

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：20203305001889040000003

姓名	干建慧	性别	女	出生年月	197905	政治面貌	非党团员
现工作单位	湖州市南浔区人民医院					行政职务	
学历一（初始）	199907，河南煤炭卫生学校（全日制），妇幼卫生，中专，4年						
学历二	200801，浙江大学(夜大)，临床医学，大学专科，4年						
学历三							
学历四（最高）	201106，温州医学院（业余），临床医学，大学本科，2.5年						
身份证号码	410403197905272545	医师资格类别	临床	注册范围	妇产科		
现从事专业	妇产科学	专业工作年限	21	参加工作时间	200001		
现专业技术资格及取得时间	主治医师 201305	现聘任职务及时间	主治医师 201312	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 优秀			医院等级	二级甲等		
兼任学术职务				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）：318； 2.年均门诊量5218人次；『普通3836；专科1230；【专家152；日均35】』； 3.年均收治病人数：256；年均经管病人数：516；平均住院日：5.6%；治愈率：95%；好转率：5%； 4.年均主刀台次：186；其中、类手术台次：56；一助：68； 5.年均会诊人次：10；其中院内：8；院外：2； 6.年均主持疑难危重病人抢救数：11； 7.开展新技术、新项目及专科特殊检查及操作技术：1.MTHFR基因监测联合叶酸血清学浓度监测在临床的意义。2.一次性内窥可视人流。3.超声下输卵管通液术。； 8.住院病人满意度：满意； 9.代表申报人专业水平的标志性业绩：从事妇产科工作21年，在省级杂志发表论文数篇，开展新技术、新项目有三项，今年参与的科研项目已立项，我主要负责研究对象的招募、采集以及检查工作；能熟练掌握妇产科的常见病、多发病及疑难病症的诊治、高危产科的诊治；对危重病人如产后大出血、羊水栓塞、子痫等抢救也有一定的经验。；						
	专业工作经历	200001-200812 长超卫生院妇产科 医师 200812-200909 和孚卫生院防保科 医师 200909-201312 南浔中医院妇产科 医师 201312-201804 南浔中医院妇产科 主治医生 201805-至今 南浔区人民医院妇产科 主治医生					
教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 5 人(总人数)，其中实习生 5 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:0	二级论文数:1			
	论文（著）名称	期刊名称、期号、起止页码、主办单位		等级			
	1	妊娠合并生殖道真菌感染的临床治疗效果观察	中国性科学 2019年第5期118页	二级			
	2		中国性学会				
	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	妊娠期合并甲状腺功能减退治疗时机选择对妊娠结局和子代甲状腺功能影响的临床研究	南浔区卫健委、5万、负责研究对象的招募和收集	2	B类		
	2						
	3						
	4						
奖励情况	病人投诉、处分及医疗事故情况						
	1.2014年8月参加“南浔区妇幼健康技能竞赛”妇幼保健组获得南浔区个人第一名。 2.获得2017年度医院先进个人。		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。			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	无		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: 干建慧

