

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：20203305001889040000006

姓名	王斌礼	性别	男	出生年月	198510	政治面貌	中共党员
现工作单位	湖州市南浔区人民医院				行政职务	医务部副部长	
学历一（初始）	200906，中山大学（全日制），临床医学，大学本科，学士，5年						
学历二	201506，浙江大学（在职），神经病学，大学本科，硕士，3年						
学历三							
学历四（最高）	201506，浙江大学（在职），神经病学，大学本科，硕士，3年						
身份证号码	33050119851009063X	医师资格类别	临床		注册范围	内科	
现从事专业	神经内科		专业工作年限	11		参加工作时间	200906
现专业技术资格及取得时间	主治医师 201505		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	省卒中学会预防与质控委员会委员，省医学会血栓与止血分会青年				是否有援助经历	否	
承担的技术工作及工作量	1.年均临床工作（单位：天）：305； 2.年均门诊量4616人次；『普通3548；专科1068；【专家-；日均-】』； 3.年均收治病人数：420；年均经管病人数：1440；平均住院日：7；治愈率：93.83%；好转率：1.65%； 4.年均主刀台次：-；其中、类手术台次：-；一助：-； 5.年均会诊人次：468；其中院内：468；院外：-； 6.年均主持疑难危重病人抢救数：25； 7.开展新技术、新项目及专科特殊检查及操作技术：侵入性操作技术肉毒素注射治疗、非侵入性操作技术多模式核磁不匹配延长ACS静脉溶栓时间窗应用； 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：2015年6月硕士毕业，负责筹建我院神经内科专科建设，引入ACS静脉溶栓技术填补了区内空白，2018年我院顺利成为省卒中中心联盟成员单位，个人担任多项省级学术兼职。；						
	专业工作经历	200906-201512 南浔区人民医院 医师 201512-至今 南浔区人民医院 主治医师 201712-201912 湖州市中心医院 进修					
教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 50 人(总人数)，其中实习生 45 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：						
论文论著	第一作者论文总数	1		一级论文数：1	二级论文数：0		
	论文（著）名称			期刊名称、期号、起止页码、主办单位	等级		
	1	Timing of Occurrence Is the Most Important Characteristic of Spot Sign		STORKE 2016年第Volume 47, Issue 5期1233-1238页 AHA Journals	SCI第一作者		
	2						
	3						
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	《高龄人群抗血小板二级预防中上消化道出血风险评估及干预的临床研究》		省医药卫生科技计划面上项目 经费：3万元 角色：项目负责人	1		
	2						
	3						
4							
奖励情况				病人投诉、处分及医疗事故情况			
2016年9月中华医学会全国神经病学学术会议大会优秀壁报奖。 2016年12月2016年湖州市自然科学优秀学术奖一等奖 2017年1月2016年度院级“先进个人” 2017年6月、2019年6月湖州师范学院医学院优秀带教老师 2018年5月南浔十大杰出青年 2018年6月南浔区第四届敬业奉献模范提名奖				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任职资格。 (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：			

专业技术工作实例表

申报人: 王斌礼

科室: 神经内科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 神经内科学

【病史】患者，梁某某，青年女性，28岁，因“右眼视物模糊13天余”于2020年1月2日入院。否认既往“糖尿病”“高血压”。患者于13天前无明显诱因出现右眼视物模糊，病初时视野内见小模糊斑块，近期模糊斑块进行性扩大，视力下降明显，病来无四肢乏力，无肢体远段麻木，无眼眶疼痛，无胸闷气促，无恶心呕吐，无头痛头晕，无畏寒发热等。

【体格检查】神清，精神可，呼吸平，BP114/67mmHg，T36.6，双侧瞳孔等大同圆，光反射存在，右眼视力缺损，眼球活动无障碍，无眼震，眶尖无压痛，颈软无抵抗，伸舌基本居中，浅表淋巴结未及肿大，两肺听诊呼吸音清，未及明显啰音，HR64次/分，律齐，未及明显病理性杂音，腹部平软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未及，双下肢不肿，肢体肌力V级，闭目难立试验阴性，浅感觉无异常，双下肢腱反射++，病理反射未引出。

