

推荐卫生高级专业技术人员情况综合表（临床）

人员编号：20203305001889040000009

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|---|----------------|------------|---------|--|------|----|----|----------------|--|--|--|
| 姓名 | 应静 | 性别 | 男 | 出生年月 | 197603 | 政治面貌 | 团员 | | | | | | |
| 现工作单位 | 湖州市南浔区人民医院 | | | | 行政职务 | | | | | | | | |
| 学历一（初始） | 199807，杭州医学高等专科学校，临床医学，大学专科，3年 | | | | | | | | | | | | |
| 学历二 | | | | | | | | | | | | | |
| 学历三 | | | | | | | | | | | | | |
| 学历四（最高） | 200701，浙江大学（夜大），临床医学，大学本科，学士，3年 | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | 330522197603186910 | 医师资格类别 | 临床 | 注册范围 | 内科 | | | | | | | | |
| 现从事专业 | 内分泌学 | 专业工作年限 | 22 | 参加工作时间 | 199807 | | | | | | | | |
| 现专业技术资格及取得时间 | 主治医师 200805 | 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 | 湖州市医学会内分泌学术委员会委员 | | | | 是否有援助经历 | 是 | | | | | | | |
| 承担的技术工作及工作量 | 1.年均临床工作（单位：天）：364； 2.年均门诊量16000人次；『普通10000；专科6000；【专家0；日均0】』； 3.年均收治病人数：1200；年均经管病人数：1320；平均住院日：5；治愈率：98；好转率：95； 4.年均主刀台次：0；其中、类手术台次：0；一助：0； 5.年均会诊人次：480；其中院内：480；院外：0； 6.年均主持疑难危重病人抢救数：10； 7.开展新技术、新项目及专科特殊检查及操作技术：胰岛素泵在糖尿病患者中的应用； 8.住院病人满意度：99%； 9.代表申报人专业水平的标志性业绩：熟练应用胰岛素泵；； 10.建设内分泌学科2年，无一例医疗纠纷，收治病人2400人次，治愈率98%，病人满意度99%； 11.熟练诊断和治疗内分泌常见病； 12.成功诊断垂体ACTH联合TSH瘤一例；桥本脑炎一例；胰岛细胞瘤反复低血糖一例；抢救DKA多例。 13.胰岛素泵在糖尿病患者中的应用，新技术成功结题，临床已经应用600多例，效果非常好。 | | | | | | | | | | | | |
| | 专业工作经历 | 199807-200405 南浔久安老年医院 临床内科（医师） 200402-201511 南浔人民医院 临床内科（医师） 201512-至今 南浔人民医院 临床内科（主治医师） 202001-202004 武汉科技大学附属天佑医院 传染重症病房临床一线抗击新冠肺炎（援湖北） | | | | 奖励情况 | | | | 病人投诉、处分及医疗事故情况 | | | |
| | 教学带教工作 | 1、培养下级专业技术人员 22 人(总人数)，其中实习生 22 人，规培生 0 人 2、协助指导研究生 人、博士研究生 人，硕士研究生 人 3、其他： | | | | 2020.3荣获“全国疫情防控先进集体”称2020.5获得“南浔区医疗集团最美抗疫人”称号;2020.7获得“浙江省2020年内分泌学术大会抗疫先进个人”；2020年4月获得“湖北人民政府表彰最美逆行者”称号；2020.8获得“2020年湖州市最美医师”称号；2018.1获得“医院2018年度工会积极分子”奖；2019.1获得“2019新技术新项目鼓励奖”； | | | | 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：内分泌科 申报人：应静

申报资格：副主任医师 申报专业：内分泌学

| 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 | 343792 | 2019-11-15 | 2019-11-18 | 低血糖 | 2型糖尿病前期 | 好转 | | |
| 42 | 344094 | 2019-11-20 | 2019-11-22 | 高钾血症 | 高钾血症 | 好转 | | |
| 43 | 344162 | 2019-11-22 | 2019-11-24 | 高尿酸血症 | 高尿酸血症 | 好转 | | |
| 44 | 346765 | 2020-01-06 | 2020-01-09 | 1型糖尿病 | 1型糖尿病 糖尿病酮症 | 好转 | | |
| 45 | 345343 | 2020-01-06 | 2020-01-09 | 低钠血症 | 低钠血症 | 好转 | | |
| 46 | 347257 | 2020-01-14 | 2020-01-18 | 甲状腺功能亢进性心脏病 | 甲状腺功能亢进性心脏病，心房颤动 | 好转 | | |
| 47 | 347839 | 2020-01-26 | 202-01-29 | 昏迷待查 | 低血糖昏迷，2型糖尿病 | 好转 | | |
| 48 | 353434 | 2020-05-28 | 2020-06-01 | 亚急性甲状腺炎 | 亚急性甲状腺炎 | 好转 | | |
| 49 | 354898 | 2020-06-23 | 2020-06-29 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |
| 50 | 357161 | 2020-08-03 | 2020-08-09 | 低血糖症 | 低血糖症，2型糖尿病 | 好转 | | |