科室: 妇幼保健中 申报资格: 副主任医师

申报专业: 妇产科学

<p>【病史】 (病例号104638) 患者杨XX, 女, 30岁, 农民, 2-0-2-2, 现因“胎儿娩出后1小时余, 胎盘未下。”于2016-09-24由120护送入院。该妇平素月经规律, 周期30天, 经期5天, 末次月经2015年12月(具体日期不详), 量和性状同往常, 预产期2016年9月, 孕期无明显恶心、呕吐等早孕反应, 孕期无毒性物及放射线接触史, 否认不良药物服用史, 停经4月余自觉胎动至今, 孕期未正规检查, 孕期无阴道流血、流血及头晕、眼花、皮肤瘙痒、胸闷气促、双下肢浮肿等不适, 2016-9-24 12时10分左右在家中自娩一男活婴, 断脐后胎盘半小时未下, 由婶婶自取胎盘未下, 阴道流血较多(具体不详)。 【体格检查】: 贫血貌, 神清, 体温36.5, 脉搏120次/分, 呼吸24次/分, 血压75/46mmHg, 心率120次/分, 律齐, 未闻及病理性杂音, 两肺呼吸音清晰, 宫底脐上2指, 质硬, 会阴II度裂伤, 阴道口见破碎胎盘组织, 未见脐带, 阴道内见中等量鲜红色血液涌出。 【辅助检查】: 2016/9/24血型鉴定+血液细胞自动化分析(五分类) 白细胞计数(WBC) 14.34*10⁹/L; 中性粒细胞百分比(GR%) 88.20%; 血红蛋白(HGB) 92g/L; 血小板计数(PLT) 149*10⁹/L; ABO血型B型; RH血型阳性。2016/9/24 急诊四抗(产科住院专用): 人免疫缺陷病毒抗体(胶体金) 阴性; 梅毒螺旋体抗体(胶体金法) 阴性; 丙型肝炎抗体(胶体金法) 阴性; 乙肝表面抗原(胶体金法) 阴性, 2016/9/24凝血功能常规+D二聚体 凝血酶原时间 12.3秒; 凝血酶原时间比值 1.03; 国际标准化比值 1.00; D-二聚体 3630 μg/L。2016/9/24生化常规(住院) 总蛋白(TP) 63.1g/L; 白蛋白(Alb) 34.1g/L; 葡萄糖(GLU) 6.32mmol/L; 甘油三酯(TG) 3.15mmol/L; 肌酸激酶(CK) 194U/L; 肝肾功能基本正常。2016/9/24乙肝三系检查 均阴性。入院诊断: 中医: 产后, 西医: 1.G4P2孕足月头位顺产活婴 2.产后出血 3.失血性休克前期 4.第三产程 5.胎盘粘连 6.轻度贫血。 【抢救治疗经过】 入院后完善相关检查, 立即启动产科抢救方案, 开通两联静脉通路, 备血, 待血压相对平稳后本人立即用卵圆钳取出大块胎盘组织, 随后用大刮匙清宫, 共清出破碎胎盘组织约400g, 会阴常规缝合, 入院后共计出血约800ml, 产后生命体征平稳, 子宫收缩好, 阴道流血少, 予阿奇霉素针及甲硝唑液两联抗生素静滴抗感染治疗, 催产素针肌注促进宫缩, 口服葡萄糖酸亚铁口服液纠正贫血, 予中药口服活血祛瘀生新, 分别给母婴注射破伤风免疫球蛋白预防破伤风感染, 产后4天, 复查B超宫腔内未见异常, 母婴正常出院, 产后42天回访, 产妇子宫恢复正常, 恶露已干净, 婴儿母乳喂养, 好。 【最后诊断】 G4P2孕足月头位顺产活婴 2.产后出血 3.失血性休克前期 4.第三产程 5.胎盘粘连 6.轻度贫血。 【小结】 该妇整个孕期没有正规产检, 并在家中分娩, 缺乏安全意识, 我们需加强孕产期宣教, 让每一位孕产妇了解定期产检的重要性, 了解家庭分娩的风险, 及对母婴的危害, 杜绝家庭分娩。该妇入院后, 本人通过仔细询问及认真检查, 明确了产后出血的原因后立即给予了有效的治疗措施, 母婴正常出院。需要强调的是对于胎盘粘连明显的, 同时也有胎盘植入的可能, 故在清宫时不能强行刮取, 动作一定要轻柔, 要有经验丰富的产科医生来操作, 因为一不小心可能会导致子宫穿孔、胎盘残留、甚至再次引发大出血等; 产后在促子宫收缩治疗的同时, 可以给予口服中药活血祛瘀生新治疗, 促恶露排出, 所以该产妇最后没有进行二次清宫, 恢复好。因此我们在临床工作中时有碰到胎盘粘连的患者, 胎盘植入虽相对较少, 但是发病凶险, 故在处理过程当中要充分评估、充分准备, 随机应变, 多学习新技术, 新方法, 让患者花最少的钱, 承受最小的伤害、获得最大的治疗效果, 同时也要做好人文关怀和心理疏导, 让患者感到舒心 and 安心。</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: 干建慧