【诊治过程】入院后立即完善腰椎穿刺术、颈椎+胸椎MRI增强等相关检查。排除激素治疗禁忌症后给予大剂量激素冲击治疗，余予还原性谷胱甘肽针保护肝肾、预防激素使用不良反应等治疗。辅助检查提示：(2020/1/2)血常规(五分类)：白细胞计数， $5.2 \times 10^9/L$ ，血小板计数， $200 \times 10^9/L$ ，血红蛋白，117g/L；急诊电肾糖+超敏CRP：尿素氮，4.33mmol/L，肌酐， $42 \mu\text{mol/L}$ ；脑脊液检查(CSF) (2020/1/2)：潘氏球蛋白试验，阴性-；2020/1/3 08:50:00凝血全套：D-二聚体，220ng/ml；甲亢七项(套餐)、肿瘤全套(女7项)、生化全套[住院] (2020/1/2)：丙氨酸氨基转移酶，32U/L，白蛋白，36.8g/L，钾，3.80mmol/L，尿素氮，4.12mmol/L，肌酐， $31 \mu\text{mol/L}$ ，总胆固醇，3.43mmol/L，甘油三酯，0.45mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇，1.34mmol/L，甲状腺球蛋白抗体，5.19IU/ml；2020/1/3 13:53:40病原体筛查(12项)：乙肝表面抗体，34.43mIU/ml；2020/1/4 05:00:56 GHb：糖化血红蛋白A1c，5.33%；胸椎MR：胸椎MR增强扫描未见明显异常。CT：左肺下叶小结节，考虑增殖灶，建议年度随访。左肺下叶小钙化灶。附见：脂肪肝。抗血清AQP4抗体(20200103) < 0.17u/mL (阴性)。寡克隆带(脑脊液+血清) (20200103) 均未见寡克隆带，IgG指数0.49。

【最后诊断】视神经炎

【小结】患者因亚急性起病入院，症状体征表现为视力模糊，但无下肢无力、感觉异常及大小便失禁等，颅脑+脊髓MR未见明显中枢神经系统病变。入院后经及时有效治疗，患者视神经损伤明显好转，无明显并发症。同时积极完善病因筛查，入院相关检查排除视神经脊髓炎谱系病、多发性硬化、副肿瘤综合征等病因，诊断视神经炎。经激素冲击治疗序贯口服激素抗炎治疗后，患者视力减退症状明显好转，嘱患者定期神经内科门诊随访，如有病情反复及时就诊。目前该患者出院后肢体功能及感觉异常无加重，无新发神经系统症状。

【本人发挥的作用】本人作为该病例的主治医生，门诊时及时发现立即将其收治入院，治疗措施得当，尽可能降低患者神经功能受损。视神经炎病因复杂，入院后积极排查相关病因，帮助患者尽早发现病因及时干预。虽最终不能完全确诊病因，但患者对诊疗过程满意，并知晓病情加重时应及时就医，提高依从性。

