

ENGLISH-CHINESE
CORRESPONDING NURSING PEARLS

护理病例荟萃

(英汉对照)

主 编 侯惠如
副主编 杨 丽 闫雅凤
主 审 李小鹰



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

护理病例荟萃(英汉对照)

English-Chinese Corresponding Nursing Pearls

主 编 侯惠如

副主编 杨 丽 闫雅凤

主 审 李小鹰

参编人员 范庆庆 胡永梅 胡 鑫

曹春玲 黄 英 李春梅

龚竹云 黄 超 王晓媛

牛 娜 刘玉春 张玉兰



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

护理病例荟萃(英汉对照)/侯惠如主编. —北京:人民军医出版社,2011. 3
ISBN 978-7-5091-4503-6

I. ①护… II. ①侯… III. ①护理学—病案—汇编—英、汉 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 025841 号

策划编辑:张忠丽 吴 磊 文字编辑:刘树红 李 欢 责任审读:张之生

出 版 人:石 虹

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8230

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:11.5 字数:246千字

版、印次:2010年3月第1版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:35.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书收集了 9 个常见疾病的典型护理病例,采取中英文对照的写作方式,详细介绍了患者从入院到出院的整个护理过程,列举了 128 个护理诊断,并附有临床常用英文缩略语表。本书内容详细具体,实用性较强,特邀请我国著名的老年心血管病专家李小鹰教授作为本书主审。可作为临床护理人员和护理院校学生参考用书。

前 言

为提高护理人员的专业知识水平和实际应用专业英语的能力。近年来,英语教学查房越来越普遍地应用在临床护理教学中,护理病例又是护理查房中不可或缺的教材,但目前临床上缺乏针对性强、实用性强的中英文对照教材,为此我们组织了一批临床工作经验丰富、理论知识扎实的临床护理教师,本着提高教学效果,增强学习效率,培养护士自学能力的目的,精选了9份护理病例编写了这本实用、针对性较强的《护理病例荟萃(英汉对照)》以供各临床科室参考。

本书以整体护理为框架,收录了9份典型护理病例,包括冠心病、脑梗死、胃癌、骨折、肾功能不全、糖尿病、白血病、宫颈癌、垂体瘤等疾病,涉及心血管、神经内科、神经外科、普外科、妇产科、肾内科、内分泌及血液等专科。所有病历均包括一般资料、健康状况和问题、目前主要治疗及护理、护理计划、出院指导和护理记录,其中健康状况和问题包括入院原因及经过、现在和既往身体状况、心理社会状况、身体评估、辅助检查6个部分。护理计划包括护理诊断、目标、措施、评价等部分。

本书具有以下特点。①全面:在编排上力求体现整体护理的系统性和科学性,并努力达到相对的全面性。②实用:本书参编人员均为资深临床教师,临床经验丰富,保证了书稿的科学性,具有很强的使用价值。③可操作:所有病历均选自临床实际,内容涵盖了整体护理的全过程,完全可满足护理工作的实际需要。故可作为临床教学查房、护理查体及书写护理病历的重要参考用书。

本书虽经全体编者反复研究、讨论、修改,但由于参编人员水平和能力有限,加之编写时间仓促,如有不当之处,恳请广大护理工作者和读者批评指正。

编 者

2010年12月25日

目 录

Contents

慢性肾功能不全伴冠心病稳定型心绞痛患者护理 1 例	(1)
One Nursing Case of Chronic Renal Dysfunction with Coronary Heart Disease and Stable Angina Pectoris	(9)
急性非淋巴细胞白血病患者护理 1 例	(20)
One Nursing Case of Acute Non-lymphocytic Leukemia	(27)
2 型糖尿病患者护理 1 例	(34)
One Nursing Case of Type 2 Diabetes	(43)
脑梗死患者护理 1 例	(54)
One Nursing Case of Cerebral Infarction	(62)
冠心病护理 1 例	(73)
One Nursing Case of Coronary Heart Disease	(83)
妊娠合并宫颈癌患者护理 1 例	(93)
One Nursing Case of Cervical Cancer Complicating Pregnancy	(101)
右股骨颈骨折患者护理 1 例	(110)
One Nursing Case of Right Femoral Neck Fracture	(119)
胃癌合并前列腺癌伴骨转移患者护理 1 例	(128)
One Nursing Case of Gastric Cancer and Prostatic Cancer with Osseous Metastasis	(138)
垂体腺瘤患者护理 1 例	(145)
One Nursing Case of Pituitary Adenoma	(154)