科室: 妇幼保健中 申报资格: 副主任医师

申报专业: 妇产科学

<p>【病史】 (病例号: 93183) 孕妇刘X 女性 26岁, 河南人, 0-0-0-0, 因“停经9月余, 无产兆”于2015年1月8日入院。末次月经2014-03-25, 量少于平时经量, 根据2014年7月2日B超推算预产期2015-01-02, 停经早期无恶心呕吐等不适。孕4+月自觉胎动, 持续至今。怀孕期间否认放射线及有毒物接触史, 否认不良药物服用史。孕期不规则产检数次, 孕期无头晕头痛、眼花、视物模糊、皮肤瘙痒、胸闷气促、双下肢浮肿等不适。现无产兆, 自觉胎动如常, 因超过预产期, 且门诊产检血压偏高, 拟“G1P0孕40+6周宫内活胎头位待产 轻度子痫前期”入院待产。否认高血压及慢性肾炎等疾病史。【体格检查】 查体: T 36.2, P 80次/分, R 20次/分, BP 130/85mmHg, 神清, 查体合作, 孕妇体态, 语声清晰, 气息平稳, 呼吸音清晰, 未闻及干、湿性罗音。心律齐, 80次/分, 未闻及病理性杂音, 双下肢浮肿(-), 神经系统未引出病理性反射。【产科检查】 宫高35cm, 腹围98cm, 胎方位ROA, 胎心150次/分, 先露头, 半入盆, 无宫缩, 肛查: 宫口未开, 先露高低-3.0cm, 胎膜未破。NST10分。【实验室及辅助检查】 B超(20150105本院): 单活胎晚孕, 双顶径89mm, 羊水指数135mm, 胎盘2级加。血常规+血型鉴定(20150108): WBC 6.15*10⁹/L; LY% 20.50%; MON% 2.50%; GR% 75.50%; HGB 112g/L; HCT 0.344L/L; PLT 136*10⁹/L; BG: A型; RH 阳性。尿常规: 蛋白质 1+。 【抢救治疗经过】 入院后完善各项辅助检查(眼底检查正常), 予吸氧改善宫内环境, 监测血压及胎心变化。1月9日早上7时测血压180/110mmHg, 自诉感轻微头痛, 无眼花及视物模糊, 无胸闷气促等不适。即予硫酸镁静脉滴注解痉降压治疗。同时与孕妇及家属谈话交代病情, 并告之宜即行剖宫产终止妊娠。但孕妇及家属因家庭琐事强烈表示要求下午行剖宫产术。半小时后复查血压为120/80mmHg, 暂同意其要求。中午11:40分孕妇自述少量阴道流血, 感下腹疼痛及腰酸, 伴头晕胸闷。查体: P 99次/分, R 20次/分, BP 120/80mmHg, 面色苍白, 腹壁硬如板状, 但无明显压痛, 胎心率不规则, 波动于120-170次/分之间, 见少量暗红色血液流出, CST评分3分。紧急床边B超示: “单活胎晚孕头位, 胎盘后方暗区。”考虑“胎盘早剥”。值班医生电话通知本人到场, 嘱开通静脉通路, 心电监护及急诊血常规、凝血功能、3p试验检测、备血, 同时通知产科抢救小组其他人员到场。立即予硬麻下行子宫下段剖宫产术, 术中破膜后见血性羊水约500ml, 助娩一女活婴, 胎盘人工剥离娩出后, 检查胎盘完整, 见胎盘母体面血块压迹55*60*90cm, 子宫软如麻袋, 后壁见紫蓝色瘀斑, 出血量约1200ml, 予缩宫素20u加入5%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注, 热盐水巾按摩子宫、卡孕栓舌下含服等促宫缩等处理, 子宫收缩仍欠佳, 即采用宫腔纱布填塞止血, 术中输A型RH阳性红细胞悬液4u, 病毒灭活冰冻血浆200ml补充红细胞及血浆蛋白, 无输血反应。手术经过顺利。留置导尿300ml, 色清, 术后安返病房, 返房时神志清, T: 36.2, P: 84次/分, R: 20次/分, BP: 141/91mmHg。术后给予催产素针10U静脉滴注维持促进子宫收缩, 头孢曲松2g加入0.9%氯化钠注射液100ml+甲硝唑液100ml静滴每日二次联合抗感染治疗, 术后24小时取出纱条后子宫收缩好, 阴道流血少, 术后第7天, 腹部切口 /甲愈合。复查HB: 104g/L, 术后血压维持在130/90mmHg左右。予出院。告知患者出院后注意休息, 产后42天复查。 【最后诊断】 G1P1孕41周难产活婴头位 重度子痫前期 胎盘早剥 产后出血 【小结】 该患者属于流动人口, 平时未正规产检。入院后血压波动较大, 考虑妊高症导致胎盘早剥。这列有本人主刀, 术中因难治性产后大出血予按摩子宫及应用缩宫素无效时, 宫腔纱条填塞止血成功保住子宫。术中输红细胞悬液4u, 病毒灭活冰冻血浆200ml补充红细胞及血浆蛋白, 术后抗感染等处理后恢复良好, 正常出院。该患者对症处理得当, 采取措施合理。</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。

