

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：20203305011889050000002

姓名	张和义	性别	男	出生年月	197512	政治面貌	中共党员
现工作单位	湖州市南浔区双林人民医院					行政职务	内科副主任
学历一（初始）	200007，皖南医学院，临床医学，大学本科，学士，5年						
学历二							
学历三							
学历四（最高）	200007，皖南医学院，临床医学，大学本科，学士，5年						
身份证号码	342523197512297033	医师资格类别	临床	注册范围	内科		
现从事专业	内科学	专业工作年限	20	参加工作时间	200008		
现专业技术资格及取得时间	副主任医师 201311	现聘任职务及时间	副主任医师 201312	推荐评审专业技术资格	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 优秀,2018 优秀,2017 合格			医院等级	二级乙等		
兼任学术职务	湖州市医学会内科学专业委员会委员、感染病学专业委员会委员			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）：340； 2.年均门诊量3000人次；『普通3000；专科0；【专家0；日均0】』； 3.年均收治病人数：300；年均经管病人数：1148；平均住院日：5.44；治愈率：30%；好转率：69%； 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：100；其中院内：95；院外：5； 6.年均主持疑难危重病人抢救数：30； 7.开展新技术、新项目及专科特殊检查及操作技术：胰岛素泵持续皮下注射、中心静脉导管胸腔闭式引流术； 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：通过全国卫生高级专业技术资格考试、湖州市医学会内科学、感染病学专业委员会委员； 10.在四川广安市广安区第二人民医院医疗扶贫期间承担内科所有会诊，成功指导抢救合并有甲亢性心脏病、快室率房颤、糖尿病病基层疾病的中药导致的肝小静脉闭塞病危重病人，指导开展肺功能检查。 11.2020年带领南浔区第二批援鄂医疗队前往武汉抗击新冠肺炎疫情，先后在多家方舱医院和医院救治病人，顺利圆满任务。						
专业工作经历	200008-200506 湖州市双林人民医院 医师 200506-201311 南浔区双林人民医院 主治医师 201312-202012 南浔区双林人民医院 副主任医师 201812-201901 四川省广安市广安区第二人民医院 副主任医师（援川） 202002-202003 武汉黄陂、日海、袁家台方舱医院 副主任医师（援湖北）						
教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 10 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： 在广安区第二人民医院对内科医生流感知识培训，指导开展肺功能检查。 下沉善琏卫生院，指导病房诊疗，上转、转回病人。						
论文论著	第一作者论文总数	0		一级论文数:0	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						
	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			
	无						
	1						
	2						
	3						
4							
奖励情况		病人投诉、处分及医疗事故情况					
中共湖北省委、湖北省政府 最美逆行者 南浔区优秀共产党员 湖州市最美医生 浙江省抗疫优秀感染科医师 浙江省抗击新冠肺炎疫情先进个人		无					
单位公示情况：无异议 单位意见：同意推荐申报评审主任医师。		主管部门、市或省级厅局人事（职改）部门意见					
（盖章） 年 月 日		（盖章） 年 月 日					
下一级评委会推荐意见		下一级评委会投票结果					
（盖章） 年 月 日		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：					

新理论、新知识、新技术应用推广表

申报人：张和义

申报资格：主任医师

申报专业：内科学

项目名称	胰岛素泵持续皮下注射
项目来源	2013年9月本科尹陆黎医师在杭州培训学习该技术，2014年1月我和该医师联合在内科病房开展。该技术用于较高血糖的糖尿病病人的强化治疗。
项目概况	胰岛素泵能模拟人胰岛素分泌曲线，符合生理状况，利于血糖平稳控制，能够平稳降血糖，基本避免低血糖反应，提高病人舒适度。
应用推广 起止时间	2014年1月至2014年6月
应用推广情况 及成效	我院于2014年1月开始实施该技术，至2014年6月对入院较高水平糖尿病病人进行胰岛素泵持续皮下注射治疗。减少病人平均住院天数，降低住院费用，提高病人舒适度，为患者提供完善的、舒适的医疗服务。
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）

