随访，出院后呼吸内科就诊。

7. 患者有低钾血症，入院后完善相关检查，暂不能明确低钾原因，建议出院后继续补钾治疗，1-2周后门诊复查电解质，必要时完善基因检测排查低钾原因。

8. 患者颈脑血管超声提示：1. 右侧椎动脉颅外段重度狭窄（结合颈部血管超声）。颈脑血管超声：1. 右侧椎动脉起始部重度狭窄（直径狭窄率81%，易损斑块）。2. 左侧颈内动脉轻度狭窄（直径狭窄率30.5%，易损斑块）。3. 双侧颈部动脉多发易损斑块形成。出院后建议继续口服硫酸氢氯吡格雷片抗血小板聚集，阿托伐他汀调脂稳斑，服药期间监测肝功能、血脂，关注有无皮肤牙龈出血、呕血黑便、肌肉酸痛、皮肤黄染、恶心呕吐等不适，定期复查颈脑血管超声，我科、神内科及介入科门诊随诊，不适随诊。

X光片号：

CT号：3656147

MRI号：

病理号：

门诊病历已交给病人或家属，签收人：

主治医师：陈超

医师：陈超

