

推荐卫生高级专业技术资格人员情况综合表（临床）

人员编号：20203305001889040000008

姓名	卢伟良	性别	男	出生年月	198009	政治面貌	民主党派			
现工作单位	湖州市南浔区人民医院					行政职务				
学历一（初始）	200007, 浙江省宁波卫生学校, 麻醉医学, 中专, 4年									
学历二	200606, 浙江大学（夜大）, 临床医学, 大学专科, 4年									
学历三										
学历四（最高）	201001, 浙江大学（业余）, 临床医学, 大学本科, 3年									
身份证号码	330501198009098515	医师资格类别	临床	注册范围	麻醉					
现从事专业	麻醉学	专业工作年限	19	参加工作时间	200202					
现专业技术资格及取得时间	主治医师 201405	现聘任职务及时间	主治医师 201512	推荐评审专业技术资格	副主任医师					
单位性质	社会公益类事业单位	破格情况		破格晋升条件						
单位考核情况	2019 合格,2018 合格,2017 合格			医院等级	二级甲等					
兼任学术职务				是否有援助经历	是					
承担的 技术 工作 及 工作 量	1.年均专业工作：300天； 2.每年完成临床麻醉800人次，全麻500人次，气管插管250人次，参与和组织抢救病人约100人次 3.每年参与重大危重病人手术麻醉100人次，全面参与全院抢救及演练，参与新生儿抢救 4.负责科室同学及新同事的带教工作。 5.负责科室及医院的会诊工作 6.全面负责科室的宣传、统计工作 7.负责麻醉科、疼痛科的浙江省数据上报工作 8.每周一出疼痛门诊工作 9.每周二去善琏医院出门诊 10.经常参与医院、科室及社会性的医疗下乡及大型义诊工作									
	专 业 工 作 经 历	200202-200805 南浔区人民医院 麻醉科助理医师								
		200806-201511 南浔区人民医院 麻醉科医师								
		201512-至今 南浔区人民医院 麻醉科主治医师								
		201603-201609 南京鼓楼医院 疼痛科进修								
	201808-201812 四川省广安市广安区花桥医院 麻醉疼痛科（援川）									
	教 学 带 教 工 作	1、培养下级专业技术人员 12 人(总人数)，其中实习生 0 人，规培生 0 人								
		2、协助指导研究生 0 人、博士研究生 0 人，硕士研究生 0 人								
		3、其他： 援川期间指导当地麻醉科疼痛科以上3人								
	第一作者论文总数				1		一级论文数:0		二级论文数:1	
论 文 论 著	论文（著）名称				期刊名称、期号、起止页码、主办单位				等级	
	1 罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉对产妇疼痛及应激反应的影响				浙江创伤外科 2018年第5期1046-1408页 温州医学院				二级	
	2									
	3									
	4									
5										
科 研 工 作	项目名称		资助部门、经费数（万数）		承担项目者名次		成果鉴定、评审、奖励及等级			
	1									
	2									
	3									
4										
奖励情况					病人投诉、处分及医疗事故情况					
201901被民建南浔区基层委员会评为2018年度区级“优秀会员”；201901被评为2018年南浔区-广安区东西部扶贫协作和对口支援工作做出贡献；202001“抽样在骨关节炎的应用”被南浔人民医院评为2019年“新技术新项目”鼓励奖；202001被南浔医疗集团评为2019年度“先进工作者”。					无					
单位公示情况：无异议 单位意见：同意推荐申报副主任医师 (盖章) 年 月 日					主管部门、市或省级厅局人事（职改）部门意见 (盖章) 年 月 日					
下一级评委会推荐意见 (盖章) 年 月 日					下一级评委会投票结果					
					评委会总人数		出席人数		赞成	反对
其他需要说明的问题					以上信息已经本人确认无误，如有虚假，愿按有关规定接受处理。 本人签名： 日期：					

