

# 推荐卫生高级专业技术人员情况综合表（临床）

人员编号：20203305001889040000005

姓名	胡丹初	性别	男	出生年月	197908	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	无	
学历一（初始）	200406，湖北民族学院医学院，临床医学，大学本科，学士，5年							
学历二								
学历三								
学历四（最高）	200406，湖北民族学院医学院，临床医学，大学本科，学士，5年							
身份证号码	422801197908230511	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	16		参加工作时间	200410		
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 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	无				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）：310； 2.年均门诊量2500人次；『普通2300；专科200；【专家0；日均10】』； 3.年均收治病人数：280；年均经管病人数：8100；平均住院日：5；治愈率：95%；好转率：99%； 4.年均主刀台次：200；其中、类手术台次：0；一助：35； 5.年均会诊人次：500；其中院内：500；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：冠脉造影及PCI，永久起搏器植入； 8.住院病人满意度：98%； 9.代表申报人专业水平的标志性业绩：率先在全区内开展冠脉介入操作，目前为本院冠脉手术主要术者之一，还是南浔区首例省级课题组主要成员中的第一位，负责患者入组及分析，统筹安排整个过程。； 10.协助科主任处理日常诊疗活动，完善查房，交接班制度，危重病人抢救措施，积极对下级医生进行指导，帮助业务提升。							
	专业工作经历	200410-201511 湖州市南浔区人民医院 内科 住院医师 201512-至今 湖州市南浔区人民医院 心内科 主治医师 201903-201909 浙江省人民医院心内科导管室 进修心内科介入操作						
	教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 30 人(总人数)，其中实习生 20 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	2		一级论文数：0	二级论文数：2		
	科 研 工 作	论文（著）名称				期刊名称、期号、起止页码、主办单位	等级	
		1 生脉联合胺碘酮对心律失常合并顽固性心衰患者肾上腺素受体自身抗体的影响				浙江临床医学 2019年第第一期43页	二级	
		2 双倍剂量氯吡格雷强化抗栓对CHD经皮冠状动脉支架植入术后CLR患者血小板聚集功能的影响				浙江中医药大学、浙江省科普作家协会医学卫生委员		
		3				浙江临床医学 2019年第7期960页	二级	
		4				浙江中医药大学、浙江省科普作家协会医学卫生委员		
	5							
科研项目	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				
奖励情况	1 冠心宁片对肥胖人群颈动脉硬化斑块稳定性的疗效研究	浙江省卫生计生委中医药管理局	2	国内核心期刊论文2篇				
	2							
	3							
	4							
2019年度先进工作者（院级） 2019年年度“冠脉造影与PCI”被评为新技术，新项目一等奖				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				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	
		(盖章) 年 月 日						
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： 心内科 申报人： 胡丹初

申报资格： 副主任医师 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	318322	20181012	20181018	高血压病	高血压病	好转		
2	318323	20181012	20181013	阵发性室上速	阵发性室上速	好转		
3	318338	20181012	20181016	上呼吸道感染	肺部感染	好转		
4	318340	20181012	20181022	胸闷待查	冠状动脉粥样硬化性心脏病	好转		
5	318350	20181012	20181021	头晕待查	缺血性脑卒中	好转		
6	312392	20181013	20181013	发热待查	感染性发热	转院		
7	318369	20181013	20181020	胸闷待查	心力衰竭	好转		
8	310529	20180607	20180618	胸闷待查	慢性支气管炎急性发作	好转		
9	318426	20181014	20181016	胸痛待查	急性冠脉综合征	好转		
10	318445	20181014	20181022	胸闷待查	冠状动脉粥样硬化性心脏病	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： 心内科 申报人： 胡丹初