专业技术工作实例表

申报人: 张和义

科室: 内科

申报资格: 主任医师

申报专业: 内科学

患者费金火, 住院号: 00191655, 男, 79岁, 农民。因“咳嗽咳痰胸闷伴发热5天”2018-02-04入院。5天前接触发热病人后出现阵发性咳嗽咳痰, 黄痰为主, 量少, 不易咳出, 伴发热, 具体体温未测, 中度活动后胸闷, 休息后能缓解。昨日在市中心医院诊断为“重症肺炎呼吸衰竭”, 病情危重, 予以“亚胺培南西司他汀、莫西沙星、甲强龙、奥司他韦”治疗, 考虑经济因素, 放弃在湖州中心医院治疗, 转来本院。既往有高血压病史3年, 服药及控制不详。3、查体: T 36.9, P 98次/分, R 30次/分, BP 138/64mmHg, 神志清, 精神软, 口唇发绀, 呼吸急促, 颈静脉无怒张, 胸廓正常, 气管居中, 双肺呼吸音粗, 两肺可闻及较多湿啰音, 心界无扩大, 心率98次/分, 律齐, 心音中, 未闻及杂音, 腹部平软, 无压痛, 肝脾肋下未及, 双下肢无浮肿, 巴氏征阴性。4、2018-2-3本院胸部CT平扫: 两肺炎, 心影增大。2018-2-3市中心医院血常规: WBC $7.9 \times 10^9/L$ N 88.6% CRP 238.8mg/L; 血气分析: PH 7.505, PCO₂ 24.4mmHg, PO₂ 40.4mmHg, 入院后查: 凝血功能全套: 部分凝血活酶时间 44.7秒, 纤维蛋白原 5.31g/L, D-二聚体 410 μg/L。血常规+CRP 白细胞计数 $4.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 93.1%, 超敏CRP >160mg/L。急诊生化: AST60U/L, LDH 470U/L, CK268U/L, UA296 μmol/L, BUN5.9mmol/L, Cr 62umol/L, Glu 7.8mmol/L, 降钙素原定量测定 2.51ng/mL。血气分析 PH值7.47, PCO₂ 27mmHg, PO₂ 54mmHg, 钾(K) 3.4mmol/L。肝功能: 白蛋白(Alb) 28.0g/L, 钾(K) 2.95mmol/L。入院诊断: 重症肺炎、型呼吸衰竭、高血压病、心脏扩大、心功能2级。根据重症肺炎诊断标准: 患者1、呼吸频率30次/分2、PO₂ 54mmHg及氧合指数PAO₂/FIO₂<250mmHg3、多肺叶浸润三项次要标准符合重症肺炎诊断。治疗方面予告病重, 吸氧, 多功能心电监护, 予头孢哌酮舒巴坦钠4g 2/日+左氧氟沙星0.5g 1/日抗细菌感染, 奥司他韦抗病毒, 甲强龙抑制炎症, 溴己新祛痰, 兰索拉唑护胃防止应激性溃疡、出血及加强营养支持对症处理, 经治疗后患者症状好转, 2018.2.10复查血常规: WBC $6.8 \times 10^9/L$ N 83.8% CRP 18mg/L; 血气分析: PH 7.53, PCO₂ 35mmHg, PO₂ 62mmHg。ALb25.7g/L, 予告患者加强营养饮食。2018.2.23复查血象基本正常, ALb30g/L, 经治疗21天, 患者临床症状明显缓解, 予出院。

该患者起因呼吸道感染导致重症肺炎, 诊断虽然明确, 但病情较重, 患方又因经济条件有限, 放弃上级医院诊治而来我院治疗。入院后我们能够坚持不放弃, 并给予正规有效抗菌+抗病毒治疗, 患者逐渐好转出院, 与在上级大医院治疗相比, 患者既得到有效救治同时节省不少开支, 本院普通病房有条件对未需要机械通气重症肺炎患者进行及时有效的救治, 为科室收治类似病症积累了临床经验。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