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。

专业技术工作实例表

申报人: 王斌礼 科室: 神经内科 申报资格: 副主任医师 申报专业: 神经内科学

<p>【病史】患者，沈某某，男，56岁，因“左上肢欠灵活2年”于2019年7月25日入院。有“高血压病”病史7年余，目前口服“非洛地平片1片1/日”，血压控制不详；有“血糖偏高”病史，未规律诊治，目前未服药；否认“心脏病、脑梗死”等病史。于2年前出现左上肢欠灵活，主要为精细动作受损，日常活动无受限，后病情逐渐加重，左上肢逐渐变细，多次上海、苏州医院就诊，具体不详，起病来无胸闷气促，无行走不稳，无视物重影，无口齿不清，无头痛，无畏寒发热，无意识丧失，无四肢抽搐等。</p> <p>【体格检查】查体：神志清，精神可，发音含糊，颈软无抵抗，T36.7℃，Bp128/86mmHg，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，口齿清，对答切题，无口角歪斜，伸舌基本居中，舌肌震颤，两肺呼吸音粗，未闻及明显干湿啰音，心率95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，左上肢肌肉萎缩，局部肌肉震颤，左上肢肌力Ⅰ级，余肢体肌力Ⅱ级，左侧上下肢腱反射(++++)，左下肢巴氏征可疑阳性。</p> <p>【诊治过程】入院后予完善相关检查提示：粪便常规、尿常规无殊；甲亢七项(套餐)、生化全套[住院]、肿瘤全套(男8项)：葡萄糖，6.60mmol/L，抗链球菌溶血素“O”，379.7U/L，细胞角蛋白19片段，3.42ng/ml；GHb：糖化血红蛋白A1c，6.6%；2019/7/27 10:04:54急诊电肾糖(套餐)：钾，3.51mmol/L，肌酐，74μmol/L，葡萄糖，5.54mmol/L，阴离子间隙，4mmol/L；CRP(静脉)、血常规：白细胞计数，6.6*10⁹/L，红细胞计数，4.64*10¹²/L，血小板计数，183*10⁹/L，红细胞压积，43.6%，血红蛋白，142g/L，超敏C反应蛋白，<0.499mg/L；肝功能无殊；胸部CT：右肺上叶小结节灶，左肺下叶胸膜下结节灶，建议随访复查。心脏增大，冠脉钙化。外院肌电图提示广泛性神经元源性损害，左侧上肢运动神经传导复合肌肉动作电位波幅降低。治疗上给予利鲁唑片50mg每日两次口服，征得患者同意后给予依达拉奉针30mg每日两次10-14天/月治疗。</p> <p>【最后诊断】运动神经元病</p> <p>【小结】该患者因“左上肢欠灵活2年”入院。入院后根据慢性病程，体征提示锥体束征阳性、肌萎缩、震颤及轻度延髓症状结合肌电图结果，诊断为运动神经元病。该疾病现无特效治疗，使用力鲁肽治疗可需尽早加用，可抑制谷氨酸释放作用，可能延缓病程，延长延髓麻痹患者的生存期。同时现有部分临床试验结果显示依达拉奉治疗可改善ALS患者的远期预后，进行只请告知后，患者愿意接受此项治疗。长期随访显示，患者病情逐渐进展，但两年来尚未出现严重延髓并发症。</p> <p>【本人发挥的作用】本人作为该病例的主治医生，可做到早诊早治疗，为患者提供最有效安全的治疗方式。运动神经元病现虽无特效治疗，但我能根据国内外最新进展，为患者提供可行的治疗选择。并对可能发生的并发症进行告知，提高患者对自身疾病管理的认知度，尽早就医。</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: 王斌礼

科室: 神经内科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 神经内科学

【病史】患者，沈某某，男，57岁，因“纳差乏力伴呕吐5天余”于2020年5月2日入院。有“高血压”病史7年余，目前口服“倍博特”，血压控制一般，有心脏病病史，1年前曾在外院行冠脉造影检查，目前口服美托洛尔缓释片，否认武汉等疫区接触史。5天前无明显诱因下出现纳差乏力，感头晕，无明显视物旋转，伴恶心呕吐数次，呕吐物为胃内容物，当时测得体温37.6摄氏度，无腹泻，无胸闷气促，无胸痛心悸，无畏寒等不适，曾在外院检查，未予特殊处理，上述症状未见明显好转。入院后完善MRI提1.左侧颞叶及海马区异常信号影，感染性病变可能，请结合临床考虑。2.双大脑半球皮层下多发脱髓鞘改变经专科会诊后转入神经内科。