专业技术工作实例表

申报人: 干建慧

科室: 妇幼保健中 申报资格: 副主任医师

申报专业: 妇产科学

<p>【病史】 (病例号: 108905) 患者杨XX, 女, 14岁, 初中学生, 0-0-0-0, 未婚同居, 贵州人。因“停经8月余, 抽搐3次。”于2017-4-20 13:52入院。末次月经2016年07月(具体日期不详), 行经如常。停经后无明显恶心、呕吐等早孕反应, 停经4月余自觉胎动至今, 整个妊娠期未行产前检查。孕7月余开始出现双下肢浮肿至今, 近几日向家属述头痛头晕, 今中午11时无明显诱因下在家中突发全身抽搐1次, 家属诉抽搐时牙关紧闭, 口吐白沫, 呼之不应, 伴尿失禁。遂急来我院就诊, 在来院途中又抽搐2次。门诊拟“G1P0孕足月宫内活胎头位待产 子痫”收住入院。</p> <p>【体格检查】 查体: T36.9 P104次/分 P20次/分 BP155/111mmHg, 神志淡漠, 查体合作, 眼底动脉检查见视网膜水肿、渗血, 呼吸音清晰, 未闻及干、湿性罗音。心律齐, 88次/分, 未闻及病理性杂音。下腹膨隆, 双下肢浮肿(++), 神经系统未引出病理性反射。产科检查: 宫高31cm, 腹围88cm, 胎方位LOA, 胎心140次/分, 先露头, 半入盆, 可及不规则宫缩, 腹部无压痛, 肛查: 宫口开1cm, 先露V-3, 胎膜未破, 羊水性质不清。NST评分6分。【实验室及辅助检查】B超(2017-04-20本院): 单活胎晚孕头位。血常规+血型鉴定(20170420): WBC16.13*10⁹/L HGB115g/L; PLT384*10⁹/L BGO型; RH血型阳性。尿常规(20170420): 尿比重>1.030; 蛋白质2+ WBC-。血肝肾功能(2017/4/20) ALP 224U/L; Alb33.9g/L; A/G1.0; LDH 263U/L, UA 652 μmol/L余项正常。</p> <p>【抢救治疗经过】 入院后完善相关辅助检查, 立即安置于高危病房内, 立即汇报总值班及科主任, 启动产科抢救流程, 建立静脉通路, 吸氧, 同时予心电监护, 监测血氧饱和度, 监测胎心等处理。14时10分病人再次发生抽搐, 牙关紧闭, 口吐白沫, 查体: P110次/分 R22次/分 BP155/111mmHg, 神志不清, 呼之不应, 神经系统检查阴性。给予开口器避免咬伤舌头, 入院后立即给予25%硫酸镁20ml加入50%葡萄糖20ml缓慢静脉推注联合25%硫酸镁60ml加入5%葡萄糖注射液1000ml内, 滴数每小时2g静脉滴注解痉; 安定针10mg加入0.9%氯化钠注射液10ml缓慢静脉推注镇静; 甘露醇250ml静滴2小时内完成降低颅内压; 5%碳酸氢钠125ml静脉滴注纠正酸中毒; 4小时后复查肝肾功能无明显变化, 尿蛋白: 2+; 血压: 150/100mmHg, 患者神志清, 头痛症状及视物明显好转, 无抽搐再发, 胎心率维持在130-150次/分, 与孕妇监护人交代病情, 下达病重通知, 急诊硬膜下行子宫下段剖宫产术。手术经过顺利, 娩出一女活婴, 胎盘人工剥离完整, 术中出血约300ml。术后血压: 152/100mmHg, 术后予硝酸甘油2mg加入5%葡萄糖注射液100ml中静脉滴注降压, 缩宫素10u加入5%葡萄糖注射液250ml中静脉滴注加强宫缩, 头孢曲松针2g加入0.9%氯化钠注射液100ml中静脉滴注每日二次, 预防性抗炎治疗, 并予监测生命体征及子宫复旧情况。术后2天始血压维持在120-130/80-90mmHg之间, 术后7天一般情况好, 视物清楚, 无头痛头晕, 无畏寒发热症状, 阴道出血少, 腹部切口 I/甲愈合。宫高脐下3指。复查尿蛋白阴性。予出院。告知患者出院后注意休息, 定期监测血压, 产后42天复查。</p> <p>【最后诊断】 G1P1孕足月头位难产活婴 子痫</p> <p>【小结】 该患者属于流动人口, 又是初中生, 无孕产保健知识, 未作任何产前检查及治疗, 导致血压过高而发生产前子痫。入院后经积极解痉、镇静、降压及降低颅内压纠正酸中毒等治疗, 病情稳定后急诊行剖宫产, 娩出一女活婴, 胎盘剥离完整。产后加强宫缩及继续降压及抗感染等治疗, 产后子宫复旧良好。该患者对症处理得当, 采取措施合理。</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: 干建慧