附录 A 临床常用 128 个护理诊断	(163)
Typical Clinical 128 Cases of Nursing Diagnosis	(163)
附录 B 临床常用英文缩写略语表	(168)
General Clinical English Abbreviation Index	(168)

慢性肾功能不全伴冠心病稳定型 心绞痛患者护理 1 例

一、一般资料

科别:南楼心血管二科 床号:6 患者:某某 性别:男 年龄:89岁 职业:军人
民族:汉族 籍贯:江西省 婚姻状况:已婚 文化程度:大学 信仰:共产主义
入院日期:2007年9月26日15时30分 入院方式:急诊、轮椅 病历叙述者:患者本人 可靠程度:可靠

病历记录日期:2007年9月26日17时 主管医生:某某 医疗诊断:①慢性肾功能不全,尿毒症期;②慢性支气管炎阻塞性肺气肿;③冠心病稳定型心绞痛

二、患者的健康状况和问题

(一)入院原因及经过

患者于2002年1月查体时发现血肌酐 $124.2\mu\text{mol/L}$,尿素氮 7.73mmol/L ,2004年诊断为肾动脉硬化所致缺血性肾病,2006年4月在局部麻醉下行左前臂动静脉内瘘术,同年5月开始行血液透析治疗,每周2次。2007年9月26日9时在常规透析治疗过程中突然出现血压下降,最低时测不到血压,给予多巴胺等药物治疗后好转,现为进一步诊治,急诊收入南楼肾科。

(二)现在身体状况

主诉:发病以来精神欠佳。

自理程度:生活能自理。

饮食:低盐优质蛋白饮食,主食 300g/d ,饮水 $<1000\text{ml/d}$ 。

睡眠:睡眠规律,可借助药物入睡 $7\sim 8\text{h/d}$ 。

排泄:排便正常, $1\sim 2/\text{d}$,尿量 $100\sim 300\text{ml/d}$,体重无明显改变。

(三)既往身体状况

既往史:既往有慢性支气管炎、阻塞性肺气肿,感冒着凉后易咳嗽、咳白色黏痰。有冠心病史多年,目前口服欣康片,近年未发作胸闷、心慌等症状。

个人史:生于江西省上饶县,到过全国各地。否认化学毒物接触史,否认放射性物质接触史,否认疫区接触史。27岁结婚,育1女,爱人于1988年死于脑血管病。

家族史:父母早亡,死因不详。否认家族遗传病及相关病史。

过敏史:自诉对“异山梨酯”过敏。无其他药物、食物及花粉过敏史。

嗜好:否认烟酒嗜好。

(四)心理社会状况

精神状态:既往精神状态好,发病以来精神状态欠佳。语言表达清楚,理解力正常、定向力正常,视觉、听觉、嗅觉、味觉均正常。

对疾病健康的认识和理解:认为疾病不可逆转,有悲哀情绪。

对学习、工作、生活等的心理应激反应:退休在家,对学习、工作、生活无影响。

人格类型:独立、紧张、主动、外向。

医疗费用支付形式:军队公费医疗。

(五)身体评估

T 36.1℃ P 65 /min R 18/min BP 110/60mmHg(1mmHg=0.133kPa)

患者神志清楚,慢性病容,发育正常,营养状态欠佳,贫血貌,自动体位,查体合作。全身皮肤黏膜无黄染,无出血点,浅表淋巴结无肿大。头颅五官无畸形,眼睑无水肿,结膜无充血,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,外耳道无分泌物,鼻道通畅,口唇轻度发绀,无黏膜溃疡。双侧扁桃体无肿大,颈软,无颈静脉怒张,气管居中,甲状腺无肿大。桶状胸,双侧呼吸运动对称,呼吸音清晰,未闻及干、湿啰音,心尖部可闻及收缩期吹风样杂音,左前臂造口处血管杂音响亮,远端手部皮温正常。腹部平软,无压痛及反跳痛,肠鸣音正常,无移动性浊音,脊柱、四肢无畸形,脚踝部轻度水肿。