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 麻醉科 申报人： 卢伟良

申报资格： 副主任医师 申报专业：

麻醉学

序号	病例号	入院(门诊)日期	出院日期	入院(门诊)诊断	出院诊断	治疗结果	手术名称	备注
1	270789	20170116	20170124	左腹股沟嵌顿疝	左腹股沟嵌顿疝	治愈	左腹腹股沟疝回纳+高位结扎	
2	271899	20170210	20170217	左下肢大隐静脉曲张	左下肢大隐静脉曲张	治愈	左大隐静脉高位结扎+抽剥	
3	273155	20170308	20170321	左面部基底细胞癌	左面部基底细胞癌室早	好转	左面部基底细胞癌广切+植皮	
4	274271	20170322	20170330	急性尿储留 肝硬化	前列腺增生肝硬化	好转	TURBP	
5	275451	20170412	20170420	消化道穿孔 胰腺炎	胃穿孔 急性胰腺炎	治愈	胃穿孔修补+胰腺周围引流	
6	276518	20170429	20170504	颈部切割伤	颈部切割伤	治愈	颈静脉修补术	
7	276759	20170503	20170613	黄疸 胆总管结石	胰头低分化腺癌	好转	whippe手术	
8	278832	20170607	20170619	左侧额颞顶硬膜下血肿	左侧额颞顶硬膜下血肿 第一肋骨骨折	治愈	血清除肿	
9	278488	20170601	20170605	右腹股沟斜疝 房颤	右腹股沟斜疝 房颤	治愈	右斜疝高位结扎+修补术	
10	282282	20170802	20170815	乙状结肠上皮肉瘤 降结肠上皮肉瘤变	降结肠腺癌	好转	左半结肠切除+乙状结肠部分切除	

注：1. 执业医师类别为临床、中医、口腔的人员填写，其中专业目录序号为 33-36、38-43 的人员可不填写；
2. 填写本人主持危急重症抢救和疑难病症处理或主刀（指导）的手术病例等能够反映本人专业技术水平的住院病例，无住院床位的方可填写门诊病例。填写的内容要准确、具体、详实。每页填写 10 例，共填写 50 例。其中治疗结果一般填写治愈、好转、自动出院、死亡、转院等。

科主任（签名）：

单位负责人（签名）：

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 麻醉科 申报人： 卢伟良

申报资格： 副主任医师 申报专业：

麻醉学

序号	病例号	入院(门诊)日期	出院日期	入院(门诊)诊断	出院诊断	治疗结果	手术名称	备注
11	276639	20170501	20170518	脾挫伤 腹腔积液	脾挫裂伤 腹腔积液	治愈	脾切除术	
12	290711	20171120	20171130	右肺中叶占位	右肺中叶错构瘤	治愈	右肺中叶结节切除	
13	285367	20170924	20171101	左侧颞部硬膜外血肿 蛛血 脑疝	颞部硬膜外血肿 蛛血 脑疝	治愈	去骨瓣减压血肿清除	
14	314028	20180804	20180813	左腹股沟嵌顿疝 高血压 房颤	左腹股沟嵌顿疝 高血压 房颤	治愈	嵌顿疝回纳+结扎+修补	
15	314405	20180810	20180907	肠梗阻 左肾囊肿	乙状结肠癌慢性心功能不全 肠梗阻	好转	左半结肠根治术	
16	329939	20190410	20190414	重度颅脑损伤 脑疝	重度颅脑损伤 脑疝	好转	左额颞顶去骨瓣减压血肿清除	
17	337452	20190805	20190905	左颞部、基底节区脑出血 脑疝 高血压	左颞部、基底节区脑出血 脑疝 高血压	治愈	去骨瓣减压血肿清除	
18	269987	20161231	20170214	L2椎体爆裂性骨折 不全瘫 高血压	L2椎体爆裂性骨折 不全瘫 高血压	好转	骨折前路减压内固定	
19	282546	20170807	20170826	右髌右膝关节病 高血压	右髌右膝关节病 高血压	治愈	右膝关节置换术	
20	311775	20180630	20180728	右肩胛骨粉碎性骨折 肋骨骨折	右肩胛骨粉碎性骨折 肋骨骨折	好转	右肩胛骨切复内固定	

注：1. 执业医师类别为临床、中医、口腔的人员填写，其中专业目录序号为 33-36、38-43 的人员可不填写；
2. 填写本人主持危急重症抢救和疑难病症处理或主刀（指导）的手术病例等能够反映本人专业技术水平的住院病例，无住院床位的方可填写门诊病例。填写的内容要准确、具体、详实。每页填写 10 例，共填写 50 例。其中治疗结果一般填写治愈、好转、自动出院、死亡、转院等。