同意推荐申报评审主任医师。

同意推荐申报评审主任医师。

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: 张和义

科室: 内科

申报资格: 主任医师

申报专业: 内科学

患者祝慰慈, 住院号: 00210013, 男, 83岁, 退(离)休人员。患者因“间断血便1周”于2019-10-15入院, 20余天前因“胸闷气促4天, 再发加重1小时”在湖州市三甲医院住ICU治疗, 诊断: 急性冠脉综合征、肺部感染、呼衰、心衰、营养不良-低蛋白血症、贫血、冠心病、心脏扩大、心包积液、胸腔积液、肺不张。予气管插管支持通气, 抗感染、解痉祛痰、抗凝, 抑酸等治疗, 现胸闷有所缓解, 鼻导管吸氧下自主呼吸氧合稳定, 能自主咳痰, 1周来反复血便, 无明显腹痛, 无恶心呕吐, 无畏寒发热, 胃肠镜检查及病理示: 乙状结肠腺癌。该院多科室会诊后认为: 急性冠脉综合征目前手术风险极大, 无法再次启动抗血小板治疗, 家属商议后表示目前无进一步手术打算, 故转来我院临终关怀。体检: T 36.7, P 84次/分, R 21次/分, BP 131/67mmHg, 神志尚清, 精神软, 气管插管, 留置导尿, 双上肢约束带固定, 口唇稍发绀, 呼吸稍促, 颈静脉无怒张, 气管居中, 双肺呼吸音低, 双肺可闻及湿啰音, 心界扩大, 心率84次/分, 律齐, 心音中, 未闻及杂音, 腹部平软, 肝脾肋下未及, 双下肢轻度浮肿, 背部未见褥疮。血常规: WBC $5.6 \times 10^9/L$, N 73.8%, Hb 87g/L, PLT $270 \times 10^9/L$, CRP 33mg/L。BNP 1527pg/mL。白蛋白(Alb) 38.3g/L, 糖化血红蛋白 7.3%, 肌钙蛋白 $<0.5ng/mL$, PCT 0.13ng/mL, 尿常规(住院)无异常。大便OB (+)。血气分析: PH 7.43 PCO₂ 37mmHg PO₂ 73mmHg。入院诊断: 急性冠脉综合征, 乙状结肠恶性肿瘤伴出血, 肺部感染, 胸腔积液, 肺不张, 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 心脏扩大, 心功能3级, 心包积液, 高血压病1级(极高危), 营养不良-低蛋白血症, 心脏起搏器植入术后, 中度贫血, 2型糖尿病。入院后与家属商量, 告病重, 患者气道条件尚可, 吸氧能够纠正呼吸衰竭, 不需机械通气支持, 予拔出气管插管, 改面罩吸氧。入院考虑心衰为主+肠道出血, 感染不明显, 予参麦针支持、兰索拉唑针抑酸护胃, 速尿针利尿减轻心脏负荷。夜间患者出现持续癫痫样抽搐, 予安定针持续泵注控制症状, 经治疗癫痫控制, 停用镇静药物和约束带, 胸闷好转, 肠道出血已止, 患者精神状态逐渐恢复, 能进食后加用阿托伐他定稳定斑块, 11.3号复查血常规: WBC $10.4 \times 10^9/L$, N 65.9%, Hb 97g/L, PLT $343 \times 10^9/L$, CRP 10mg/L。BNP (急诊) 478pg/mL。白蛋白(Alb) 30.1g/L, 钾(K) 3.91mmol/L, 钠(Na) 140mmol/L, 在本院住院治疗20天, 步行出院。

该患者起因急性冠脉综合征引起一系列全身反应, 包括感染、低蛋白血症、呼衰、心衰, 加之肠道肿瘤出血, 一般状况较差, 治疗矛盾较多, 上级医院及家属放弃救治, 我考虑上级医院专家太专科化, 重点考虑了本专业复杂疑难杂症, 导致治疗出现两难, 入院后我们以整体化全面评估患者病情, 及时拔除气管插管, 减少停用镇静治疗, 重点支持治疗, 思路清晰, 从而使得临终关怀的病人能够轻松步行出院, 疗效明显好转。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