【体格检查】查体：神志清，T37.8℃，BP127/71mmHg，颈软无抵抗，双侧瞳孔等大同圆，光反射灵敏，甲状腺未及肿大，浅表淋巴结未及，两肺呼吸音清，未闻及干湿罗音，心率70次/分，律齐，未闻及杂音，腹平软，未及压痛及反跳痛，肝脾肋下未及，肠鸣音5次/分，双下肢无水肿，布氏征、克氏征阴性。

【诊治过程】入院后立即予行腰椎穿刺术，完善脑脊液相关检查、颅脑MRI增强、脑电图等检查。辅助检查提示：PCT（2020/5/6）：降钙素原，<0.05ng/ml；MR增强（2020/5/6）：1.左侧颞叶及海马区异常信号影，较2020.05.03范围稍有扩展，炎性病变首先考虑，请结合其他检查或治疗后复查。2.脑白质脱髓鞘改变。自身免疫性脑炎谱未见明显异常；单纯疱疹病毒2型阳性）：降钙素原，<0.05ng/ml；脑脊液检查(CSF)（2020/5/4）：未见明显异常；脑脊液生化（2020/5/4）：总蛋白，0.710g/L脑脊液（2020/5/4）自身免疫性脑炎谱未见明显异常；单纯疱疹病毒2型阳性。torch套餐（2020/5/9）：巨细胞病毒IgG抗体，阳性/，风疹病毒抗体IGG(定性)，阳性/，疱疹病毒 型IgG，阳性。治疗给予昔洛韦针0.25g静滴2次/日抗感染，还原性谷胱甘肽针2.4g静滴护肝治疗及补液对症治疗。治疗后复查脑脊液检查提示脑脊液生化（2020/5/19）：腺苷脱氨酶，2U/L；脑脊液检查(CSF)：颜色，血性，红细胞计数，27000个/ul；一般细菌涂片检查涂片未见细菌,结核菌涂片检查未检测到抗酸杆菌,脑脊液生化：总蛋白，1.460g/L。

【最后诊断】病毒性脑炎（HSV-2型）

【小结】该患者发现颅脑左侧颞叶及海马区异常信号影转入我科，该处病变常见于中枢神经系统感染、边缘性脑炎，入院后于腰椎穿刺、颅脑MRI增强、脑电图等检查后明确诊断为病毒性脑炎，给予针对性治疗后患者症状明显好转，体温正常，无恶心呕吐出现。

【本人发挥的作用】本人作为此病人的主治医师，在院内会诊过程中充分发挥专科作用，及时识别患者颅内病变，转入专科后及时给予诊断性操作、检查，明确诊断后及时给予针对性治疗，尽可能减少患者感染后并发症。并对可能发生的后遗症对患者进行详细告知，提高患者对疾病的认知度，并在出院后日常生活中注意预防风险。

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: 王斌礼

科室: 神经内科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 神经内科学

【病史】患者, 颜某某, 女, 66岁, 因“失语伴右侧肢体活动不利3小时”于2018年9月27日入院。有“高血压、糖尿病”病史数年, 目前口服“左旋氨氯地平片、二甲双胍缓释片、格列齐特缓释片、阿卡波糖片”, 血压、血糖控制不详; 2018.7月入住我院, 诊断“1.眩晕综合征 2.高血压病 3.糖尿病 4.心房颤动 5.自身免疫性甲状腺炎 6.颈动脉硬化伴粥样斑块 7.肾结石 肾囊肿 8.慢性胆囊炎 9.慢性胃炎 10.肺大疱 11.肺部结节”, 出院后口服“瑞舒伐他汀钙片、阿司匹林肠溶片”。3小时余前无明显诱因下出现无法言语, 伴有流涎, 反应迟钝, 能部分理解他人言语, 症状呈持续性, 伴右侧肢体活动不利, 起病来无偏瘫, 无头痛头晕, 无恶心呕吐, 无胸闷气促, 无畏寒发热, 无四肢抽搐, 无双眼凝视, 无牙关紧闭, 无大小便失禁等。