(六)辅助检查

24h 动态心电图:频发房早,部分二联律。

血生化:尿素氮 14.18mmol/L、肌酐 488.3 μ mol/L、脑利钠肽前体 3850pg/ml。

24h 尿:尿 NAG 酶(N-乙酰-B-D-氨基葡萄糖苷酶)测定 56.67U/g,Cr、尿蛋白(+)、尿糖(+++)。

凝血功能:血浆 D-二聚体测定 1.19 μ g/ml。

三、目前主要治疗及护理

给予一级护理,低盐低脂普食,多功能重症监护,血液透析,记出入量。

治疗

● 纠正营养不良:口服肠内营养乳剂,皮下注射重组人促红细胞生成素注射液,静脉注射人血白蛋白。

● 预防低血压:监测血压,合理调整入量。

● 纠正失衡综合征:血液透析时依据患者生命体征调整血流速和超滤量,延长透析时间,口服钙剂。

- 保护肾功能:口服碳酸氢钠纠正酸中毒,口服复方 α -酮酸保护肾功能。

四、护 理 计 划

护理诊断

1. 2007-09-26 潜在并发症 心输出量减少:与血液透析时电解质紊乱及毒素蓄积有关。

护理目标

护士严密观察患者有无心输出量减少的症状,发现异常及时报告医生予以处理。

护理措施

- 遵医嘱口服或静脉补液,保持最佳液体平衡。

措施依据:保持出入量平衡。

- 持续低流量吸氧,监护仪监护生命体征。

措施依据:改善缺氧状态。

- 血液透析时根据体重增长情况和血水含量比值调整超滤量和血液流速。

措施依据:根据血压情况调整。

- 限制活动,减少耗氧量。

措施依据:减少体力消耗。

● 遵医嘱给药,增加心肌收缩力,根据血钾、尿素氮、肌酐的实验室检查结果纠正电解质紊乱。

措施依据:保持体内外环境平衡。

2007-10-11 护理评价

患者住院期间脉搏有力,心输出量正常,生命体征平稳,护理目标完全实现。

2. 2007-09-26 有感染的危险 与内瘘反复穿刺有关。

护理目标

护士密切观察患者动静脉内瘘感染发生的症状,如有异常及时报告医生予以处理。

护理措施

- 评估感染症状和体征:动静脉内瘘部位出现发热、红肿及渗液。

- 血液透析时严格消毒内瘘部皮肤,透析期间保持通路无菌。

措施依据:保证无菌操作。

- 用无菌敷料覆盖穿刺部位。

措施依据:保持无菌环境,减少感染机会。

- 保持瘘部位清洁干燥,有瘙痒时避免抓挠皮肤。

措施依据:避免皮肤破损。

● 动静脉内瘘只能采用血液透析,不能抽血、输液。

措施依据:延长内瘘使用寿命。

● 每次透析后,可在瘘口周围涂抹静脉炎膏,保护周围皮肤。

措施依据:减少疼痛感,增加患者舒适度。

2007-10-11 护理评价

患者住院期间无感染发生,护理目标完全实现。

3. 2007-09-26 潜在并发症 血栓形成:与老年血流缓慢,高凝状态有关。

护理目标

护士密切观察患者有无血栓形成的征兆,如有异常及时报告医生予以处理。

护理措施

● 评估患者衣着、鞋子是否合适。指导患者穿宽松的衣服和鞋子。

措施依据:增加舒适感。

● 抬高下肢,注意清洁皮肤。避免使用热水袋,防止烫伤。

措施依据:增加下肢静脉回流。

● 评估有无末梢神经病变及异常感觉,每次透析 2h 后,用 50℃ 左右温水浸泡瘘侧皮肤 30min,握力器锻炼 10min,促进血液循环。

措施依据:保证瘘侧肢血流量。

● 避免剧烈运动,每日室内散步 30min。

措施依据:适当活动,增加机体抵抗力。

● 增加营养,饮食给予优质蛋白。

措施依据:保证能量供应。

● 定期做血管超声,查血液黏滞度,监测局部血流情况。

措施依据:及时发现问题以便处理。

2007-10-11 护理评价

患者住院期间动静脉通路保持开放,无下肢血栓形成。

4. 2007-09-26 营养失调 低于机体需要量:与长期透析、蛋白丢失有关。

依据:患者主诉偶有头晕,体重减轻。

护理目标

患者住院期间营养状况改善,表现为体重稳定。

护理措施

● 评估实际摄入量。提供患者容易耐受的少量多餐饮食。