同意推荐申报评审主任医师。

同意推荐申报评审主任医师。

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。

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 内科

申报人： 张和义

申报资格：

主任医师

申报专业：

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	00159490	2015-01-01	2015-01-07	慢性支气管炎急性发作	慢性阻塞性肺病急性加重	好转		
2	00159724	2015-01-05	2015-01-13	腹痛待查	胃窦溃疡（活动期）慢性支气管炎 冠状动脉粥样硬化性心脏病	好转		
3	00161074	2015-03-08	2015-03-18	咯血待查	左侧肺癌伴大量胸腔积液 低钾血症	好转		
4	00161221	2015-03-14	2015-03-28	肺部感染	左侧脓胸 左肺重症感染 癫痫	治愈	胸腔闭式引流术	
5	00143415	2015-03-27	2015-04-09	胸闷待查	急性左心衰 冠心病 心功能4级 胸腔积液 肺部感染 低钾血症	好转		
6	00162200	2015-04-27	2015-05-07	糖尿病	2 糖尿病 高血压病 心脏扩大 大左中央型肺癌	好转		
7	00162784	2015-05-19	2015-05-25	腹痛待查-消化性溃疡	胃窦巨大溃疡 左肾肿瘤伴淋巴结、肱骨转移 脑梗死	好转		
8	00163403	2015-06-12	2015-06-22	急性左心衰	急性左心衰 冠心病 心脏扩大 双侧胸腔积液 肝淤血	好转		
9	00165616	2015-09-07	2015-09-14	肺炎	肺炎 慢性阻塞性肺病	治愈		
10	00165667	2015-09-09	2015-09-15	尿路感染	尿路感染	治愈		

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： 内科

申报人： 张和义

申报资格：

主任医师

申报专业：

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	00168688	2016-01-03	2016-01-11	昏迷待查	低血糖昏迷 2型糖尿病 冠心病 房颤 肺部感染 高血压病	治愈		
12	00169168	2016-01-19	2016-01-25	肺炎	肺炎 胆囊炎	治愈		
13	00169385	2016-01-26	2016-01-29	高血压	原发性醛固酮增多症考虑 高血压 低钾血症	好转		邵逸夫医院手术证实肾上腺瘤
14	00171265	2016-04-01	2016-04-06	肝功能异常	药物性肝炎	治愈		
15	00171532	2016-04-10	2016-04-18	扩张型心肌病	扩张型心肌病 房颤 高血压病 2型糖尿病 高尿酸血症 低钾血症	好转		
16	00172897	2016-05-26	2016-06-08	脑梗死	脑桥急性脑梗死 高血压病 2型糖尿病 脂肪肝 动脉粥样硬化	好转		
17	00173475	2016-06-14	2016-06-19	步态不稳待查	脊髓亚急性联合变性 阵发性房颤 腔隙性脑梗 慢性胆囊炎	好转		
18	00173457	2016-06-13	2016-06-21	腮腺炎	腮腺炎 睾丸炎	治愈		
19	00156962	2016-09-10	2016-09-23	多发性骨髓瘤	多发性骨髓瘤	好转		
20	00175376	2016-08-16	2016-08-23	阿斯发作	冠心病 缓慢性房颤 心源性晕厥	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： 内科

申报人： 张和义

申报资格：

主任医师

申报专业：

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	00179354	2017-01-03	2017-01-09	胸痛待查	左肺多发肿瘤骨转移胸膜转移	未愈		
22	00179478	2017-01-07	2017-01-13	脑卒中	双侧脑室旁枕叶小脑梗塞	好转		
23	00181126	2017-03-04	2017-03-10	心衰	风湿性心脏病 二尖瓣关闭不全 房颤 心衰	好转		
24	00181696	2017-03-22	2017-03-30	肺部感染	左上肺炎	治愈		
25	00181328	2017-03-10	2017-04-07	黄疸	胰头部占位伴胆道低位梗阻	好转		
26	00182487	2017-04-17	2017-04-23	慢性阻塞性肺病急性加重	慢性阻塞性肺病急性加重 冠心病 心脏扩大 心律失常：心	好转		
27	00183815	2017-05-30	2017-06-10	多系统萎缩	多系统萎缩	好转		
28	00185468	2017-07-21	2017-07-27	淋巴管炎	淋巴管炎	治愈		
29	00186980	2017-09-08	2017-09-13	胸闷	右侧自发性气胸（肺组织压缩85%）	治愈		
30	00189176	2017-11-20	2017-12-12	脑卒中	脑干梗死	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）：