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：内分泌科 申报人：应静

申报资格：副主任医师 申报专业：内分泌学

| 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 | 320203 | 2018-11-07 | 2018-11-14 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，糜烂性胃炎 | 好转 | | |
| 2 | 320460 | 2018-11-11 | 2018-11-15 | 低钾血症 | 低钾血症，2型糖尿病 | 好转 | | |
| 3 | 315364 | 2018-11-12 | 2018-11-16 | 乏力待查 | 高血压，脑梗死 | 好转 | | |
| 4 | 320761 | 2018-11-15 | 2018-11-17 | 甲状腺功能减退 | 甲状腺功能减退，桥本甲状腺炎 | 好转 | | |
| 5 | 320686 | 2018-11-14 | 2018-11-19 | 高钾血症 | 高钾血症，心律失常，甲亢 | 好转 | | |
| 6 | 321111 | 2018-11-20 | 2018-11-23 | 弥漫性甲状腺肿伴甲亢 | 弥漫性甲状腺肿伴甲亢 | 好转 | | |
| 7 | 320947 | 2018-11-18 | 2018-11-26 | 低血糖症 | 低血糖症，肺部感染，2型糖尿病 | 好转 | | |
| 8 | 321068 | 2018-11-20 | 2018-11-27 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |
| 9 | 316815 | 2018-11-27 | 2018-12-08 | 低血糖症 | 低血糖症，2型糖尿病 | 好转 | | |
| 10 | 322412 | 2018-12-08 | 2018-12-16 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，高脂血症 | 好转 | | |

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：内分泌科 申报人：应静

申报资格：副主任医师 申报专业：内分泌学

| 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 | 322633 | 2018-12-11 | 2018-12-20 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，颈动脉硬化 | 好转 | | |
| 12 | 323034 | 2018-12-18 | 2018-12-24 | 高血压 | 高血压，2型糖尿病 | 好转 | | |
| 13 | 316551 | 2018-12-18 | 2018-12-26 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，急性胃肠炎 | 好转 | | |
| 14 | 322592 | 2018-12-11 | 2019-02-01 | 糖尿病足 | 糖尿病足，右小腿中段截肢术后 | 好转 | | |
| 15 | 323882 | 2018-12-31 | 2019-01-02 | 弥漫性甲状腺肿伴甲亢 | 弥漫性甲状腺肿伴甲亢 | 好转 | | |
| 16 | 324590 | 2019-01-11 | 2019-01-18 | 2型糖尿病，糖尿病酮症 | 2型糖尿病，糖尿病酮症 | 好转 | | |
| 17 | 324781 | 2019-01-14 | 2019-01-22 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |
| 18 | 325094 | 2019-01-19 | 2019-01-25 | 席汉综合征 | 席汉综合征，继发性甲减 | 好转 | | |
| 19 | 326632 | 2019-02-16 | 2019-02-20 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，高血压 | 好转 | | |
| 20 | 327723 | 2019-03-05 | 2019-03-10 | 低钾血症 | 低钾血症，支气管炎 | 好转 | | |

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：内分泌科 申报人：应静

申报资格：副主任医师 申报专业：内分泌学

| 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 | 329020 | 2019-03-26 | 2019-04-02 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，高尿酸血症 | 好转 | | |
| 22 | 329418 | 2019-04-01 | 2019-04-08 | 高血压症 | 高血压症 | 好转 | | |
| 23 | 329677 | 2019-04-06 | 2019-04-10 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，肝硬化 | 好转 | | |
| 24 | 330593 | 2019-04-20 | 2019-04-25 | 低血糖症 | 低血糖症 | 好转 | | |
| 25 | 331482 | 2019-05-05 | 2019-05-11 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，高血压病 | 好转 | | |
| 26 | 333444 | 2019-06-04 | 2019-06-10 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病，冠心病 | 好转 | | |
| 27 | 315465 | 2019-06-14 | 2019-06-21 | 颈部疼痛待查 | 甲状腺结节出血伴感染 | 好转 | | |
| 28 | 335618 | 2019-07-07 | 2019-07-12 | 低钾血症 | 低钾血症，胃肠炎 | 好转 | | |
| 29 | 336108 | 2019-07-15 | 2019-07-22 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |
| 30 | 336417 | 2019-07-19 | 2019-07-26 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |

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：内分泌科 申报人：应静

申报资格：副主任医师 申报专业：内分泌学

| 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 | 336633 | 2019-07-22 | 2019-07-28 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |
| 32 | 338091 | 2019-08-14 | 2019-08-20 | 弥漫性甲状腺肿伴甲亢 | 弥漫性甲状腺肿伴甲亢 | 好转 | | |
| 33 | 338369 | 2019-08-19 | 2019-08-24 | 妊娠合并糖尿病 | 妊娠合并糖尿病 | 好转 | | |
| 34 | 338801 | 2019-08-26 | 2019-08-29 | 垂体瘤微创术后 | 垂体瘤微创术后 | 好转 | | |
| 35 | 339708 | 2019-09-10 | 2019-09-15 | 甲状腺功能减退 | 甲状腺功能减退，甲状腺先天缺如 | 好转 | | |
| 36 | 325205 | 2019-09-18 | 2019-09-19 | 痛风急性发作 | 痛风急性发作 | 好转 | | |
| 37 | 336931 | 2019-09-21 | 2019-09-30 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |
| 38 | 341381 | 2019-10-07 | 2019-10-11 | 亚急性甲状腺炎 | 亚急性甲状腺炎 | 好转 | | |
| 39 | 313484 | 2019-10-24 | 2019-10-29 | 低血糖昏迷性脑病 | 低血糖昏迷性脑病，2型糖尿病，肝硬化 | 好转 | | |
| 40 | 343765 | 2019-11-15 | 2019-11-20 | 2型糖尿病 | 2型糖尿病 | 好转 | | |

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: 应静

科室: 内分泌科 申报资格: 副主任医师

申报专业: 内分泌学

| | |
|---|----------------------------------|
| <p>病例资料: 姓名: 王月娥 女 住院号: 343329 入院日期: 2019-11-08 入院诊断: 1.低血糖症; 2.高血压病; 3.心脏病; 4.慢性支气管炎 出院日期: 2019-11-19 出院诊断: 1.胰岛细胞瘤 2.高血压病 3.心脏病 4.颈动脉硬化 5.慢性支气管炎 肺气肿 6.胆囊结石 入院时情况: 患者, 女, 78岁。既往有高血压病史10年余, 此次再次因低血糖症入院, 目前口服厄贝沙坦氢氯噻嗪片, 血压控制可, 近4年来反复低血糖症, 每次发作口服糖水后好转, 无系统检查及治疗; 有心脏病病史, 目前口服药物不详, 有慢性支气管炎病史10年余。查体: 神志清, 精神可, 颈软无抵抗, T37.2, Bp141/85mmHg, 颈静脉无怒张, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未及肿大, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 呼吸平, 甲状腺无肿大及压痛, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音, 心率102次/分, 律齐, 未闻及明显病理性杂音, 腹平软, 无压痛反跳痛, 肝脾肋下未及, 双下肢不肿, 四肢肌力V级, 病理反射未引出, 无皮疹。 