科主任（签名）：

单位负责人（签名）：

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 麻醉科 申报人： 卢伟良

申报资格： 副主任医师 申报专业：

麻醉学

序号	病例号	入院(门诊)日期	出院日期	入院(门诊)诊断	出院诊断	治疗结果	手术名称	备注
21	313724	20180731	20180828	右髌臼、耻骨下支骨折右肘右踝挫伤	右髌臼、耻骨下支骨折右肘右踝挫伤	治愈	右侧骨盆切复内固定	
22	330209	20190415	20190430	右膝关节炎 高血压	右膝关节炎 高血压	治愈	右膝关节置换术	
23	271265	20170126	20170202	异位妊娠	左侧输卵管妊娠	治愈	左侧输卵管切除术	
24	272447	20170220	20170227	子宫肌瘤 高血压	子宫肌瘤 高血压	治愈	经腹全子宫切除术	
25	275244	20170408	20170418	子宫粘膜下肌瘤	子宫颈平滑肌肉瘤 肠梗阻	好转	经腹全子宫切除术+双侧输卵管切除术	
26	279101	20170612	20170617	子宫肌瘤 急性盆腔炎 腰椎间盘突出	子宫肌瘤 急性盆腔炎 腰椎间盘突出	治愈	经腹全子宫切除术+双侧输卵管切除术+右侧卵巢囊肿剥除术	
27	283627	20170825	20170829	盆腔包块畸胎瘤	盆腔包块畸胎瘤	好转	腹腔镜畸胎瘤切除术	
28	284393	20170906	20170914	G2P1孕40+1W胎窘	G2P1孕40+1W胎窘 产后出血 休克 DIC	治愈	子宫切除+抗休克	
29	282858	20170812	20170820	双侧输卵管积水	双侧输卵管积水	好转	腹腔镜下双侧输卵管切除+盆腔黏连松解	
30	289801	20171106	20171113	右附件包块	右侧卵巢畸胎瘤	治愈	经腹右侧附件切除术	

注：1. 执业医师类别为临床、中医、口腔的人员填写，其中专业目录序号为 33-36、38-43 的人员可不填写；
 2. 填写本人主持危急重症抢救和疑难病症处理或主刀（指导）的手术病例等能够反映本人专业技术水平的住院病例，无住院床位的方可填写门诊病例。填写的内容要准确、具体、详实。每页填写 10 例，共填写 50 例。其中治疗结果一般填写治愈、好转、自动出院、死亡、转院等。

科主任（签名）：

单位负责人（签名）：

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 麻醉科 申报人： 卢伟良

申报资格： 副主任医师 申报专业：

麻醉学

序号	病例号	入院(门诊)日期	出院日期	入院(门诊)诊断	出院诊断	治疗结果	手术名称	备注
31	340841	20190928	20191024	肝肿瘤	左肝低分化腺癌	好转	腹腔镜下左半肝切除术	
32	344348	20191125	20191209	左乳结节 高血压 冠心病	左乳浸润性导管癌 高血压 冠心病 糖尿病	好转	左乳改良根治术	
33	325830	20200107	20200120	急性肠梗阻	急性绞窄性肠梗阻	治愈	肠粘连松解+空肠部分切除术	
34	348781	20200227	20200302	右侧精索鞘膜积液	右侧精索鞘膜积液	治愈	右侧腹股沟疝高位结扎	
35	349621	20200318	20200406	内痔出血 高血压 乙肝	乙状结肠腺癌 内痔 高血压 乙肝	好转	腹腔镜下乙状结肠癌根治术	
36	350662	20200408	20200501	右颞骨骨折蛛血 左颞脑挫伤	右颞骨骨折蛛血 左颞脑挫伤	治愈	血肿清除术	
37	347974	20200810	20200819	创伤性破破裂 右股骨骨折 老年痴呆 贫血	创伤性破破裂 右股骨骨折 老年痴呆 贫血	治愈	脾切除	
38	359466	20200911	20200926	小脑出血破入脑室 高血压	小脑出血破入脑室 枕骨大孔疝 肺部感染	好转	小脑脑内血肿清除 双脑室引流	
39	359805	20200917	20200929	直肠肿瘤高血压室早	直肠癌高血压室早	好转	直肠癌根治术	
40	358045	20200817	20200826	急性肠梗阻、直肠癌术后	黏连性肠梗阻 直肠癌术后	治愈	肠粘连松解，小肠切除术	

注：1. 执业医师类别为临床、中医、口腔的人员填写，其中专业目录序号为 33-36、38-43 的人员可不填写；
 2. 填写本人主持危急重症抢救和疑难病症处理或主刀（指导）的手术病例等能够反映本人专业技术水平的住院病例，无住院床位的方可填写门诊病例。填写的内容要准确、具体、详实。每页填写 10 例，共填写 50 例。其中治疗结果一般填写治愈、好转、自动出院、死亡、转院等。