措施依据:保证机体需要量。

● 给予低盐、低脂、优质蛋白饮食。

措施依据:指导患者合理饮食。

● 遵医嘱静脉补充营养。

措施依据:保证机体需要。

- 遵医嘱给予肠内营养支持。

措施依据:保证机体需要。

● 每日评估体重增加情况,监测体重变化,监测电解质、清蛋白化验结果。
做好出入量情况的记录。

措施依据:保证出入量动态平衡和电解质的稳定,避免体重短时间内过度增加。

2007-10-11 护理评价

患者住院期间营养状况改善,体重稳定,护理目标完全实现。

5. 2007-9-26 知识缺乏 与内瘘的自我观察及护理知识欠缺有关。

依据:①高龄、记忆力减退;②理解力有所下降。

护理目标

患者出院时能说出内瘘的家庭护理方法,能识别感染的症状和体征。

护理措施

● 评估患者对透析管道和家庭护理知识的了解程度。对患者进行血液透析饮食、用药的健康教育。

措施依据:家庭护理对患者生活质量的影响作用。

- 教会患者检查内瘘通畅的方法:听杂音,触摸震颤。

措施依据:进行自我监测,保证检查的连续性。

- 指导患者自己护理内瘘。

措施依据:延长内瘘使用寿命。

- 指导患者观察通路部位感染的症状和体征:局部有无发热、红肿、渗出。

措施依据:出现问题及时处理,防止造成不可逆的后果。

2007-10-11 护理评价

患者出院时能说出内瘘的家庭护理方法,能识别感染的症状和体征,护理目标完全实现。

6. 2007-09-26 预感性悲哀 与肾脏疾病发展有关。

护理目标

患者住院期间能表达自己的感受或寻求帮助。

护理措施

- 评估患者悲哀过程的各种反应,如否认、愤怒、协议、抑郁、接受。

- 评估患者悲哀时应用语言和非语言方式进行沟通的能力。

- 与患者建立融洽关系,倾听并鼓励患者表达感受。

措施依据:鼓励患者表达,减少心理负担。

- 提供有关健康状况的真实信息,既不要做虚假的保证,也不要令患者失

望。

措施依据:实事求是,增加患者对医护人员的信任感。

● 与患者一起制定康复的重点目标,回顾已取得的进步,增强患者信心。

措施依据:鼓励患者提高生活质量。

● 鼓励患者进行自我护理。

措施依据:鼓励患者自我实践。

● 提供舒适的环境,减少外界刺激。

措施依据:增加心理舒适度。

2007-10-11 护理评价

患者住院期间能表达自己的感受或寻求帮助,护理目标完全实现。

五、出院指导

用药指导

遵照医嘱服用药物,在生理状况允许的条件下坚持适当地进行日常活动。坚持服药:准备1个笔记本记录每日用药名称、剂量和服药时间。

教育病人学会自我管理

● 心理指导:指导患者保持乐观开朗的心理状态,鼓励参加一定的社交活动,保持良好的人际关系,家属和周围人要多给予理解、鼓励和安慰。

● 详细向家属和患者交代注意事项。要求患者能口述重点注意事项,必要时写成手册,以利患者遵照执行。

● 定期进行复查,以利于及时了解病情变化,及早处理,利于康复。

护士在教育终末期肾病患者中有重要作用。需要教育患者如何进行合理的营养搭配,如何才能满足每天必需的营养需求。患者还需要了解如何检查血管通路是否通畅,避免在内瘘部位进行静脉穿刺和血压测量。

除此以外,患者及其家庭成员还需要大量关于透析治疗和长期影响的知识。例如,发生什么问题时需要向医护人员汇报,这些问题包括:①肾衰竭的症状和体征进一步恶化(贫血、呕吐、尿量异常);②与高血钾有关的症状与体征(肌无力、腹泻、腹肌痉挛);③与血管通路有关的症状与体征(内瘘凝血、感染等)。

上述这些与肾功能密切相关的症状与体征均与肌酐和尿素氮升高有关,预示着患者需要改变透析剂量。透析护士也需要在每次治疗时不断进行相关健康教育。

饮食指导

● 低盐、低钾饮食,控制水的摄入量。水的每日摄入量一般以前一天的尿量加500ml水计算,这其中包括汤、饭、菜中所含的水分。含钾较多的食品包括蔬菜、水果、咖啡、浓茶、人参精、鸡精等,高钾食物滚水烫过后,去掉汤汁油炒,可减少钾的摄入量。