【体格检查】查体: BP184/79mmHg, 神志清, 精神一般, 体检尚能配合, 失语状态, 构音欠清, 呼吸平, 眼球活动正常, 双侧瞳孔等大同圆, 光反射灵敏, 不能伸舌, 口角稍左偏, 颈软无抵抗, 浅表淋巴结未及肿大, 两肺听诊呼吸音粗, 未及啰音, HR次64/分, 律齐, 未及杂音, 腹部平软, 肝脾肋下未及, 双下肢无浮肿, 左侧肢体肌力V级, 右侧肢体肌力V-级, 病理反射未引出。NIHSS评分11分。

【诊治过程】入院后排除相关禁忌症, 经家属签署静脉溶栓知情同意后予上药溶栓治疗, 阿替普酶针总量50mg, 首剂5mg静注, 余量45mg, 于1小时内静脉泵注。静脉溶栓结束后患者收住入院, 症状迅速好转, 遗留口齿欠清, 口角稍左偏, 四肢肌力V级, 病理反射未引出, 浅感觉两侧对称。NIHSS评分3分。完善辅助检查提示头颅CTA: 颅内动脉硬化考虑, 请结合临床。; DCG: 实际记录约23小时, 窦性合并房颤主导节律, 8:22至记录结束为房颤节律。共有房颤322分钟, 心室率较快。23小时平均心室率是64bpm, 分析的心搏数为87200个, 最慢心室率是42bpm, 发生于03:04, 最快心室率是159bpm(房颤), 发生于11:26。其他异位心律失常见室性早搏有31个。其中有31个单发室早, 房性早搏有162个, 其中有144个单发房早, 6次成对房早和2阵房速, 有1阵房性二联律和2阵房性三联律。未发现大于2.0秒长R-R间期, 未见显性二度以上房室传导阻滞, 前侧壁导联见ST段压低, T波倒置。治疗给予依达拉奉针抗氧自由基, 吡拉西坦针改善功能障碍, 口服丁苯酞软胶囊促进侧枝循环建立, 口服阿托伐他汀片调脂稳定斑块, 优泌乐25皮下注射控制血糖等治疗。因患者TOAST分型为心源性, 入院第7天启动抗凝治疗, 并停用抗血小板药物。

【最后诊断】1.急性缺血性脑卒中 TAOCT心源性 左侧前循环 2.高血压病 3.糖尿病 4.阵发性心房颤动 5.颈动脉硬化伴粥样斑块

【小结】该患者急性缺血性卒中入院, 入院时中度(NIHSS评分 8分)神经功能缺损, 卒中小组及时给予静脉溶栓治疗, 治疗后患者神经功能恢复良好。诊治过程中及时给予二级预防, 控制血糖、血压, 并就长期抗栓治疗个体化给予抗凝药物口服。

【本人发挥的作用】本人作为该患者的主治医师是卒中小组的成员, 当场会诊后及时给予静脉溶栓治疗, 给予患者最大的获益。入院后诊治处理规范, 对急性期血压、血糖等危险因素进行了规范干预, 给予了有效的药物和康复治疗。在二级预防方面亦针对患者病因给予有效的抗凝治疗, 进一步减少了患者卒中复发的风险。

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: 王斌礼

科室: 神经内科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 神经内科学

【病史】患者，钱某某，老年女性，73岁。因“反应迟钝1周余”于2019年9月11日入院。有糖尿病病史多年，口服格列齐特片，血糖控制不佳。1月前有外伤右肱骨上段骨折，制动保守治疗。患者1周余前无明显诱因下出现认知功能障碍，定时、定向障碍，无烦躁不安，双下肢稍感乏力，无肢体抽搐，无头晕头痛，无恶心呕吐，无口吐白沫，无胸闷心慌，无畏寒发热等。

【体格检查】入院查体：T36.7，BP149/69mmhg,神志清，精神可，口角无歪斜，伸舌居中，口齿清，对答不切题，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，无凝视，未及眼震，两肺呼吸音清，未及明显干湿罗音，心率84次/分，律齐，未及明显杂音，腹软，无压痛反跳痛，肝脾肋下未及，双下肢不肿，双下肢肌力V级，左上肢V级，右上肢骨折肌力未查，病理反射未引出。