科主任（签名）：

单位负责人（签名）：

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 麻醉科 申报人： 卢伟良

申报资格： 副主任医师 申报专业：

麻醉学

序号	病例号	入院(门诊)日期	出院日期	入院(门诊)诊断	出院诊断	治疗结果	手术名称	备注
41	340303	20190919	20191018	左侧髌白粉碎性骨折 左侧耻骨支骨折	左侧髌白粉碎性骨折 左侧耻骨支骨折	治愈	左侧髌白骨折切复内固定	
42	346538	20200101	20200115	左侧髂骨粉碎性骨折 盆腔积液 头部外伤	左侧髂骨粉碎性骨折 盆腔积液 头部外伤	治愈	骨盆骨折切复内固定	
43	342101	20200320	20200402	左侧股骨颈骨折 高血压 骨质疏松	左侧股骨颈骨折 高血压 骨质疏松	治愈	左髌人工股骨头置换术	
44	350148	20200329	20200406	右足2-4跖骨骨折糖尿病肾结石	右足2-4跖骨骨折糖尿病肾结石	治愈	右足2-4跖骨骨折内固定	
45	332196	20200524	20200610	左粗隆间骨折 高血压 胆囊MT 肝转移	左粗隆间骨折 高血压 胆囊MT 肝转移	好转	左股骨粗隆间骨折PFNA内固定	
46	344319	20191125	20191130	子宫肌瘤 瘢痕子宫	子宫平滑肌瘤（红色变性）	治愈	子宫肌瘤剔除+左侧输卵管囊肿剔除	
47	356154	20200715	20200730	子宫腺肌症 盆腔炎 高血压	子宫腺肌症 子宫腺肌瘤 高血压 右侧输卵管积水	治愈	腹腔镜下全子宫切除术	
48	343130	20191104	20191111	G3P1孕35+6w完全性前置胎盘 先兆早产	G3P2孕35+6w完全性前置胎盘 大出血 胎盘植入	治愈	子宫下段剖宫产术	
49	362755	20200805	20200812	G1P0孕39w妊高症	G1P1孕39+1子痫 继发性宫缩乏力	治愈	子宫下段剖宫产术	
50	345322	20191211	20191221	子宫腺肌症 左侧卵巢巧克力囊肿 子宫内异位症	子宫腺肌症 左侧卵巢巧克力囊肿 子宫内异位症	治愈	腹腔镜子宫切除术+左侧附件切除+右侧输卵管切除	

注：1. 执业医师类别为临床、中医、口腔的人员填写，其中专业目录序号为 33-36、38-43 的人员可不填写；
 2. 填写本人主持危急重症抢救和疑难病症处理或主刀（指导）的手术病例等能够反映本人专业技术水平的住院病例，无住院床位的方可填写门诊病例。填写的内容要准确、具体、详实。每页填写 10 例，共填写 50 例。其中治疗结果一般填写治愈、好转、自动出院、死亡、转院等。

科主任（签名）：

单位负责人（签名）：

专业技术工作实例表

申报人: 卢伟良

科室: 麻醉科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 麻醉学

房颤合并心衰患者行非心脏手术的麻醉

患者: 胥晓娴, 女, 69岁, 住院号346538因“摔伤致左髌部疼痛活动受限2小时”于2020-01-01 22:10入院拟在全麻下行左髌关节人工股骨头置换术, 既往有“高血压、癫痫、房早、室早、”史, 长期服用丙戊酸钠和施慧达。近期血压控制可, 术前检查血常规: 血小板计数正常、APTT、INR正常、纤维蛋白原5.42g/l, 考虑到患者有癫痫病史, 发作平凡, 几乎每月都发, 我们慎重选择全麻。术前血常规: HGB/HCT 141/43.2, WBC 11.3, PLT 214; BG B型血生化K 3.9, Na 142.0, CL 104, GLU 7.13, SGPT 29, BUN 9.08, Cr 62, 凝血: PT 12.1, APTT 31D-Dh 480。患者入室后常规监护BP 110/75mmHg, R 19bpm, P 130-155bpm, 模拟导联心电图监护示房颤, 护士发现患者有微汗, 患者未诉有不适, 给予咪唑安定1.5mg静脉注射, 患者安静入睡, 开通桡动脉有创血压监测, 心率130bpm, 血压100/50mmHg, 床边心电图和床边心脏超声, 心电图示房颤, 心超显示EF约40%, 请ICU会诊, 立即给予可达龙300mg静脉推注, 20分钟后心率转窦性, 血压上升145/85mmHg, 心率85bpm, 麻醉诱导: 右美40ug、舒芬太尼20ug、顺式阿曲库铵6mg依托咪酯针10mg, 顺利插管, 血压波动不大, 术中以得普利麻及瑞芬太尼微量注射维持麻醉, 依血压、心率调节, 使BP控制在120-130/65-80mmHg之间, 术毕约10分钟, 自然苏醒拔出导管送ICU监护。