诊疗经过: 入院后完善相关检查, 2019/11/8 血常规(五分类): 淋巴细胞数, 1.0*10⁹/L; 凝血全套: 活化部分凝血活酶时间, 23.2S; INS, C肽: 胰岛素, 219.91pmol/L, C肽, 7.502ng/ml; 甲六项(套餐), 生化全套[住院], 肿瘤全套(女7项): 总蛋白, 62.8g/L, 白蛋白, 37.5g/L, 钾, 3.20mmol/L, 尿酸, 486 μmol/L, 胱抑素C, 1.34mg/L, 细胞角蛋白19片段, 4.59ng/ml; 血型鉴定(病房卡式): ABO血型, A, RH血型, 阳性; 尿常规+ACR(套餐): 尿比重, 1.005, 尿白蛋白, 1+; 病原体筛查(12项): 乙肝病毒核心抗体, 11.45COI; OGTT试验(0-1-2-3)小时: (1.08-9.39-6.34-4.88)mmol/L; 胰岛素释放试验(0-1-2-3)小时: (142.41-599.70-475.72-240.61)Pmol/L; C肽释放试验(0-1-2-3)小时: (3.872-10.267-11.083-8.673)ng/ml; GHb5.4%。CT: 慢性支气管炎、肺气肿征象; 右肺中叶少许纤维钙化灶; 双侧胸膜稍厚粘连。心脏轻度增大, 冠脉少许钙化。附见胆囊结石; 肝脾钙化灶。US: 主动脉瓣退行性变伴轻度返流左室顺应性减退心率偏快; US: 甲状腺双肾输尿管膀胱未见明显异常超声征象; US: 餐后胆囊(必要时空腹复查)脾内钙化斑; US: 双侧颈动脉分叉处IMT稍厚伴粥样小斑块; ECG: 窦性心律T波低平(V4)。ACTH(8-16-24): (7.36-5.36-4.34) ng/L, F(8-16-24): (250.5-121.1-46.9)nmol/L, 醛固酮(8-16-24): 108.22-117.04-96.31pg/mL, 血清降钙素: 1.24pg/mL。2019/11/15钾测定无殊。US: 甲状旁腺区扫查见境界性包块回声。CT: 胰头部富血供占位, 符合胰腺神经内分泌肿瘤征象, 结合临床考虑胰岛素瘤。MR: 胰头钩突部富血供异常信号良性结节灶, 请结合其他检查或随访。附见: 胆囊结石; 副脾; 左肾小囊肿。 治疗方案: 予氢化可的松针补充糖皮质激素, 补糖以免再次发生低血糖情况, 对症处理, 监测血糖。继续予地塞米松针升糖, 予奥曲肽针抑制胰岛素分泌。 心得体会: 测定自发性低血糖症状发作时的血糖、胰岛素、C肽, 可以鉴别内源性或外源性胰岛素介导的低血糖和可能的病因。测定血浆(或血清)胰岛素, 当血糖浓度低于3.0mmol/L时, 胰岛素浓度大于20.8pmol/L即提示胰岛素过量, 符合内源性高胰岛素血症(如胰岛素瘤)诊断。若血浆C肽浓度为6ng/ml胰岛素原至少5. pmol/L, 即可以确定为内源性高胰岛素血症。 手术切除胰岛素瘤是首选治疗。本患者年龄大, 基础疾病多, 且患者及其家属无手术医院, 故应该考虑进行内科治疗。 该患者反复低血糖症, 反复住院未查出病因, 针对此类患者必须检查出病因; 低血糖症可大概分空腹低血糖症及餐后低血糖症, 胰岛细胞瘤是比较常见餐后低血糖症的病因, 发病比较隐蔽, 容易漏诊, 故在低血糖时必须同步检查胰岛素及C肽, 评估胰岛素/血糖及C肽/血糖释放指数, 从而鉴别是否有胰岛素不适当分泌, 加以鉴别胰岛细胞瘤; 当然低血糖症还要排除某些升糖激素的分泌水平; 我院内分泌科对临床常见低血糖症的诊断及治疗已经形成诊断和治疗的科学流程, 技术达到本地区先进水平。</p> | |
| 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: 应静