申报资格： 副主任医师 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	317934	20181006	20181018	胸闷待查	心律失常	好转		
12	317966	20181007	20181010	胸闷待查	冠状动脉粥样硬化性心脏病	好转		
13	317970	20181007	20181010	心力衰竭	心力衰竭	好转		
14	317972	20181007	20181012	心房颤动	心房颤动	好转		
15	317876	20181007	20181019	冠心病	冠心病	好转		
16	318024	20181008	20181023	胸闷待查	肺栓塞	好转		
17	318076	20181008	20181010	头晕待查	脑供血不足	好转		
18	318089	20181008	20181014	头痛	缺血性脑卒中	好转		
19	310500	20181008	20181016	心律失常	房性早搏	好转		
20	318193	20181009	20181028	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： 心内科 申报人： 胡丹初

申报资格： 副主任医师 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	310500	20180607	20180610	胸闷待查	扩心病	好转		
22	318193	20181010	20181015	胸闷待查	冠心病,心衰	好转		
23	318230	20181010	20181013	慢性胃炎	慢性胃炎	好转		
24	318264	20181011	20181020	心房颤动	心房颤动	好转		
25	318279	20181011	20181013	上呼吸道感染	上呼吸道感染	好转		
26	318304	20181012	20181015	头晕	眩晕综合征	好转		
27	318315	20181012	20181017	心悸	心律失常	好转		
28	318322	20181012	20181018	高血压病	高血压病	好转		
29	318323	20181012	20181013	心律失常	阵发性室上速	好转		
30	318338	20181012	20181016	呼吸道疾病	支气管炎	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： 心内科 申报人： 胡丹初

申报资格： 副主任医师 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	350786	20200411	20200416	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
32	350812	20200411	20200416	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
33	350889	20200413	20200418	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
34	350941	20200413	20200415	胸闷待查	心力衰竭	好转		
35	350948	20200413	20200423	胸闷待查	肺部感染	好转		
36	351027	20200414	20200424	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
37	351051	20200415	20200416	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转		
38	351216	20200418	20200423	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
39	326567	20200420	20200424	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
40	322575	20200421	20200423	胸痛待查	心力衰竭	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： 心内科 申报人： 胡丹初

申报资格： 副主任医师 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	3500999	20200328	20200329	急性冠脉综合征	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
42	348358	20200331	20200402	急性冠脉综合征	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
43	348723	20200331	20200402	高血压病	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
44	350313	20200402	20200409	急性冠脉综合征	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
45	350378	20200403	20200406	急性冠脉综合征	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
46	333131	20200404	20200407	急性冠脉综合征	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
47	333400	20200404	20200408	高血压病	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
48	350579	20200407	20200409	胸闷待查	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
49	350634	20200408	20200409	急性冠脉综合征	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	
50	350637	20200404	20200412	高血压病	急性冠脉综合征	好转	冠脉造影术	