该患者的麻醉选择及管理

1、选择全身麻醉是患者既往有癫痫、室早、房早病史, 为防止心梗及心衰的再次发生术中血流动力学力求平稳维持血压在130~180/70~110mmHg, 心率50~80。麻醉的核心是: 在保证正常心脏节律的同时, 尽量维持血压和心率(或灌注压)接近于平时所控制的水平。术中波动的范围越小, 越安全。任何心脏病病人麻醉的基本原则是: 病人术前能在一个什么样的血流动力学状态下活着, 那么我们就可以在麻醉后让他在这个状态下活着。应及早扩容, 并考虑用苯肾上腺素维持外周循环阻力, 不要用其它能增快心率的有B作用的a受体激动剂。冠心病病人心率慢一点没有坏处, 只要无发生心律失常的危险。但一定不能快!!! 用苯肾上腺素维持灌注压的原因是: 扩容太多, 短时间输液较快会加重病人心脏负担。苯肾上腺素除了维持灌注压外, 还起到限制扩容速度, 给心脏一个较长的代偿期的作用(即足够长的时间去泵出增加的液体负荷), 这样避免心脏太胀, 减轻心室壁张力。硬膜外麻醉导致了外周血管的扩张, 苯肾上腺素就是去部分或全部纠正这个变化。(对于麻醉来说, 苯肾上腺素是个非常好的帮手, 希望大家熟悉使用。)

2, 全麻药物, 使用咪唑安定, 舒芬太尼减轻应激反应, 必要时考虑B受体阻滞剂, 一定不要让心率超过80bpm, 血压不要低于130~140/80, 不要高于180/110mmHg, 依托咪酯对心血管抑制轻可以使用, 诱导尽量少用丙泊酚, 术中可用得普利麻及瑞芬太尼维持麻醉。

3, 最好不要轻易给阿托品等加快心率的药物。

4, 术中监测可包括12导联心电图, 有创血压, 中心静脉压, BIS监测等。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日 (盖章)

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人：卢伟良

科室：麻醉科

申报资格：副主任医师

申报专业：麻醉学

急性颅脑损伤患者行颅脑外科手术的麻醉

一、病历摘要：患者、女、78岁。住院号329939。于2019-04-10 8:50因“摔伤头部意识不清2小时余”入院，急查头颅颅底CT示1.左侧额颞顶硬膜下血肿，左侧颞顶叶、右侧颞叶脑挫裂伤伴血肿，蛛网膜下腔出血，脑肿胀考虑。2.左侧顶骨骨折考虑，左侧顶部皮下血肿。初步诊断“1.重度颅脑损伤：脑疝2.左侧额颞顶硬膜下血肿3.左侧颞顶叶、右侧颞叶脑挫裂伤伴血肿4.创伤性蛛网膜下腔出血5.左侧顶骨骨折。既往有高血压病史多年。查体：T 34.4℃，P 69次/分、BP 179/98mmHg。刺痛不睁眼，刺痛躯体屈曲，刺痛无发音，双侧瞳孔散大5mm，对光反射消失，颈椎无压痛，四肢肌张力升高。实验室检查：血常规：HB/Hct 85/25.4，WBC 18.1，PLT 74；血型：O；凝血功能：PT 15.4，APTT 42，血生化：血钾 3.76mmol/L，血钠 138mmol/L，血糖 12.66mmol/L，ECG示窦性心律，ST-T段压低。心超：EF 58%，拟在全麻下行“左侧额颞顶去骨瓣减压+颅内血肿清除术”。

二、麻醉的管理

1.术前评估：患者有明确头部外伤史和影像学诊断，意识呈昏迷状态，神经系统损伤严重，Glasgow评分为4分；在无意识或不能合作的患者，我们要注意有无颈髓损伤情况。颅脑损伤患者合并有高血糖（12.66mmol/l），应积极控制。HGB及HCT偏低可影响机体的氧供。患者属ASA Ⅲ级。

2.术中管理

1.监测方面：对于所有急性外伤性开颅术，在诱导后应放置有创动脉监测。是否进行中心静脉压监测应根据患者的血流动力学情况确定，对矢状窦处凹陷性骨折的患者偶尔进行心前区多普勒监测。为防止VAE，可进行右心导管监测。

2.血压管理：神经外科医师将CPP为70mmHg作为最低值。对于TBI患者，麻醉医师应采用哪种方法？灌注压是所有方法的关键。

3.过度通气：对TBI的患者应有选择的使用过度通气，而不是常规使用，当然，在手术开始时，麻醉医师和外科医师应就一些管理参数达成共识。

4.液体管理 重要原则是防止血浆渗麻醉诱导，可选择司可林插管，虽然司可林可增加胃内压力，易引起呕吐，但在不加压面罩，吸氧去氮，预充氧的情况下插管应该是安全的。开颅后，血压可能全骤停。因此扩容也很重要。术中最好有血气及电解质监测。有可能有低钠低氯，加重脑水肿。术中注意保温，体温监测。如果脑出血不能控制，失血性休克，心跳呼吸骤停。

术中管理实践总结 挥发性麻醉药可能会增加CBF从而影响切除骨板后手术视野的暴露。全凭静脉麻醉可以最大限度降低CMRO₂，不引起CBF增加或脑窃血。血压管理的关键是保证脑灌注压，应维持在60~70mmHg。越来越多的证据表明过度通气可能有害，应避免滥用，除非怀疑脑疝形成，但也不应使PaCO₂<30mmHg。液体复苏中最关注的是脑水肿的发展，输液要晶体、胶体及血液合用。