科室: 内分泌科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 内分泌学

| | |
|---|--------------------------------|
| <p>病例资料: 姓名:沈永权 性别:男 住院号:353161 入院日期:2020-05-23; 入院诊断:脓毒性休克;糖尿病;高血压病;低钾血症;肺部感染肺大心脏扩大;左侧上颌粘膜下囊肿; 出院日期:2020-06-20; 出院诊断:肝脓肿;脓毒性休克;糖尿病;高血压病;低钾血症;肺部感染;肺大疱;心律失常一房颤;心脏扩大;左侧上颌窦粘膜下囊肿;凝血障碍;低蛋白血症;颈动脉硬化;脂肪肝;甲状腺结节肾结石, 肾囊肿;前列腺增生;双侧胸腔积液 入院时情况:患者男性, 68岁。因“6小时余前腹泻头晕”入院。既往有“糖尿病、高血压”病史, 口服药物不详。6小时余前腹泻、头晕, 腹泻数次, 感畏、乏力, 来院测体温39.8。入院查体:T38.6, BP91/62 mmhg, SPO2100%, 神志清, 精神软, 呼吸24次/分, 两肺呼吸音粗, 未及明显干湿啰音, 心率96次/分, 律齐, 腹软, 无压痛、反跳痛, 双下肢无浮肿。辅助检查:电肾糖:钾2.71mmol/L, 钠134mol/L, 镁0.59mmol/L, BUN10.03mmol/L, Glu22.00mmol/L, Cr9umol/L, 血常规 WBC5.9*10⁹/L, N92.2%, Hb146g/L, CRP19.7mg/L;血气分析pH7.51, K2.7mmol/L, PCO231.10 mmhg, PO277.4mnHg, Lac3.10mmol/L, 腹部B超:肠道积液征象, CT:1.颅脑CT平扫颅内未见明显异常, 必要时复查。2.左侧上颌窦粘膜下囊肿, 请结合临床。3.右肺上叶感染首先考虑, 建议治疗后复查除外其它。4.两肺间质性病变, 肺气肿征象、左肺上叶肺大疱, 请结合临床。5.心脏增大。 诊疗经过:入院后完善相关辅助检查:糖化血红蛋白A1c, 12.5%;肝功能全套:纤维连接蛋白(FN)119mg/l, Y-谷氨酰基转移酶, 113U/L, 总蛋白, 51.0g/L, 白蛋白, 27.0g/L, 白/球蛋白, 1.13, 超敏CRP, 275.32mg/L, 前白蛋白, 18mg/L;降钙素原, 100ng/ml;血气分析1小时:血钠, 136mmol/L, 葡萄糖(动脉血), 11.20mmol/L, 血红蛋白, 123g/l, 二氧化碳分压, 33.30mmHg, 氧分压, 146.9mmHg;胸部+全腹部CT:1.两肺间质性病变, 右肺上叶陈旧性病灶考虑, 肺气肿征象、左肺上叶肺大疱, 双侧胸腔积液, 心脏增大。2.肝顶部团片状稍低密度影, 中腹部肠系膜浑浊增厚伴多发淋巴结考虑, 建议增强扫描。3.腹盆腔少许积液, 右肾类圆形低密度影。05-27US:肝内不均质回声区, 考虑肝脓肿轻度脂肪肝双肾囊肿附见:双侧胸腔积液。05-30复查US:肝内不均质回声区, 考虑肝脓肿(较前缩小)轻度脂肪肝附见:双侧胸腔积液。 治疗上予门冬胰岛素-胰岛素泵强化降血糖, 替考拉宁联合亚胺培南西司他汀针抗感染补液、输白蛋白及维持水电解质平衡, 待血糖稳定及炎症指标好转后改为头孢哌酮舒巴坦钠2.0bid静滴抗感染, 来得时联合二甲双胍缓释片及卡格列净片降糖等对症支持治疗, 同时因房颤抗凝, 纠正心衰, 监测血糖血压。 心得体会:在2型糖尿病合并中毒感染得病人中, 胰岛素泵的使用使血糖平稳快速下降, 同时使用有效抗生素, 使病人在控制炎症的同时降糖, 减少并发症的发生。待血糖控制稳定, 炎症指标下降后改为来得时、口服降糖药降糖, 及抗生素的降阶梯使用。 糖尿病发病比较隐匿, 往往因并发症来治疗, 并发症中感染是占主要比例, 比如血行感染(败血症等)、皮肤感染(皮肤毛囊炎、疖等)、泌尿系感染(膀胱炎、肾盂肾炎、附睾炎等)、口腔感染(牙龈炎、甲状腺舌骨囊肿伴感染、颌下腺感染等)、妇科感染(盆腔炎症等)、肝肾脓肿、结核(骨结核、肺结核、肾上腺结核、肠道结核等);同时易并发其它非特异菌感染(各种病毒感染-比如新冠肺炎感染、梅毒、艾滋病毒);我院内分泌科能比较熟练的诊断和治疗糖尿病相关的伴发症状。</p> | |
| 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: 应静

科室: 内分泌科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 内分泌学

病例资料

患者王霞, 女性, 46岁, 已婚, 现居南浔镇。

住院号: 318213

入院日期: 2019-12-05

入院诊断: 1. Graves眼病。 2. 弥漫性毒性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症。 3. 原发性高血压病

出院日期: 2019-12-07

出院诊断: 1. Graves眼病。 2. 弥漫性毒性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症。 3. 原发性高血压病

基本病史:

入院时情况: 患者, 女, 46岁。因“双眼畏光视物模糊2月余”入院。查体: 神志清, 精神可, 颈软无抵抗, 甲状腺无明显肿大, 无血管杂音, 无明显突眼, 右侧眼睑稍肿胀, 无眼充血, 结膜轻度充血, 无水肿, 眼阜无充血, T36.5, Bp148/96mmHg, 颈静脉无充盈, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未及肿大, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 两肺呼吸音清, 未闻及明显干湿啰音, 心率88次/分, 律齐, 未闻及明显病理性杂音, 腹平软, 无压痛反跳痛, 肝脾肋下未及, 双下肢不肿, 四肢肌力V级, 病理反射未引出, 双手无震颤。

入院前辅检: (2019-10-08我院) 肝功能常规检查+甲亢五项: 无殊。钾: 4.16mol/L。血常规: 平均红细胞血红蛋白浓度309g/L, 红细胞分布宽度标准差53.6fL, 红细胞分布宽度变异系数16.4%。(2019-10-12我院) 眼眶平扫MR: 双眼球外突, 双侧上直肌、下直肌饱满增粗, 符合 Graves眼病, 请结合实验室检或进一步检。