● 限制膳食中蛋白质的摄入量,在总量范围内尽量提高优质蛋白质的比例,占总量的50%~70%。在日常饮食中,鸡蛋、奶、鱼肉、瘦肉含优质蛋白质,人体利用率高,可用于维持患者的营养。而豆类(绿豆、红豆、黄豆、蚕豆等)、核果类(花生、瓜子、腰果)则属于禁食范围。

● 为防止低蛋白饮食引起人体营养不良,应适量补充热量高的食品,如白糖、多维葡萄糖、冰糖、水果糖等,玉米粉、藕粉也可食用。

● 肾衰竭患者常有低血钙、高血磷,易导致皮肤瘙痒及骨骼病变,所以应补充钙剂,每天补充钙1000~1500mg钙,同时避免多喝汽水、可乐,避免多吃动物内脏、干豆类高磷食品。因为大多数磷酸盐存在于高蛋白饮食中,所以低蛋白饮食,即低磷饮食。

六、护理记录

2007-09-26 17时 T 36℃ P 79/min R 18/min BP 90/50mmHg 体重75kg

患者主因8时行常规血液透析,10min后出现神志模糊,大小便失禁,呕吐胃内容物约100ml,测血压50/30mmHg(6.67/4.0kPa),立即停止超滤,静滴多巴胺后症状逐渐缓解,继续血液净化治疗。于15时30分急诊平车收入院。入院后一般情况尚可,医嘱给予一级护理,低盐低脂普食,氨肽素等药物治疗。已做入院指导,嘱患者防摔倒。采集病史后列出下列护理诊断:①潜在并发症:心输出量减少;②有感染的危险;③潜在并发症:血栓形成;④营养失调:低于机体需要量;⑤缺乏知识;⑥预感性悲哀。

责任护士:某某

2007-09-27 11时 T 36.2℃ P 66/min R 18/min BP 100/60mmHg

患者昨夜服用安眠药后入睡约7h,晨起采集常规标本。患者精神尚可,无头晕、心慌等不适。动静脉内瘘震颤好,下肢有轻度水肿。嘱其要限制饮水量,注意防摔跤。

责任护士:某某

2007-09-28 12时 T 36.5℃ P 70/min R 18/min BP 110/60mmHg

患者晨起精神、食欲好,室内轻微活动后无不适,7时30分去透析室行常规血液净化治疗,过程顺利,血压波动在116/45~154/46mmHg,脱水2.2kg,于12时安返病房。动静脉瘘针眼处干燥无渗血,震颤好。

责任护士:某某

2007-09-29 11时 T 36.5℃ P 70/min R 18/min BP 125/60mmHg

患者近日常生命体征平稳,协助室内轻微活动后无不适,每日可看书报1h,瘘侧肢体锻炼30min。患者要求自行淋浴,多次劝说效果差,15min后患者淋浴结束,立

即协助卧床休息,测量生命体征,P 85/min R 20/min BP 140/60mmHg,给予低流量吸氧,嘱其注意休息,10min 后入睡。

责任护士:某某

2007-09-30 11 时 T 36.1℃ P 62/min R 18/min BP 110/60mmHg

患者晨起精神可、食欲欠佳,大便正常。左前臂动静脉内瘘处血管杂音好,双下肢无水肿,足背动脉搏动正常,继续血液净化治疗。更换床单,房间通风。

责任护士:某某

2007-09-31 11 时 T 36.5℃ P 72/min R 18/min BP 125/58mmHg

患者晨起精神、食欲可,睡眠 7h,醒后无不适。向陪床详细讲解节日前的注意事项,包括饮食、睡眠、探视等需要注意的地方,向患者介绍节日期间的各项治疗及护理安排并征求意见,患者对各项安排表示满意。

责任护士:某某

2007-10-03 11 时 T 36.5℃ P 70/min R 18/min BP 125/58mmHg

患者精神、食欲良好,睡眠尚可,心率 70/min,律不齐,偶有早搏,无心慌等不适症状,常规血液净化治疗过程顺利。动静脉内瘘血管杂音好,无皮下渗血等不良反应,继续原治疗护理措施,加强瘘侧肢体锻炼。

责任护士:某某

2007-10-06 12 时 T 36.3℃ P 71/min R 18/min BP 144/48mmHg

患者今日常规血液透析治疗,时间 4 小时 30 分,上机血压 144/38mmHg,脉搏 71/min,透析过程血压波动于 82~148/28~54mmHg,心率 65~81/min,偶见房早和室早,给予持续低流量吸氧,脱水 2.3kg,抗凝药用量 16mg,治疗量 67.1mg,安返病房。更换衣服协助午休。