本人签名：

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名：

年 月 日

负责人签名：

年 月 日（盖章）

注：填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术（科研）问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实，一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献，字数不少于1000字。每页填写1例，共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人：卢伟良 科室：麻醉科 申报资格：副主任医师 申报专业：麻醉学

<p>患者陶蕊、女、22岁、住院号：284393于2017-09-06 16:05入院 因“停经9月余，发现胎心监护异常一次”入院，诊断为“G2P1孕40+1周”于2017年9月6日16：05收住入院。查体 T36.3.0、HR 78次/分、R 18次/分、BP110/76mmHg，身高166cm 体重73kg。EKG示窦性心律。实验室检查：血常规 WBC 6.6 × 10⁹/L、HGB 106g/L、HCT 33.7%、PLT 169 × 10⁹/L、BGA型RH阳性；凝血功能：PT 11.8s、APTT 27.0s、FIB 3.68、D-二聚体2120ng/ml。于17:25经阴道娩出一活婴，胎盘娩出完整，半小时后查体阴道流血不止，即予静滴催产素、宫体注射催产素及卡前列素安丁三醇针250 μg，按摩子宫，大纱布压迫止血等治疗，但效果不明显。18:45共计出血量800ml，查体：血压100/60mmHg,HR 98次/分、R 18次/分,紧急启动抢救程序，于20:50入手术室选择在全麻下行子宫切除术，入室后常规监护立即行右侧颈内静脉穿刺，开通中心静脉通路，测得CVP 4.5 cmH₂O，加快输液及做交叉配血；一助行有创桡动脉测压。此时患者脸色苍白，神志淡漠，血压最低达68/40mmhg，HR120次/分，考虑已出现失血性休克、出血量估计在1500ml以上。经积极扩容的同时给予去氧肾上腺素微泵使用，按血压调节。甲强龙80mg提高应激水平。查凝血全套：PT 20.7s、APTT 55.9s、TT 17.7s、Fib 2.54 g/L。术中血气分析：PH7.305、PCO₂ 33.6 mmHg、PO₂ 75 mmHg、SPO₂ 92.6%、HCO₃- 16.7；血常规：HB 77g/l、WBC28.0 × 10⁹/L、HCT 22.7%、PLT 55 × 10⁹/L。此时子宫收缩持续乏力，出血较多，停用升压药后，血压有下降趋势。手术医生、医务科、麻醉科与家属沟通后，决定全麻下行“子宫次全切除术”。麻醉诱导：右美40ug、舒芬太尼25 μg、依托咪酯12 mg、顺阿曲库铵8mg、诱导平稳，插管顺利，机控呼吸。麻醉维持：瑞芬太尼+丙泊酚微泵输注。全麻后生命体征平稳，ABP 95 ~ 110/55 ~ 65 mmHg，HR90 ~ 100次/分、SPO₂始终100%；升压药停用后就未再使用。术毕送ICU继续治疗。手术时间2hr，术中输液5430ml(红细胞悬液1200ml+血浆230ml+200/0.5羟乙基淀粉1000ml+晶体3000ml),出血3000ml左右,尿量700ml。</p> <p>麻醉管理分析总结</p> <p>1麻醉选择 由于麻醉前产妇已出现休克表现，一般选择全麻，凡母体有活动性出血，低血容量休克，有明确的凝血功能异常或DIC，全身麻醉是唯一安全的选择，如母体有胎儿的，要求在5-10min内进行剖宫产，全麻亦是最佳选择。麻醉管理应充分吸氧。</p> <p>2建立有效静脉通路和监测作为基层医院，我们把最好的监测使用上了、包括中心静脉置管技术，可保证发生大出血时的输血输液，又可检测CVP，为估计血容量做参考；有创桡动脉监测血压及血气分析、凝血功能、电解质、HB和HCT等等、以便对失血量判断更加准确，为输血输液提供依据。</p> <p>3应立即启动本院产科大出血病人麻醉处理预案，联系医务科，因为大量血液供血不是医生个人能解决的，有时需要全市的力量供血。在没有血源的情况下加用胶体，由于产科的特殊性，羊水污染血液，不能自体血回输，因此异体血液供应就很重要，同时最好有新鲜血浆，冷沉淀，凝血酶原复合物，悬浮红细胞等。要打破酸中毒，凝血功能异常，低体温这个死亡三角。植入性胎盘和胎盘早剥时剥离处的坏死组织、胎盘绒毛和蜕膜组织可大量释放组织凝血活酶进入母体循环，激活凝血系统导致DIC。麻醉前、中、后应严密监测，积极预防处理。做好凝血异常和大出血的准备。</p> <p>4预防急性肾功能衰竭 记录尿量，如每小时少于30ml，应补充血容量，如少于17ml/h应考虑有肾衰的可能。除给予呋塞米外，应即时检查尿素氮和肌酐，以便于相应处理，必要时做血液透析。</p> <p>总之、本例患者自然分娩后出现宫缩乏力，发现及时，处理及时准确、为手术、患者的安全提供保障。最后病人全愈出院。</p>	
<p>本人签名： _____ 年 月 日</p>	
<p>科室审查意见</p>	<p>单位意见</p>
<p>科主任签名： _____ 年 月 日</p>	<p>负责人签名： _____ 年 月 日 (盖章)</p>