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室： 内科

申报人： 张和义

申报资格：

主任医师

申报专业：

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	00191189	2018-01-20	2018-02-01	急性左心衰	急性左心衰 冠心病	好转		
32	00191808	2018-02-07	2018-02-13	慢性阻塞性肺病急性加重	慢性阻塞性肺病急性加重	好转		
33	00192407	2018-03-02	2018-03-12	肺部感染	右下肺炎	治愈		
34	00193902	2018-04-18	2018-04-29	贫血	巨幼红细胞性贫血 胃癌术后	好转		
35	00193929	2018-04-19	2018-05-02	肝炎	戊型病毒性肝炎	治愈		
36	00195125	2018-05-28	2018-05-30	胸闷	胃内异物（马铃薯）慢性阻塞性肺病	治愈		内镜下取异物
37	00196112	2018-06-27	2018-07-13	急性胃炎	急性胰腺炎	治愈		
38	00196470	2018-07-08	2018-07-15	心衰	继发性心肌淀粉样变性 心衰 胸腔积液	好转		
39	00196800	2018-07-19	2018-07-22	胸痛	纵膈气肿	治愈		
40	00197975	2018-08-30	2018-09-04	急性咽炎	亚急性甲状腺炎	治愈		

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： 内科

申报人： 张和义

申报资格：

主任医师

申报专业：

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	00159379	2019-01-14	2019-01-19	左侧自发性气胸	左侧自发性气胸	治愈	胸腔闭式引流	
42	00202049	2019-01-19	2019-02-01	胸腔积液	胸腔积液 胃癌术后 自发性气胸	好转	胸腔闭式引流	
43	00203050	2019-02-24	2019-03-02	双侧肺炎	双侧肺炎	治愈		
44	00203808	2019-03-20	2019-03-25	慢性阻塞性肺病急性加重	慢性阻塞性肺病急性加重	好转		
45	00204236	2019-04-03	2019-04-11	2型糖尿病	2型糖尿病	好转		胰岛素泵持续性皮下注射
46	00205637	2019-05-19	2019-05-24	慢性阻塞性肺病伴急性加重	慢性阻塞性肺病伴急性加重	好转		
47	00207841	2019-08-01	2019-08-09	慢性阻塞性肺病伴急性加重	慢性阻塞性肺病伴急性加重	好转		无创呼吸机治疗
48	00208942	2019-09-07	2019-09-12	慢性阻塞性肺病急性加重	慢性阻塞性肺病急性加重	好转		
49	00210013	2019-10-15	2019-11-04	急性冠脉综合征 乙状结肠肿瘤	急性冠脉综合征, 乙状结肠恶性肿瘤伴出血, 肺部感染, 胸腔积液	好转		
50	00211208	2019-11-29	2019-12-10	慢性阻塞性肺病伴急性加重	慢性阻塞性肺病伴急性加重	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: 张和义