诊疗经过: 入院后完善相关检查: 2019/12/6 10:46:45 血常规(五分类): 平均红细胞血红蛋白浓度, 315g/L, 红细胞分布宽度变异系数, 15.6%, 平均血小板体积, 14.5fL, 血小板压积, 0.290%, 血小板平均分布宽度, 24.2%。2019/12/6 11:22:29 肝功能全套: 纤维连接蛋白(FN), 178mg/L。2019/12/6 15:10:56 急诊电肾糖+超敏CRP: 阴离子间隙, 4mol/L。2019/12/7 09:08:52 电解质3项(急诊): 氯, 11mol/L。

治疗上予甲强龙针500mg冲击治疗, 奥美拉唑针抑酸护胃, 补钙补钾等对症治疗。出院时情况: 患者现双眼视物模糊较前好转, 无多汗, 无脾气暴躁, 无口干、多饮, 无多尿, 无咳嗽咳痰, 无恶寒寒战, 无胸闷气促, 无低热盗汗, 无腹痛腹泻等其他不适, 查体: 神志清, 精神可, 颈软无抵抗, 甲状腺无明显肿大, 无血管杂音, 无明显突眼, 右侧眼睑稍肿胀, 无眼脸充血, 结膜轻度充血, 无水肿, 眼阜无充血, 颈静脉无充盈, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未及肿大, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 两肺呼吸音清, 未闻及明显干湿啰音, 心律齐, 未闻及明显病理性杂音, 腹平软, 无压痛反跳痛, 肝脾肋下未及, 双下肢不肿, 四肢肌力V级, 病理反射未引出, 双手无震颤。

此病例甲泼尼龙共12周, 累积剂量为4.5g; 每周一次0.5g缓慢注射, 连用6周; 随后进入第二阶段, 每周0.25g, 连续6周; 疗程进行一半时患者畏光、眼睛胀、视物模糊等症状明显缓解, 疗程结束后患者症状基本消失, 临床达到了治愈的效果。

总结体会: 此病例中, 了解病史, 完善检查, 排除禁忌(结核感染, 巨细胞病毒感染, 肝炎, 消化道出血, 血液系统疾病, 眼球球后占位等等), 评估心功能、肺功能、肝功能、肾功能后, 南浔区开创性的首次采用大剂量的甲强龙冲击治疗 Graves病方案, 取得了非常好的临床效果, 给我们治疗甲亢突眼的治疗积累了一定的经验; 后来陆续又治疗了2个病人, 效果都好。

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: 应静

科室: 内分泌科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 内分泌学

病例资料: 患者朱林宝, 女性, 72岁; 住院号:317759; 入院日期:2020-09-15; 入院诊断:1.垂体瘤术后2.高血压病3.脑梗死个人史。4.白内障术后; 出院日期:2020-10-19; 出院诊断:垂体瘤术后, 垂体功能减退;感染性发热;高血压病;脑梗死后遗症;白内障术后;甲状腺结节, 慢性支气管炎;胸腔积液;心脏增大, 心包积液;上消化道出血;低蛋白血症;电解质代谢紊乱。

基本病史:患者, 女, 72岁。因“垂体瘤术后1个月余伴肢体乏力”入院。有脑梗塞病史, 平素长期口服拜阿司匹林0.1/次1次/日及阿托伐他钙片20毫克/次1次/日。目前术后持续口服左甲状腺素钠片0.5片/次1次/日及甲泼尼龙片早5毫克晚2.5毫克。有白内障手术史。有白内障手术史。疑似近期血糖增高。入院查体:BP:135/60mmHg。神志清, 精神尚可。肢体从属活动。右眼瞳孔3mm, 对光反射灵敏。视力下降, 题偏盲。左眼白内障术后, 左眼失明。颈软。心肺腹无殊。左上肢肌力IV级, 右上肢肌力IV级, 左下肢肌力IV+级, 右下肢肌力IV级。病理反射未引出。入院前辅助检查:2020-08-21浙江省人民医院垂体瘤术后切除物病理检查示:垂体瘤, 侵袭性。