注：填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术（科研）问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实，一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献，字数不少于1000字。每页填写1例，共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人: 卢伟良

科室: 麻醉科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 麻醉学

高龄患者嵌顿疝、肠梗阻肠坏死手术的麻醉

患者: 褚玉林、男、88岁、住院号: 314028 于2018-08-04 19时因“左侧腹股沟包块3年,不能回纳4天伴”入院神志清, BP114/78mmHg, R20次/分, P89次/分, T36.5, 体重约40kg, 既往有慢性支气管病史, 近期仍有咳嗽咳痰, 有高血压病史, 用药不详, 自诉控制尚可。查血常规: WBC 7.2×10^9 , NEUT%77.7%, HGB/HCT 105/32.2, PLT 327×10^9 , 血型“A”; 血生化 K $+4.1$ mmol/L, Na $+134$ mmol/L, Cl -92 mmol/L, GLU 5.62 mmol/L, BUN 13.5 mmol/L, Cr 78μ mol/L, AG 12.7 mmol/L。ECG示: 房颤心率、P-R间期缩短; 心脏超声示: EF58%, 主瓣退变伴轻度反流, 左室顺应性减退, 胸片示两肺纹理增粗模糊, 心脏增大; 立位腹部平片示肠梗阻征象。诊断为左侧腹股沟嵌顿疝、肠坏死、房颤“入院, 拟行“左嵌顿疝回纳术”。

一、术前评估

1患者为88岁高龄, 嵌顿疝4天, 由于生理上的特殊性, 以及应激反应能力下降, 使得其感染中毒性休克的临床表现和对休克的反应性不如年轻人明显, SIRS的表现并不典型, 本例看似生命体征正常, 但实际已进入休克代偿期, 且有进一步加重趋势。

2术前用药因腹胀会导致呼吸储备功能降低, 应避免使用麻醉性镇痛药。抗酸药会刺激肠梗阻患者发生呕吐, 尤其是颗粒状的, 在被误吸后会产生严重的呼吸功能不全。因此, 肠梗阻病人不应给口服术前药。

3为防止胃内容物反流, 可使用胃肠减压, 在麻醉诱导之前必须将胃内容物排空。

4术前液体治疗目标是恢复正常的血容量这样才能保证组织和器官的氧供。其次是纠正电解质紊乱。因为梗阻段肠管丢失的液体组成与血浆相似, 所以平衡液如林格氏液最适合液体复苏。

二、实际麻醉术中管理

入手术室后, 开放中心静脉通路输液及测CVP, 测得为4cmH₂O, 加快输液; 桡动脉穿刺测ABP, ABP为130/87 mmHg。麻醉诱导: 右美40ug静脉滴注, 舒芬太尼15 μ g, 顺阿曲库铵6mg, 依托咪酯10mg, 甲强龙40mg、气管插管顺利, 机械通气控制呼吸, 术中以瑞芬太尼+依托咪酯微泵维持麻醉。术中发现肠梗阻肠粘连明显, 小肠坏死、弥漫性腹膜炎, 行“左侧嵌顿疝回纳+肠粘连松解+小肠部分切除术”, 手术时间2hr, 术中输液1500ml (其中羟乙基淀粉(代斯200/0.5) 500 ml, 出血200ml, 尿量150ml。术中血气分析, PH7.30, BE-7.5mmol/L, 未行处理。

三、术后实际管理分析

术毕带气管导管入ICU常规继续呼吸机治疗, 至休克完全纠正, 人清醒。因本例高龄患者行开腹手术后肺功能下降, 麻醉药物易蓄积也延长了患者呼吸功能的恢复时间, 给予机械通气有利于平稳度过此期。另外, 呼吸的控制, 也使得术后循环管理和电解质监测可随时调整; 经抗炎、输血、输白蛋白、新鲜冰冻血浆, 控制输液, 带管呼吸机治疗, 营养支持等治疗下, 患者循环和内环境很快稳定, 尿量也恢复, 自主呼吸良好, 神志清楚, 予术后第3天顺利拔管, 转回普通病房继续治疗。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日 (盖章)