科室: 内科

申报资格: 主任医师

申报专业: 内科学

患者俞根财, 住院号: 00162265, 男, 84岁, 农民。因“上腹部不适伴纳差1周”于2015-04-29入院。无恶心呕吐, 无黑便。无腹痛、腹泻, 无体重下降。否认心脑血管肺肾主要脏器疾病史, 平时身体健康, 对有没有服药病史否认。体检: T 36.0, P 62次/分, BP 125/61mmHg。神志清, 精神软, 浅表淋巴未及, 颈静脉不怒张, 双肺呼吸音清, 无啰音, 心率62次/分, 律齐, 心音中等, 腹部平软, 剑下轻度压痛, 无反跳痛, 墨菲征阴性, 肝脾肋下未及, 肠鸣音正常, 双下肢无浮肿。入院后胃镜: 胃窦巨大溃疡 (MT考虑)。血常规+CRP 白细胞计数 $6.0 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 74.3%, 血红蛋白 108g/L, 超敏CRP 77mg/L。凝血功能全套 凝血酶原时间 15.5秒, 国际标准化比率 1.30, 纤维蛋白原 4.37g/L, D-二聚体 930 $\mu g/L$ 。血男性肿瘤五项正常。予以奥美拉唑抑酸护胃, 康复新液促进溃疡愈合后上腹不适明显好转。经我仔细追问病史发现患者因右上臂疼痛而服用止痛药, 故查右肱骨DR片, 报告: 右侧肱骨中段低密度区, 提示骨质破坏可能, 建议进一步检查。故进一步查找肿瘤原发病灶, 胸部平扫: 慢支、肺气肿。心影增大结合临床。门诊已查肝胆胰脾+泌尿系B超: 前列腺增生。胃镜病理报告: 粘膜慢性炎伴间质内淋巴组织增生。未见肿瘤性表现。鉴于患者原发病灶未明确, 我嘱患者到九八医院查PET-CT, 该院检查医师告知查不出而转回我院, 在我强烈坚持下患者完成检查, 报告: 左肾下极肿块, FDG代谢增高, 考虑MT, 左肾门旁淋巴结转移, 右侧肱骨中段骨转移, 右肺中上叶小结节, FDG代谢未见增高, 右侧基底节区腔梗灶。随后病人回我院继续住院治疗, 予以镇痛、护胃对症处理后患者疼痛缓解出院。

该患既往身体健康, 未重视, 以消化性溃疡表现而就诊, 但在诊疗过程中我重视详细病史的采集这一临床基本功, 发现消化性溃疡的原因为服用止痛药, 进而发现右肱骨骨质破坏, 在本院CT、B超、肿瘤标记物等检查后未能明确原发肿瘤病灶情况下, 能够坚持采用先进的PET-CT技术, 从而破解诊断难题, 赢得一方百姓的称赞。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

同意推荐申报评审主任医师。

同意推荐申报评审主任医师。

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: 张和义

科室: 内科

申报资格: 主任医师

申报专业: 内科学

患者方万新, 住院号: 00171643, 男, 68岁, 农民。因“胸闷气促伴咳嗽半月”于2016-04-13入院。半月前出现胸闷气促, 活动后明显, 伴阵发性咳嗽, 不剧, 无咳痰, 无尿量减少, 无双下肢浮肿, 无发热。体检: T36, P 86次/分, R 20次/分, BP138/88mmHg, 神志清, 精神软, 呼吸平稳, 口唇不绀, 颈静脉充盈, 双肺呼吸音低粗, 可闻及少许干湿性啰音, 心脏扩大, 心率86次/分, 律齐, 心音低, 未闻及杂音, 腹部平软, 无压痛, 肝脾肋下未及, 双下肢无浮肿。辅检: 胸部CT: 心脏普大, 心衰。双侧胸腔积液。两下肺支气管感染考虑。血常规+CRP: WBC $7.6 \times 10^9/L$ N 73.8% CRP4mg/L。入院时考虑: 冠状动脉粥样硬化性心脏病 心脏扩大 心功能2级 双侧胸腔积液 两下肺支气管感染。入院后B超示双侧胸腔积液(右60mm, 左52mm), 予以胸腔闭式引流减压。住院后出现双下肢疼痛, 复查凝血功能全套 D-二聚体 $16002 \mu g/L$ 。B型钠尿肽(BNP)定量测定 192pg/ml。血常规+CRP 白细胞计数 $5.8 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 72.0%, 血红蛋白 155g/L, 血小板计数 $130 \times 10^9/L$, 超敏CRP 12mg/L。目前考虑下肢深静脉血栓可能, 查B超: 右下肢腓静脉内血栓形成, 双侧股动脉硬化伴多发小斑块形成。患者心功能明显好转, 但发现下肢静脉血栓, 告知家属随时可能出现血栓增多、增大、脱落, 脱落可能导致大面积肺栓塞而危及生命, 甚至突然死亡, 建议转上级医院进一步诊疗, 患方拒绝, 予以告病重, 嘱患者绝对卧床休息, 腿部适当活动, 避免新发血栓、血栓增大、血栓脱落, 低分子肝素+华法林抗凝。复查B超双下肢深静脉血流通畅后出院。嘱继续华法林口服抗凝, 门诊定期复诊, 监测血浆凝血酶原时间。