诊疗经过:入院后完善相关检查:2020/9/15 血常规(五分类):红细胞计数, $3.11 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积, 31.1%;2020/9/15凝血全套:活化部分凝血活酶时间, 23.0S, 纤维蛋白原, 1.49g/L;2020/9/16血型鉴定(病房卡式):RH血型, 阳性:2020/9/16生化全套[住院]:总蛋白, 59.9g/L, 白蛋白34.8g/L, 磷, 1.62mol/L, 尿素氮, 14.34mmol/L, 尿酸, 455mol/L, 葡萄糖, 11.38mol/L, 甘油三酯, 2.64mmol/L, 载脂蛋白A1, 1.10g/L, 肌酸激酶, 24U/L, 肌酸激酶同工酶, 28U/L, 乳酸脱氢酶, 466U/L, 胆碱酯酶, 3633U/L, 胱抑素C, 2.00mg/L;2020/9/16GHb:糖化血红蛋白A1c, 6.9%2020/9/16甲亢七项(套餐):总T3, 0.42ng/ml, 促甲状腺激素, 0.00uIU/m, 甲状腺过氧化物酶抗体, 7.04IU/ml;2020/9/18急诊电肾糖(套餐):氯, 115mmol/L, 尿素氮, 18.00mmol/L, 葡萄糖, 8.64mmo/L, 阴离子间隙, 7mmol/L2020/9/18 血气分析套餐:温度校正PH, 7.42, 血氧, 113.0mmol/L, 葡萄糖(动脉血)。性激素及ACTH检查均偏低。

治疗上, 考虑患者垂体危象, 予氢化可的松针早200mg-晚100mg冲击治疗, 及时足量补液, 待情况稳定后予该氢化可的松针50mg-25mg维持生理需求量, 及优甲乐150ug补充甲状腺激素, 期间并发上消化道出血及感染性发热, 予加强护胃治疗及升级抗生素治疗。后该口服激素治疗(强的松片5mg-2.5mg), 经上述治疗情况稳定后予出院, 嘱其长期口服强的松、优甲乐、补充钙治疗。

总结体会: 甲亢危象的处理方法: 纠正低血糖:立即以50%葡萄糖溶液40~80ml静脉注射, 继以5%葡萄糖氯化钠溶液持续静脉滴注, 纠正低血糖同时纠正失水。 大剂量肾上腺皮质激素应用:补液中加入氢化可的松, 200~300mg/d, 分次应用, 或地塞米松5~10mg/d, 分次应用。 纠正水和电解质紊乱:给予5%葡萄糖氯化钠溶液静脉输注, 血钠严重降低的病人, 需要给予高浓度的氯化钠溶液;记录病人出入量, 避免输液过量。 纠正休克:腺垂体功能减退症危象时低血压、休克很常见, 血容量不足、低血糖等是重要原因。经过以上治疗, 多数病人血压逐渐回升, 休克纠正而不需要升压药。在一些严重病人, 经上述治疗后血压恢复不满意者, 仍需要使用升压药和综合抗休克治疗。 其他:去除诱因, 感染是最常见、最重要的诱因需要根据病人的情况选择抗生素抗感染治疗;低体温者需要用热水袋、电热毯等将病人体温回升至35 以上, 并在服用肾上腺皮质激素后开始用小剂量甲状腺素治疗;高热者需要物理和化学降温;慎用镇静药。

本病例中我及时发现患者为垂体危象, 并严格按照垂体危象处理, 期间出现消化道出血, 经过积极处理好转, 还并发感染、考虑呼吸道感染、及时给予抗感染治疗、效果明显, 治疗上优先补充肾上腺糖皮质激素, 后补充甲状腺激素, 同时在发现垂体危象先兆应立即给予处理;此患者虽然未达到垂体危象标准, 没有出现高热、休克等症状, 但是患者出现了明显的纳差、发热等垂体激素减退的症状, 临床上应及时处理, 效果还是非常理想;此病人的处理让我们对垂体功能减退的病人有了非常深刻的认识。