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）：

# 专业技术工作实例表

申报人: 胡丹初      科室: 心内科      申报资格: 副主任医师      申报专业: 内科学

IVUS与支架的完美组合	
患者李根宝      住院号: 355991	
<p>病史特点: 男性,62岁,因“反复胸闷气急3月余”入院,患者于3月余前无明显诱因下开始出现反复出现胸闷气促不适,发作持续时间不定,程度可忍受,活动后无明显加重,休息后可缓解,无胸痛心前区压榨感,无心慌心悸,无咳嗽咳痰,无大汗淋漓,无晕厥黑蒙,无畏寒发热等不适患者当时未重视,在外未诊治,症状反复,遂来我院门诊就诊,为求进一步诊治,既往有高血压病,胸痛病史。查体:神志清,精神可, BP128/93mmHg,呼吸平稳,口唇无紫绀,浅表淋巴结未及肿大,双侧瞳孔等大等圆,直径3mm,对光反射灵敏,颈软,无抵抗,双侧颈静脉无怒张,双肺呼吸音偏可,未及干湿罗音,心率94次/分,心律齐,腹平软,全腹无压痛,肝脾肋下未及,双下肢无浮肿,四肢肌力V级,病理反射未引出</p> <p>诊疗经过:入院后完善相关检查:2020/7/11118血常规(五分类):白细胞计数<math>4.1 \times 10^9/L</math>,红细胞计数<math>4.9 \times 10^{12}/L</math>,血小板计数<math>200 \times 10^9/L</math>,红细胞压积4.8%,血红蛋白,146g/L,中性粒细胞百分比,66.3%,嗜酸性粒细胞百分比,12%,平均红细胞体积,91.1fL:2020/7/1311:25:03急诊电糖+超敏CRP化验结果钾,3.97mmol/L钠142mmol/L,氯,107mmol/L,尿素氮,5.88mmol/L,肌酐,78 <math>\mu\text{mol/L}</math>,葡萄糖测定提示糖,4.91mmol/L,超敏CP1.61mg/L2020/7/1312:35:16N端脑钠肽前体(床边):N端脑钠肽前体(床旁急诊),25pg/ml:2020/7/1312:3:19肌钙蛋白(床边):肌钙蛋白I,<math>&lt;.010\text{ng/ml}</math>:2020/7/1313:51:21血型鉴定(病房卡式):ABO血型,B,RH血型,阳性, 220/7/1410:10:46尿常规+ACR(套餐):尿白细胞,3+,蛋白质,+,尿隐血,+,白细胞,126.9/ <math>\mu\text{l}</math>:2020/7/1510:1:09甲亢七项(套餐),肿瘤全套(男8项),生化全套[住院]:总胆红素,14.1 <math>\mu\text{mol/L}</math>,直接胆红素,3.7 <math>\mu\text{mol/L}</math>,间接胆红素,10.4 <math>\mu\text{mol/L}</math>,同型半胱氨酸,10 <math>\mu\text{mol/L}</math>,丙氨酸氨基转移酶2L,-谷氨酰基转移酶28U/L天门冬氨酸氨基转移酶22/L,总蛋白,74.3g/L,白蛋白,42.7g/L,钾,4.00mmol/L,钠142mmol/L,氯,105mmol/L,尿素氮,4.63mmol/L,酞,69 <math>\mu\text{mol/L}</math>,尿酸,475 <math>\mu\text{mol/L}</math>,葡萄糖,4.30mmol/L,总胆固醇,65mmol/L,甘油三酯,13mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇,0.92mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇,3.50mmol/L,超敏RP,1.04mg/L,类风湿因子,<math>&lt;1\text{Uml}</math>:2020/7/111:111:化红蛋白Ac,5.9%甲亢七项、肿瘤全套、凝血全套无殊粪便常规无殊ECG:窦性心律,正常心电图:CT:右肺下叶少许纤维灶左肺上叶肺大疱,请结合临床S:甲状腺右叶结节(TI-ADS3类)US:双侧颈动脉IMT增厚伴左侧脂质斑块US:左肾小囊肿;US:胆囊胆固醇性小息肉脂肪肝趋向:US:射血分数(EF)58%主动脉瓣退行性变左室顺应性减退:US:胃小弯局部粘膜稍厚(结合内镜检查)胃炎:M:脑白质疏松症。附见筛窦炎:ES:非萎缩性胃炎伴局灶糜烂门管炎:ES:非萎缩性胃炎伴局灶糜烂贲门口炎幽门管治疗上予以耐信针抑酸护胃,丙氨酰谷氨酰胺针营养胃肠道等对症支持治疗,排除相关禁忌症后,于2020-07-17行冠脉造影检查,结果示:右冠近段30%狭窄正向TIMI血流3级。左主干未见明显狭窄:前降支近中段弥漫性病变最重处50-70%左右狭窄可见近段有斑块破裂、溃疡?远段90%狭窄,正向TIMI血流3级回旋支远段20-30%狭窄超声导管,可见前降支近段斑块破裂,前降支植入两枚支架,随访正常。</p> <p>最后诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压病、甲状腺结节、颈动脉硬化、肾囊肿、胆囊胆固醇、胆囊息肉、糜烂性胃炎</p> <p>小结,此类患者,如果没有血管内超声设备,造影遇到此类问题只能放弃,存在一定的安全隐患,该患者行IVUS检查,明确是斑块破裂,支架植入后,患者非常满意。</p> <p>本人发挥的作用:本人作为心内科高年资主治医师,同时作为本院冠脉手术的主要术者,对目前我院的仪器相当了解,IVUS不仅能判断病变性质,指导选择术式,更能了解支架术后,衔接,贴壁情况,对改善远期预后具有重大作用。</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: 胡丹初      科室: 心内科      申报资格: 副主任医师      申报专业: 内科学