科室: 妇幼保健中 申报资格: 副主任医师

申报专业: 妇产科学

【病史】患者楚某,女,25岁,已婚,农民,1-0-1-1,河南信阳人。因“停经9月余,无产兆”于2017年08月27日07:35入院。平素经期规律,周期30天,末次月经2016年11月9日,量和性状同往常,预产期2017年8月16日,孕期不规则产前检查数次无异常。现无下腹痛阵痛,无见红,无阴道流水,自觉胎动如常,入院待产。既往体质健康,2014年9月顺产1男婴,现健存。

【体格检查】:神清,体温37.2℃,脉搏84次/分,呼吸20次/分,血压100/62mmHg,心率84次/分,律齐,未闻及病理性杂音,两肺呼吸音清晰。产科检查:宫底高37cm,腹围105cm,胎方位LOA,胎心140次/分,先露头,半入盆,宫缩不规律,肛查:宫颈扩张0.5cm,先露高低-3.5cm,胎膜未破。辅助检查:2017/8/24南浔人民医院B超:晚孕头位,双顶径97mm,胎盘Ⅱ级,羊水指数115mm。心电图:窦性心律,房性早搏,短P-R间期。实验室检查正常。入院诊断:1.G3P1孕41+4周宫内活胎头位待产2.轻度贫血。

【抢救治疗经过】入院当天建议催产素引产拒绝,拟“母亲因素、相对性头盆不称”在硬麻下行子宫下段剖宫产术,11时术取一男活婴,出生评分10分,脐带无绕颈,重3640g,胎儿娩出后即宫壁注射缩宫素20单位,同时静滴缩宫素20单位,胎儿娩出4分钟,胎盘部分剥离,宫腔出血增多约300ml,色暗红,子宫质软,即予舌下含服卡孕栓0.5mg助宫缩、静推邦亭1ku辅助止血治疗,同时人工剥离胎盘,娩出检查胎盘完整,子宫切口无裂伤,子宫腔内渗血不多。胎儿娩出约5分钟时产妇突然出现胸闷,呼吸不畅,伴恶心,无呕吐,烦躁,对答切题,随即血压下降至70/50mmHg,心率加快至150次/分,氧饱和度下降至88%,初步考虑“羊水栓塞”,即正压通气给氧,予静推地塞米松20mg抗过敏,用药2-3分钟后症状未缓解,血压反而进行性下降,本人到场参加抢救,于11:22分立即予甲强龙针80mg静推抗过敏,氨茶碱针0.25g静推缓解肺动脉高压、多巴胺针20mg微泵持续静推升压。启动产科抢救流程,通知总值班、产科主任、内科主任等产科抢救小组人员到场,并电话邀请湖州妇保院专家来院参加抢救。11:40分患者烦躁、胸闷、气急等症状开始缓解,能对答,但意识淡漠,面色苍白,血压维持在65/30mmHg左右,即予氯化可的松50mg快速静脉滴注,间隔15-20分钟后症状逐渐缓解,患者神志渐自控,呼吸、心率、血压等生命体征趋于稳定。继续重复甲强龙针80mg静推(每隔20分钟1次,共用3次)、氯化可的松静滴共200mg抗过敏,多巴胺针微泵静滴升压,氨茶碱针0.25g微泵静推2次缓解肺动脉高压,补充血容量,加压吸氧,静滴凝血酶原复合物200IU、备血等综合抢救治疗。术中子宫一直有轮廓,但质地偏软,初期子宫切口渗血不明显,但于11:45宫腔下段渗血明显,色鲜红,有血凝块,估计出血约1200ml,按摩子宫及纱布压迫能缓解出血。术中诊断:1.G3P2孕41+4周头位难产活婴2.羊水栓塞3.产后大出血。与家属谈话,告知病情并言明病情的严重性,可能发生DIC、需要子宫切除,甚至危及生命等严重后果,家属表示理解病情。期间等待观察15分钟子宫出血状况尚可,权衡利弊后与家属沟通谈话,于12时立即予宫腔纱布填塞止血保留子宫,并立即缝合子宫切口,术毕检查子宫收缩好转,子宫及腹部切口无渗血,此时术中出血共计1500ml。期间多次与家属谈话,告知病情,如病情加重仍需子宫切除,甚至危及生命,家属表示理解病情变化。期间半小时1次复查血常规+凝血全套+血气分析+肝肾功能,提示“重度贫血”,术中予输注“O”型RH阳性冰冻血浆650ml改善循环、补充血浆蛋白,输“O”型RH阳性红细胞悬液4单位补充红细胞改善贫血,适量补液,术中尿量800ml,淡血性。患者生命体征趋于平稳后,经家属商量后,当天即予120护送转湖州市妇幼保健院ICU进一步抢救治疗后痊愈出院。