【诊治过程】入院后完善相关辅助检查：甲亢七项(套餐),生化全套[住院]：丙氨酸氨基转移酶，8U/L，-谷氨酰基转移酶，25U/L，天门冬氨酸氨基转移酶，11U/L，白蛋白，37.8g/L，碳酸氢根浓度，18.6mmol/L，钾，4.10mmol/L，钠，136mmol/L，尿酸，299 μmol/L，葡萄糖，6.83mmol/L，总胆固醇，5.41mmol/L，甘油三酯，1.87mmol/L，高密度脂蛋白胆固醇，1.15mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇，3.12mmol/L，载脂蛋白A1，1.10g/L，脂蛋白(a)，349mg/L，胱抑素C，1.14mg/L，甲状腺过氧化物酶抗体，546.20IU/ml，甲状腺球蛋白抗体，11.51IU/ml；头颅CTA示动脉硬化。附见脑实质病变请结合专项检查。US：泌尿系无殊；甲状腺轻度弥漫性病变伴结节；双侧颈动脉分叉处IMT增厚伴粥样斑块。头颅MR：1、双侧侧脑室旁、额顶叶多发缺血灶。2、老年性脑改变，脑白质疏松症。3、脑积水征象，中脑导水管所致可能大，请结合临床考虑。DCG：24小时窦性主导节律，分析心搏数106823个，平均心率76bpm,最慢心率67bpm,发生于10：44，最快心率130bpm,发生于15：15。异位心律失常见室性早搏111个，单发，有21阵室性二联律。房性早搏17个，单发，未发现大于2.0秒长R-R间期，最长RR间期0.929秒，发生于10：44：02.未见各类型传导阻滞，CM3CM5导联见ST段压低，T波低平、倒置，24小时心率变异性参数SDNN为42，SDANN29，SDNNINDEX26，r-MSSD31，三角指数8.8.心率变异功能值降低。根据头颅MR未见急性缺血性脑卒中，结合病史既往无脑血管病病史，血管性痴呆诊断依据不充分，头颅MR提示脑积水征象，结合患者认知障碍、步态异常及尿失禁体征，不排除正常压力脑积水。予腰穿放液试验及步行试验评估。腰穿放液前10M步行试验步数40步，用时24.2秒。行腰椎穿刺后脑脊液压力80mmH

20。初次放液后评估放脑脊液后8小时10M步行试验步数31步，用时19.7秒；24小时步数30步，用时23.3秒。经放液治疗后患者认知功能、步态不稳及尿失禁情况好转。

【最后诊断】1.正常压力脑积水 2.脑小血管病 3.糖尿病 4.动脉硬化 颈动脉硬化 5.甲状腺结节

【小结】该患者突发认知功能障碍、步态异常及尿失禁入院，结合症状考虑为正常压力性脑积水。该疾病有典型“三联征”，颅脑影像可见脑积水征象，腰穿脑脊液放液治疗即可作为诊断亦可作为治疗。腰椎穿刺可发现颅压正常，脑脊液无感染及炎症征象，放液后患者认知功能及步态均可见明显好转，该疾病是目前痴呆类疾病中少见的可逆性痴呆类型。

【本人发挥的作用】本人作为该患者的主治医师是卒中小组的成员，仔细观察患者的临床症状、认真查体，结合个人经验给出诊断，并建议患者接受腰椎穿刺放液试验。最终患者病情明显好转，认知功能、步态等均基本恢复如常，显著提高患者的生活质量。