该患入院时表现为肺部感染和心功能不全, 经治疗好转后没有放松对患者的细致观察及时发现深静脉血栓, 正确规范处置后, 血栓溶解, 避免下肢深静脉血栓易发生肺栓塞而导致猝死, 保证医疗安全, 保障患者生命安全。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

同意推荐申报评审主任医师。

同意推荐申报评审主任医师。

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: 张和义

科室: 内科

申报资格: 主任医师

申报专业: 内科学

患者郭金宝, 住院号: 00186783, 男, 81岁, 国家公务员。因“反复咳嗽咳痰10年, 加重伴畏寒发热半天”于2017-09-02入院。既往体质差, 有“慢支、冠心病、高血压”病史, 平时间断服用降压药, 吸入干粉剂, 6年前在湖州中心医院因“冠心病”支架植入。患者10年前反复咳嗽咳痰, 痰多为白色粘痰, 受凉及寒冷季节明显, 天气转暖或口服药物治疗能好转。7年前在湖州中心医院诊断为“肺部真菌感染”, 予抗真菌治疗, 后长期吸入“布地奈德福美特罗、噻托溴铵粉雾剂”, 2年多次加重而住本院, 诊断“慢性阻塞性肺病急性加重 带状疱疹 冠状动脉粥样硬化性心脏病 心脏扩大 心律失常: 心房颤动 心功能 级 高血压病2级(极高危) 冠脉支架植入术后 脂肪肝”, 好转出院。此次于入院当天受凉后出现畏寒发热, 体温未测, 伴咳嗽, 白色粘液痰, 咳痰不畅, 无咯血, 胸闷气促明显。专科检查: T 38.8, P 85次/分, R 24次/分, BP 154/84mmHg, 神清, 精神软, 急性热容, 唇绀, 颈静脉充盈, 桶状胸, 呼吸音减低, 双肺少许干啰音, 心尖搏动剑突下, 心脏扩大, 心率100次/分, 律不齐, 心尖区4/6sm杂音, 下肢无浮肿, 四肢肌力5级。血常规+CRP: WBC 21.7*10⁹/L, N 88.4%, 血红蛋白 159g/L, PLT 202*10⁹/L, 超敏CRP 16mg/L, 电肾糖: 葡萄糖(Glu) 9.1mmol/L, 钾(K) 3.36mmol/L, 钠(Na) 132mmol/L, PCT <0.1ng/mL。胸部平扫: 慢性支气管炎、肺气肿。右上肺慢性炎症。心脏普大, 结合临床。入院诊断: 慢性阻塞性肺病急性加重、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏扩大、心律失常: 心房颤动、心功能 级、高血压病2级(极高危)、冠脉支架植入术后。入院后考虑肺部感染, 患者系反复肺部感染, 先后予头孢哌酮舒巴坦钠静滴、阿莫西林克拉维酸钾针静滴+莫西沙星片口服抗感染覆盖产酶菌+不典型病原体, 川芎嗪活血改善心功能, 溴己新化痰, 氨茶碱针+甲强龙针解痉平喘抗炎等对症治疗, 入院经上述方案治疗后患者仍反复发热, 考虑患者反复在双林医院及市中心医院呼吸科、综合内科诊治, 既往肺部真菌感染使用伏立康唑、卡泊芬净, 1年来7次肺部感染住院, 反复使用头孢哌酮舒巴坦钠、亚胺培南西司他汀、左氧氟沙星、莫西沙星、阿米卡星等抗感染, 使用糖皮质激素抗炎, 此次住院初使用头孢哌酮舒巴坦钠、阿莫西林克拉维酸钾、莫西沙星片抗感染后病情一度好转, 近日再次出现反复发热, 咳嗽咳痰不畅, 痰不易咳出, 考虑再次并发真菌感染, 因肺部感染从胸部CT(9月6号)看, 肺实质真菌感染不明显, 但不排除气道内白色念珠菌等条件致病菌感染, 且患者有明显的气道高反应, 痉挛存在, 故甲强龙针20mg静注(10Am+4Pm)及布地奈德+特布他林雾化吸入(8Am+2Pm)持续抑制气道过敏反应, 解除气道痉挛及抗炎, 并加用氟康唑针首剂0.4静滴, 持续0.2静滴抗真菌治疗, 余继续阿莫西林克拉维酸钾针+莫西沙星片抗细菌感染, 氨茶碱针泵注及溴己新祛痰, 进一步查痰培养+药敏明确病原体, 重点排除1、心衰、心源性哮喘2、肺栓塞3、多重耐药菌感染。经上述方案诊治后, 患者临床症状明显好转, 无发热, 病情逐渐好转, 复查血常规: 血常规+CRP: 白细胞计数 14.1*10⁹/L, 中性粒细胞百分比 82.1%, 血红蛋白 153g/L, 血小板计数 213*10⁹/L, 超敏CRP 8mg/L, 电肾糖: 葡萄糖(Glu) 7.2mmol/L, 钾(K) 4.3mmol/L, 钠(Na) 134mmol/L。予以带抗真菌药口服治疗。