责任护士:某某

2007-10-09 11 时 T 36.2℃ P 68/min R 18/min BP 130/45mmHg

今日主管医师某某查房,化验指标无特殊变化。左前臂动静脉造口处血管杂音好,右足背部有轻度水肿,患者主诉偶有便秘情况,医嘱给予停新清宁片,改用乳果糖口服,加大通便灵用量,继续观察。

责任护士:某某

2007-10-11 11 时 T 36.7℃ P 70/min R 18/min BP 130/55mmHg

患者近日常生命体征平稳,便秘情况有所好转,常规血液透析治疗过程顺利,今日安排出院,给予出院指导。嘱患者限制水入量,进食低盐、低脂、高蛋白食物,防止感冒。

责任护士:某某

One Nursing Case of Chronic Renal Dysfunction with Coronary Heart Disease and Stable Angina Pectoris

General Information

Department: The second cardiovascular department of the south building
Bed No. :6 **Name:** ××× **Sex:** Male **Age:**89 **Profession:** Soldier
Nation: Han **Birth place:** Jiangxi Province **Marriage status:** Married **Education background:** Bachelor **Faith:** Communism **Admission time:** Sep. 26, 2007
Admission status: Acute **Narrator:** The patient himself **Reliability:** Reliable
Record time: Sep. 26, 2007 **Doctor :** ××× **Diagnosis:** ①Chronic renal dysfunction; urinaemia; ② COPD(chronic brochitis and obstructive pulmonary emphysema); ③ Coronary heart disease, stable angina pectoris.

The Health Status of the Patient

The reason and the process of admission

In January 2002, the test of renal function showed Scr 124.2 μ mol/L, BUN 7.73mmol/L, and then the patient was diagnosed ischemic nephropathy caused by renal arteriosclerosis in 2004. In April 2006, after the internal arteriovenous fistula operation at left fore arm, he received hemodialysis therapy for twice a week. On Sep. 26, 2007, the BP suddenly decreased, even undetectably during regular hemodialysis. After given dopamine, the patient gradually recovered and was then admitted to the Renal department in Nan Lou.

Present physical conditions

Chief complaints: Bad spirits since the onset of the disease.

Self-care level: Capable of taking care of himself.

Diets: Low salt with high quality protein diet, 300g of staple food everyday, less than 1 000ml water intake everyday.

Sleep: Regular sleep with 7~8h/d depending on medications.

Excretion: Having bowel movements for 1~2 times per day, quantities of urine is often 100~300ml/d, having no changes of weight.

Past physical conditions

Past History: The patient had a history of chronic bronchitis and COPD. He was often prone to have cough and white phlegm after catching a cold. He also had coronary heart disease for many years. Recently, he did not have chest distress and palpitation after taking Isosorbide Mononitrate Tablets.

Personal history: The patient was born in Shangrao county of Jiangxi Province. He has traveled throughout the country. He has no history of exposure to toxic chemicals and radioactive substances. He did not go to epidemic area. He married at 27 years old and has one daughter. His wife died of cerebral vascular disease in 1988.

Family history: The patient's parents died of unknown causes. He denied a history of genetic disorder and related diseases in his family.

History of allergy: He has no history of allergy to food, drugs and pollen except Isosorbide dinitrate.

Addiction: No addiction of smoking and alcohol

Mental and social status

Mental status: The patient had a good mental health in the past, then became unwell because of illness. He has normal language expression, comprehension, orientation, and all kinds of senses.

Illness cognition and apprehension: He believes his illness is irreversible and has sad feelings.

Psychological reaction to study, work and life: Retired at home, no effect on study, work, and life.

Personality type: Independent, intense, active, extrovert.

Payment method: Free medical care in military.

Physical examination

T 36.1°C P 65/min R 18/min BP 110/60mmHg(14.7/8.0kPa)(1mmHg =0.133kPa)

The patient has a clear mind, chronic facies, normal growth, dystrophic disturbance, anemia face, active posture and good cooperation during physical examination. No stained yellow on the skin and mucosa, no bleeding point, no superficial lymphadenectasis. The head and neck are normal, no blepharodema, conjunctival congestion or icteric sclera. The pupil on both sides are equal, no secretions on external acoustic meatus or mucosal ulcer, nasal passage is unobstructed with slight lip cyanosis. No antiadoncus on both sides, the neck is soft without distention of jugular vein. The trachea is in the middle, no thyroid enlarge-