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。

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室：神经内科 申报人：王斌礼

申报资格：

副主任医师 申报专业：

神经内科学

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	341297	20191006	20191022	脑出血	基底节出血	好转		
22	321021	20181119	20181126	脑白质病	帕金森病	好转		
23	335283	20200702	20200719	脑出血	基底节出血	好转		
24	354707	20200619	20200703	脑出血	丘脑出血	好转		
25	344451	20191126	20191214	脑出血	丘脑出血	好转		
26	320131	20181105	20181120	脑出血	脑出血	好转		
27	326221	20190209	20190223	脑梗死	脑栓塞	好转		
28	346516	20200101	20200130	脑梗死	大面积脑梗死	好转		
29	334189	20190616	20190702	脑梗死	小脑梗死	好转		
30	317498	20180929	20181031	脑梗死	脑血栓形成	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：神经内科 申报人：王斌礼

申报资格：

副主任医师 申报专业：

神经内科学

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	342554	20200809	20200828	头痛	横窦非脓性血栓形成	好转		
32	347194	20200125	20200215	头痛	脑继发恶性肿瘤	好转		
33	324166	20200825	20200910	癫痫	癫痫大发作	好转		
34	349062	20200306	20200320	癫痫	癫痫	好转		
35	314097	20180806	20180820	脑梗死	短暂性脑缺血发作	好转		
36	347453	20200118	20200201	周围性面瘫	面神经炎	好转		
37	340899	20190929	20191016	头痛	蛛网膜下腔出血	好转		
38	348923	20200720	20200806	脑出血	颞顶叶脑出血	好转		
39	348607	20200221	20200316	脑出血	脑室出血	好转		
40	295151	20180130	20180213	脑卒中后遗症	脑卒中后遗症	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：神经内科 申报人：王斌礼

申报资格：副主任医师 申报专业：神经内科学

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	296150	20180219	20180305	脑梗死	脑梗死	好转		
42	318772	20181019	20181102	脑梗死	脑梗死	好转		
43	355791	20200708	20200723	脑梗死	脑梗死	好转		
44	355628	20200706	20200720	脑梗死	脑梗死	好转		
45	314254	20180808	20180815	带状疱疹	带状疱疹	好转		
46	300497	20180502	20180517	头晕	眩晕综合征	好转		
47	293161	20171229	20180114	脑梗死	后循环缺血	好转		
48	314338	20180827	20180907	痴呆	血管性痴呆	好转		
49	314633	20180814	20180828	脑出血	脑出血	好转		
50	350623	20200430	20200517	尿崩症	尿崩症	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：神经内科 申报人：王斌礼

申报资格：

副主任医师 申报专业：

神经内科学

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	310542	20180607	20180628	感染性发热	细菌性脑膜炎	好转		
2	322418	20181208	20190210	帕金森病	帕金森病	好转		
3	316632	20180915	20180929	帕金森病	帕金森病	好转		
4	359080	20200905	20200919	帕金森病	帕金森病	好转		
5	347292	20200114	20200206	认知功能减退	阿尔茨海默病	好转		
6	313324	20180724	20180810	周围性面瘫	面神经麻痹	好转		
7	315432	20180827	20180913	多系统萎缩	多系统萎缩	好转		
8	297508	20180314	20180402	帕金森综合征	多系统萎缩	好转		
9	359209	2020907	20200924	意识障碍	代谢性脑病	好转		
10	351705	20200427	20200511	头晕	耳源性眩晕	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：神经内科 申报人：王斌礼

申报资格：

副主任医师 申报专业：

神经内科学

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	335929	20190712	20190728	癫痫	癫痫	好转		
12	329525	20190403	20190427	神经痛	带状疱疹性神经痛	好转		
13	327621	20190807	20190826	周围神经病	2型糖尿病性周围神经病	好转		
14	328960	20190325	20190408	脑血管病	脑梗死	好转		
15	344627	20191129	20191213	脑梗死	脑梗死	好转		
16	331021	20190427	20190512	脑梗死	脑梗死	好转		
17	348586	20200220	20200306	脑梗死	脑梗死	好转		
18	329829	20190408	20190424	脑梗死	脑梗死	好转		
19	337041	20190729	20190820	脑梗死	脑梗死	好转		
20	326335	20190211	20190225	脑梗死	脑梗死	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）：