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人: 卢伟良

科室: 麻醉科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 麻醉学

老年多发创伤失血性休克患者外科手术麻醉

患者: 钱玉宝、女、82岁、住院号347974于2020-08-10 21:45因“车祸致胸腹部外伤2小时入院”,诊断为“肝破裂,脾破裂,失血性休克,腹腔积血,老年痴呆”绿色通道,拟急诊全麻下行“剖腹探查术”术前检查:血常规:WBC 11.4 × 10⁹、PLT 181 × 10⁹、HB 85g/L;急诊B超示1.右肝不规则回声区,2.脾脏周围积液3.腹腔大量积液。CT:肝脏及脾脏周围积液明显。入手术室时病人神志模糊(嗜睡),出汗,测血压70/30mmHg,心率130次/分,呼吸>26次/分,SPO₂ 90%。开放右上肢静脉通路后快速输液,给予去氧肾上腺素100 μg升压,同时给予舒芬15 μg顺式阿曲库铵8mg诱导,气管插管后BP上升至90/55mmHg。手术开始同时行中心静脉置管及有创动脉穿刺,监测CVP及ABP,进腹后大量鲜血,使用CELL-SAVE5进行自体血回收,此时ABP立即为65/35 mmHg,继续去氧肾上腺素100ug升压,手术医师发现脾脏破裂,行脾脏切除术,再探查肝脏发现肝脏也有裂口,即刻行肝门阻断,行肝脏不规则切除及肝修补,15分钟后肝门开放,用甲强龙40mg提高应激,病人出现BP回升78/36mmHg,抽动脉血气分析示SPO₂: 50%, PH 7.13, BE-15,代谢性酸中毒给予NaHCO₃: 250ml纠正酸中毒,血压同时缓慢回升,回输自体血1000ml, BP105/60mmHg停用升压药,瑞芬0.3mg/hr,依托咪酯20~30mg/hr维持麻醉深度。手术时间2.5hr,术中总输入自体血1000ml、晶体液2500ml、羟乙基淀粉1000ml,术中出血2500ml,尿量150ml。术毕带气管导管入ICU继续治疗。

总结:

1术前评估与准备:

患者情况紧急,伤情严重复杂,根据患者的症状及体征判断,已处于多发性创伤失血性休克期,出血量>2000ml以上。血流动力学不稳定,没有时间进行详细检查,但血常规、血型化验与交叉配血试验等不可少;麻醉前仔细听诊双肺,是否有血气胸或误吸可能。

2麻醉管理:

(1)除常规监测外,还应包括ABP及CVP,前者便于及时掌握BP的动态变化及血气分析,后者有助于了解患者容量情况。

(2)麻醉诱导原则一要按饱胃处理,二要选对循环抑制轻的药物,对于不配合的患者可快速顺序诱导,初期复苏的同时进行麻醉。我们简化程序,快速完成诱导插管。

(3)对于术中BP65/35 mmHg其原因与肝脾破裂损伤出血有关,当血压低或测不到,而又不能及时大量快速补充液体时,为了暂时升高血压,维持心脑血管灌注,以防止心搏骤停,可以少量使用血管活性药物,其中最常用的是去氧肾上腺素,静脉推或微泵维持,血压稳定后可减量直至停止。此患者要及时输自血或红细胞悬液,我们通过自体血回输技术,在排除腹部空腔脏器破裂的情况下及时补充高HCT的红细胞,以维持机体重要脏器的氧供。

(4)术中出现了低灌注及肝门阻断后引起的代谢性酸中毒,PH7.13 BE-15。当PH<7.13时,可输注5%碳酸氢钠,有效避免乳酸酸中毒纠正后代谢性碱中毒的发生。

(5)术中出现少尿主要是容量不足引起,患者经扩容后,MAP在60mmHg以上,且继续出现少尿或无尿,应考虑到肾实质损害,要限制入液量,同时用血管活性药来维持循环,必要时加味塞米。

3术后管理

术后适当镇痛镇静,使患者情况进一步稳定。进行12~24hr术后支持,确认容量复苏及手术修复成功,肺保护性机械通气策略在创伤后应尽早开始,降低术后肺损伤的发生,一般采用低潮气量;PEEP高于压力容量环的低拐点,对大容量复苏的危重患者,推荐最低值为10~15mmH₂O;限制峰压/平台压<35cmH₂O;逐步降低FiO₂使PaO₂达80~100mmHg,或SPO₂达93~97%,此患者于术后16小时顺利拔管,抢救成功。最后痊愈出院。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日 (盖章)

注:填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实,一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献,字数不少于1000字。每页填写1例,共填写5例。