【小结】羊水栓塞属于产科危急重症,表现为突发的低血压或心跳骤停,呼吸困难甚至呼吸停止,可发生于阴道分娩、剖宫产或刮宫期间,也可以在产后短时间内发生(胎盘娩出后)。一旦怀疑羊水栓塞,不必进行特异性检查来确诊或排除羊水栓塞,羊水栓塞属于临床诊断,多数合并凝血障碍。最佳抢救团队需要麻醉医师、ICU及产科团队的多学科合作。初始治疗主要是抗过敏、缓解肺动脉高压、辅助呼吸和升压强心、补充血容量等。幸亏该患者发生羊水栓时在手术室,及时诊断,果断处理是抢救成功的关键。

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: 干建慧

科室: 妇幼保健中 申报资格: 副主任医师

申报专业: 妇产科学

<p>【病史】 (住院号: 117174) 患者陈X, 女, 23岁, 未婚, 个体经营者, 0-0-0-0, 安徽省颍上县陈桥镇蔡塘村。因“停经9月余, 见红6天, 下腹阵痛1天。”于2018-04-15 07:05入院。患者平素月经规律, 周期23-25天, 经期6天, 末次月经2017年7月7日, 量和性状同往常, 预产期2018年4月14日, 该妇4月9日无明显诱因下开始出现阴道少量流血, 4月14日中午开始出现下腹阵痛, 无阴道流水, 自觉胎动如常, 拟“足月临产”收住入院。自述发现乙肝小三阳1年。入院诊断: 中医: 妊娠 西医: 1.G1P0孕40+1周宫内活胎头位临产 2.血小板减少症, 诊断明确, 无需鉴别。</p> <p>【体格检查】: 神清, 体温36.4, 脉搏78次/分, 呼吸19次/分, 血压121/86mmHg, 心肺听诊无殊。产科检查: 骨盆外测量: 髂前上棘间径24cm 髂嵴间径26cm 骶耻外径19cm 坐骨结节间径9cm。宫底高32cm, 腹围103cm, 胎方位LOA, 胎心140次/分, 先露头, 半入盆, 宫缩不规律, 肛查: 宫颈消退100%, 扩张1.5cm, 先露高低-3.5cm, 未入盆, 胎膜未破。</p> <p>【辅助检查】: 2018/4/15 血液细胞自动化分析(五分类)+血型鉴定: 白细胞计数(WBC) 7.56*10⁹/L; 中性粒细胞百分比(GR%) 82.20%; 血红蛋白(HGB) 108g/L; 血小板计数(PLT) 121*10⁹/L; ABO血型O型; RH血型阳性。胎心监护(NST)评: 8分。B超(2018-04-04本院): 单活胎晚孕头位。2018/04/16生化常规(住院): 总蛋白(TP) 46.6g/L; 白蛋白(Alb) 26.7g/L; 球蛋白(Glo) 19.9g/L; 淀粉酶(a-Amy) 1769U/L; 肌酸激酶(CK) 220U/L; 乳酸脱氢酶(LDH) 333U/L。2018/04/16尿淀粉酶测定 尿淀粉酶(a-Amy) 2093U/L, 上腹部B超: 左肾轻度积水(建议复查), 左肾结石。</p> <p>【抢救治疗经过】入院后完善相关辅助检查, 入院当天考虑“相对性头盆不称”在硬麻下行子宫下段剖宫产术, 术取一男活婴, 出生评10分, 羊水清, 约500ml, 胎盘自娩完整, 术中出血500ml, 手术经过顺利。术后一天, 发现血、尿淀粉酶值明显升高, 仔细询问病史, 该妇术前曾食入肯德基及烧烤等油腻的食物, 考虑急性胰腺炎可能, 立即请汪竹峰内科主任会诊, 汪主任结合病史、体征及辅助检查, 支持胰腺炎诊断, 建议: 1.上腹部增强CT扫描, 2.动态监测血淀粉酶, 3.禁食, 4.补充液体, 防止休克, 5.改抗生素舒普深预防感染, 5.加用抑酸剂, 遵医嘱处理, 经过一系列的对症、支持治疗, 及内科医生的密切指导下, 该妇最终康复出院。</p> <p>【最后诊断】G1P1孕40+1周头位难产活婴儿 血小板减少症 急性胰腺炎</p> <p>【小结】妊娠期因胰腺位置相对较深, 特别时孕晚期, 合并胰腺炎时体征可不典型, 炎症刺激子宫, 可引起宫缩, 从而掩盖腹痛, 易被误诊为临产, 该妇临床症状不明显, 本人当班时发现血淀粉酶明显升高, 通过详细的询问病史, 得知产妇有进食油腻食物病史, 考虑有急性胰腺炎的可能, 立即给予完善相关检查、请内科会诊, 在短时间内明确了诊断, 使患者得到了及时、有效的治疗, 没有让病情进一步加重, 造成危机生命的情况。所以作为一个合格的义务工作者, 应该及时、认真查看每一位患者的检验结果及相关辅助检查, 密切观察病人的病情, 有时需要通过多科合作, 让患者尽早得到诊治。</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。