该患者起因肺部感染, 入院后经一般治疗病情好转, 但又反复加重, 结合患者长期慢性病, 反复就医使用广谱抗生素及激素吸入病史, 我能及时考虑合并真菌感染这一基层医院少见、不治疗的疾病, 全面分析及合理及时处理加用抗真菌药, 使得病情好的转归, 避免转院对患者身体、经济造成极大负担, 在其中起到至关重要的作用。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

同意推荐申报评审主任医师。

同意推荐申报评审主任医师。

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。

新理论、新知识、新技术应用推广表

申报人：张和义

申报资格：主任医师

申报专业：内科学

项目名称	应用中心静脉导管行胸腔闭式引流术
项目来源	中心静脉导管（CVC）常放置于大静脉中，主要测量中心静脉压、建立输液通路，减少药物对外周小静脉的刺激。本人2013年在湖州中心医院进修学到中心静脉导管胸腔闭式引流术引流胸腔积液和气胸，2014年2月在内科病区开始推广。
项目概况	B超定位选择最佳穿刺点，常规皮肤消毒铺巾，用2%利多卡因作皮肤浸润局麻后用穿刺针沿麻醉穿刺径路穿入，抽得胸水后将导丝经穿刺针送入胸腔，将中心静脉导管沿导丝送入胸腔，试抽出胸腔积液后，调整导管至引流通畅，导管外端连接三通接头和一次性引流袋，穿刺点再次用碘酒消毒后，用无菌敷料固定，打开导管夹可见胸水流出即为成功。
应用推广 起止时间	2014年2月至2014年7月
应用推广情况 及成效	我院于2014年2月开始实施该技术，至2014年7月进行18例胸腔闭式引流术。该技术的优点如下：1. 操作简单方便，一人即可进行。穿刺过程中只有一个穿刺点，不需切开皮肤，一次性置管，减轻患者痛苦，减少医务人员的工作量。2. 中心静脉导管相容性好，管径细材质柔软，创伤小，有一定弹性，不易被压扁、扭曲、成角，减少了导管与肺组织以及胸膜之间的摩擦，可送入胸腔底部，使胸腔引流充分，固定方便，患者术后痛苦小，心理压力小，活动不受限，特别是睡眠姿势不受影响。3. 可根据患者具体身体情况来控制引流量，如有患者引流不充分，可再连接注射器抽吸抽液，可使胸水引流更彻底；可减少穿刺次数，减轻了患者的恐惧心理，症状减轻快，缩短住院时间，降低费用。4. 术后并发症少，引流速度慢，可避免因引流过快而导致患者肺复张性肺水肿；患者痛苦小，易于接受，可以随时留取胸水标本化验。回访显示，患者满意度为100%，减少粗针穿刺抽液皮肤损伤和气胸，减轻了患者的经济负担及精神紧张，为患者提供完善的、舒适的医疗服务。
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）