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: 应静

科室: 内分泌科 申报资格: 副主任医师

申报专业: 内分泌学

| | |
|---|-----------|
| <p>病例资料</p> <p>患者姓名: 谭纪敏 男 20岁 入院日期: 2020-02-27 入院诊断: 1型糖尿病, 糖尿病症? 出院日期: 2020-03-01 出院诊断: 1型糖尿病, 糖尿病酮症酸中毒, 高尿酸血症</p> <p>基本病史: 患者男性, 20岁。因“频繁恶心、呕吐半天”入院。既往1型糖尿病3年, 长期注射诺和锐5-6-9联合来得时15, 近2餐自行停止注射胰岛素。否认半月来湖北返乡及温州等疫区人员接触史。体神志清, 消瘦, 皮肤干, 精神软, 无烂苹果味, 无深大呼吸, 无巩膜黄染, 对答切题, 甲状腺无肿大, 颈软无抵抗, T37.1, Bp116/73mmHg, 两肺呼吸音清, 未闻及明显干湿啰音, 心率14次/分, 律齐, 未闻及明显病理性杂音, 腹平软, 无压痛反跳痛, 肝脾肋下未及, 双下肢不肿, 四肢肌V级, 病理反射未引出, 双足背动脉搏动可。</p> <p>诊疗经过: 完善相关辅助检查: 2020/2/27尿常规+ACR(套餐): 尿比重, 1.034, 尿葡萄糖, 4+, 尿酮体, 3+, 尿微量白蛋白, 30.00mg/L, 白蛋白肌酐比, 1+, 尿渗透压, 334mOsm/kg; 血常规(五分类): 白细胞计数, $17.6 \times 10^9/L$, 红细胞计数, $6.04 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积, 52.7%, 中性粒细胞百分比, 88, 8%, 淋巴细胞百分比, 7.3%, 嗜酸性粒细胞百分比, 0.0%, 中性粒细胞数, $15.6 \times 10^9/L$, 单核细胞数, $0.7 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞数, $0.00 \times 10^9/L$, 血小板压积, 0.330%; 生化全套(住院): 天门冬氨酸氨基转移酶, 57U/L, 总蛋白, 87.0g/L, 碳酸氢根浓度, 15.1mmol/L, 钾, 6.05mmol/L, 氯, 96mmol/L, 磷, 1.85mmol/L, 尿酸, 508umol/L, 葡萄糖, 19.12mmol/L, 甘油三酯, 3.36mmol/L, 载脂蛋白A1, 2.15g/L, 肌酸激酶同工酶, 30U/L, 乳酸脱氢酶, 289U/L, 阴离子间隙, 28mmol/L, a-L-岩藻糖苷酶, 60U/L, 免疫球蛋白A, 4.71g/L, 血管紧张素转化酶, 69U/L; 血气分析套餐: 温度校准PH, 7.27, 葡萄糖(动脉血), 7.50mmol/L, 红细胞压积, 46.8%, 二氧化碳分压, 31.80mmHg, 氧分压, 48.4 mmHg, 氧饱和度, 83.6%, 实际碳酸根浓度, 15.7mmol/L, 二氧化碳浓度, 15.6mmol/L, 标准碳酸根浓度(std), 14.6mmol/L, 血乳酸, 2.10mmol/L; 电解质3项(急诊): 钾, 3.43mmol/L, 钠, 136mmol/L; 2020/2/28GHb: 糖化血红蛋白A1c, 11.1%; 血常规, CRP(静脉): 白细胞计数, $10.6 \times 10^9/L$, 中性粒细胞数, $6.4 \times 10^9/L$, 单核细胞数, $1.0 \times 10^9/L$; 电解质3项(急诊): 钾, 3.42mmol/L; 2020/2/29血气分析套餐葡萄糖(动脉血), 8.30mmol/L, 氧分压, 115.0mmHg, 血乳酸, 2.40mmol/L; 凝血未见异常。CT: 左肺下叶少许纤维灶伴胸膜稍厚粘连。2020/3/1尿常规(套餐): 维生素C, 2+; 2020/3/1电解质3项(急诊): 无殊。</p> <p>治疗方案: 予胰岛素泵(持续小剂量胰岛素持续泵注)降糖, 积极补液, 维持水电解质, 监测血糖, 待血糖降至13.9mmol/L后予极化液消酮体, 及时复查血气分析及尿常规。待血糖稳定后改用来得时、联合门冬特充四针皮下注射及口服米格列醇片控制血糖。</p> <p>心得体会: 早期诊断是决定治疗成败的关键, 临床上对于原因不明的恶心呕吐、酸中毒、失水、休克、昏迷的病人, 尤其是呼吸有酮味(烂苹果味)、血压低而尿量少者, 不论有无糖尿病病史, 均应考虑到本病的可能性; 曾经诊断以腹痛为表现的DKA; 如果发现DKA应立即查末梢血糖、尿糖、尿酮, 同时抽血查血糖、-羟丁酸、尿素氮、肌酐、电解质、血气分析, 明确后治疗的关键: 评估心肺肾功能后, 立即给予补液, 同时给予小剂量的胰岛素(我院发明应用胰岛素泵持续小剂量给予基础胰岛素), 维持水电解质平衡, 积极寻找诱因(如感染等)并积极处理, 加强此类患者的宣教, 提醒随访。我院内分泌科成立以来处理DKA数10例, 成功率100%。</p> | |
| 本人签名: | 年 月 日 |
| 科室审查意见 | 单位意见 |
| 科主任签名: | 负责人签名: |
| 年 月 日 | 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。