住院（门诊）病例一览表

单位（盖章）：

科室：妇幼保健中心 申报人： 干建慧

申报资格：

副主任医师 申报专业：

妇产科学

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	113236	17-10-20	17-11-6	异位妊娠	异位妊娠	治愈	保守治疗	
42	114077	17-11-26	17-12-5	盆腔炎性疾病 子宫肌瘤	盆腔炎性疾病 子宫肌瘤	治愈	无	
43	115292	18-1-17	18-1-22	左侧巴氏腺脓肿 细菌性阴道病	左侧巴氏腺脓肿, 细菌性阴道病	治愈	左侧巴氏腺脓肿切排术	
44	115412	18-1-22	18-1-29	G2P1孕38+5周宫内活胎头位临产	G2P2孕38+5周头位难产活婴 LOP?胎儿宫内窘迫 中度贫血	治愈	子宫下段剖宫产术	
45	115538	18-1-26	18-2-9	G3P2孕39+2W宫内活胎头位待产	G3P3孕40+2周头位难产活婴 巨大儿 活跃期停滞	治愈	经腹子宫下段剖宫产术	
46	115600	18-1-29	18-2-8	妊娠剧吐	妊娠剧吐	治愈	无	
47	115937	18-2-18	18-2-26	G3P1孕39+1周宫内活胎头位待产, 疤痕子宫	G3P2孕39+2周头位难产活婴 疤痕子宫 脐带绕颈	治愈	二次子宫下段剖宫产术	
48	116115	18-2-25	18-3-4	1.G3P1孕37+6周宫内活胎头位待产 2.疤痕子宫	G3P2孕37+6周宫内头位难产活婴 疤痕子宫 胎盘粘连	治愈	二次子宫下段剖宫产术	
49	116299	18-3-7	18-3-10	稽留流产 2.盆腔炎性疾病	稽留流产 2.盆腔炎性疾病	治愈	清宫术	
50	116541	18-3-16	18-3-22	葡萄胎	葡萄胎	治愈	清宫术	

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：妇幼保健中心 申报人： 干建慧

申报资格：

副主任医师 申报专业：

妇产科学

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	330501198 803033022	20-09-15		急性盆腔炎		痊愈		
2	35039	20-04-04	20-04-06	功血	功血	痊愈		
3	357134	20-08-05	20-08-07	子宫内膜炎	子宫内膜炎	痊愈		
4	359409	20-09-16	20-09-18	宫颈高级别病变	宫颈高级别病变	痊愈	宫颈锥切术	
5	330501198 803033022	19-10-30		急性输卵管炎		痊愈		
6	330501197 604127128	20-08-25		轻度贫血 子宫平滑肌瘤		痊愈		
7	330501199 001183023	19-07-29		附件炎性包块		痊愈		
8	332526197 901015340	20-09-07		月经不规则 卵巢囊肿		治愈		
9	00116550	18-03-17	18-03-20	左侧巴氏腺囊肿	左侧巴氏腺囊肿	治愈	巴氏腺囊肿剥除术	
10	00117354	18-04-23	18-04-30	G2P1孕38+5周宫内活胎头位 待产,疤痕子宫	G2P2孕38+5周头位难产活婴 疤痕子宫 脐带绕颈	治愈	二次子宫下段剖宫产术	

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：妇幼保健中心 申报人： 干建慧

申报资格：

副主任医师 申报专业：

妇产科学

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	00117354	18-04-26	18-04-29	稽留流产	称稽留流产	治愈	清宫术	
12	00112047	18-04-22	18-04-29	G1P0孕39+6周宫内活胎头位待产	G1P1孕40+2周头位平产活婴	治愈	会阴侧切术	
13	93183	15-1-8	15-1-17	G1P0孕40+6周宫内活胎头位待产 轻度子痫前期	G1P1孕41周头位难产活婴 轻度子痫前期 胎盘早剥	治愈	子宫下段剖宫产术	
14	93647	15-2-3	15-2-11	G2P1孕40+1周宫内活胎头位待产 疤痕子宫	G2P2孕40+1周头位难产活婴 疤痕子宫 胎盘粘连	治愈	二次剖宫产术+右侧卵巢囊肿剔除术	
15	94342	15-3-23	15-3-30	异位妊娠	腹腔妊娠 轻度贫血	治愈	子宫后壁修补术	
16	94605	15-4-8	15-4-15	流产伴感染	流产伴感染	治愈	清宫术	
17	96364	15-7-16	15-7-27	G2P0孕38+4周宫内活胎头位待产 妊娠期肝内胆汁淤积	G2P1孕38+5周头位难产活婴 妊娠期肝内胆汁淤积症	治愈	子宫下段剖宫产术	
18	96804	15-8-8	15-8-14	G1P0孕39+4周宫内活胎头位待产 甲状腺功能减退症	G1P1孕39+4周头位难产活婴 甲状腺功能减退症	治愈	子宫下段剖宫产术	
19	96880	15-8-12	15-8-20	足月待产 疤痕子宫	足月难产活婴头位 疤痕子宫	治愈	子宫下段剖宫产术+双侧输卵管结扎术	
20	98780	15-11-25	15-12-2	异位妊娠 休克前期	左侧输卵管妊娠破裂 休克前期	治愈	左侧输卵管切除术	

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：妇幼保健中心 申报人： 干建慧

申报资格：

副主任医师 申报专业：

妇产科学

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	99410	16-1-1	16-1-14	异位妊娠	异位妊娠	治愈	保守治疗	
22	101991	16-5-20	16-5-27	异位妊娠	右卵巢妊娠破裂	治愈	右卵巢修补术+右取囊胚术	
23	102808	16-6-28	16-7-9	黄体破裂	黄体破裂	治愈	保守治疗	
24	102964	16-7-4	16-7-5	足月待产	足月顺产活婴 产后出血	好转+转院	会阴裂伤修补术	
25	103583	16-8-3	16-8-10	足月待产 胎盘早剥	足月难产活婴 胎盘早剥 产后出血	治愈	子宫下段剖宫产术	
26	104803	16-10-3	16-10-11	足月待产	足月难产活婴 持续性枕后位	治愈	子宫下段剖宫产术	
27	105390	16-10-31	16-11-7	足月待产 疤痕子宫	足月难产活婴头位 疤痕子宫 子宫肌瘤	治愈	二次剖宫产术+子宫肌瘤剝出术	
28	105670	16-11-14	16-11-22	足月待产 疤痕子宫	足月难产活婴头位 疤痕子宫 产后出血	治愈	子宫下段剖宫产术	
29	105878	16-11-24	16-12-10	足月待产	足月难产火婴 胎窘	治愈	子宫下段剖宫产术	
30	106568	16-12-24	17-1-3	不全流产	不全流产清宫术后	治愈	清宫术	

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：妇幼保健中心 申报人： 干建慧

申报资格：

副主任医师 申报专业：

妇产科学

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	108620	17-4-7	17-4-14	异位妊娠, 失血性休克前期, 疤痕子宫	左侧输卵管妊娠破裂 失血性休克前期 疤痕子宫	治愈	剖腹探查术+左侧输卵管切除术	
32	107317	17-2-5	17-2-11	黄体破裂 阴道炎 瘢痕子宫 宫内节育器	黄体破裂 阴道炎 瘢痕子宫 宫内节育器	治愈	保守治疗	
33	107915	17-3-5	17-3-12	功血 中度贫血 高血压病	功血 中度贫血 高血压病	治愈	诊刮术	
34	108867	17-4-19	17-4-26	G4P1孕37+5周宫内活胎头位临产, 疤痕子宫	G4P2孕37+5周头位难产活婴 疤痕子宫 产后出血	治愈	子宫下段剖宫产术	
35	108913	17-4-21	17-4-28	G4P2孕39+1周宫内活胎臀位待产	G4P3孕39+1周臀位难产活婴 产后绝育	治愈	子宫下段剖宫产术+双侧输卵管结扎术	
36	111100	17-7-20	17-7-28	G2P1孕39+1周宫内活胎臀位待产	G2P2孕39+1周臀位难产活婴	治愈	子宫下段剖宫产术	
37	111107	17-7-21	17-8-2	G4P1孕40周宫内活胎头位待产	G4P2孕40+3周头位平产活婴 潜伏期延长	治愈	会阴裂伤修补术	
38	111325	17-7-29	17-8-1	早孕 疤痕子宫 哺乳期	早孕-钳刮 疤痕子宫 哺乳期	治愈	钳刮术	
39	111958	17-8-25	17-8-30	G2P1孕39+3周宫内活胎头位待产	G2P2孕40周头位平产活婴 巨大儿	治愈	会阴裂伤修补术	
40	112130	17-9-3	17-9-7	黄体破裂	黄体破裂	治愈	保守治疗	

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）：