## 一例急性左心衰

患者: 宋某某      住院号: 292593

病史特点:患者,男,50岁,因“突发胸闷气促1小时”入院,患者于一小时前开始无明显诱因下出现胸闷气急,心前区明显,持续性,伴呼吸困难,端坐呼吸,不能平卧,休息后不能缓解,稍有咳嗽咳痰,不剧,无咳血,无胸痛及放射痛,无心慌心悸,无畏寒发热,既往有高血压病史7余长期口服北京压零号1#qd”降血压,现加压控制可,自诉1月前有类似胸闷气急发作病史,曾中西医结合医院就诊,予“稳心颗粒”口服此次因发胸气时查体:神志,精神差,呼吸促,颈静充盈BP154/122mmhg颈软无浅淋巴结及肿大,两听诊呼吸音低,可及明显湿啰音,HR106次及杂音,腹部平软,无压痛及反跳痛,肝脾未及,双下不肿,四肢肌力V级,病理反射未引出.辅助检查:201-12-2我院急诊电糖钾3.53moL/L,葡萄糖:心梗三项,阴性,胸部C:两广泛间质性肺水肿考虑,建议复复,心影增大,请结合临床,

入院查体:神志,精神差,呼吸促,颈静充盈, BP154/122mmhg颈软无浅淋巴结及肿大两听诊呼吸音低,可及明显湿啰音,HR106次及杂音,腹部平软,无压痛及反跳痛,肝脾未及,双下不,四肢肌力V级,病理反射为引出.

诊疗经过:院予以完善检查:B超示胃炎,左房室轻度厚:前列腺钙化斑:动态血压:示较高, DCG示最快116次/分,最慢46次/分,平均74次/分,室性其中有120个单发房早,3次成对房早,有1阵房性二联律,偶有房性早搏未下传,未发现大于2.0秒长间期C5C3导联时见ST段压低,波倒置.复查20172224血常规:白细胞(C5.2\*10<sup>9</sup>/L,红细胞血红蛋白HGB),162g/L,红细胞压积(HC),46.5%,血小板L性粉细细胞计数NE%).40;尿酸:尿酸(UA)506mo1/L, B型钠尿肽测定急诊B型钠尿肽,210ng/M1;电肾糖,治疗于血栓通针,左卡尼丁活血营养心肌,家片螺内酯利尿减轻心脏前负荷、单硝酸导山梨酯针扩冠及自备倍博特控制血压等治疗出院时情况,患现较前明显好转.胸部CT:两肺渗出复查基本吸收,

最后诊断:急性左心衰,高血压病,高尿酸血症,脾钙化斑

小结:急性左心衰患者如果诊断及时,及时处理,大多数患者症状体征缓解很迅速,但如果延期诊断或诊断不明,极可能随时猝死。

本人发挥的作用:急性左心衰作为心内科一个常见的危重疾病,很多医生会将之与慢性充血性心力衰竭,慢支急性发作相混淆,从而延误病情,导致预后很差,本人作为心内科高年资主治医师,凭着丰富的临床经验及体格检查的基本功,第一时间诊断急性左心衰,采用控制血压,利尿等手段减轻心脏负荷等治疗方式,迅速使病人病情得到缓解,为之后的患者康复奠定扎实的基础,之后又指导病人出院后的长期药物,为病人的预后把关,对于心内科常见病,多发病及疑难杂症,本人在长期的临床实践过程中,逐步摸索出了一套适合自己的快速有效的诊疗方法,能迅速的判断出危重疾病,及时进行相应的处理,从而更好的为广大患者服务。

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: 胡丹初

科室: 心内科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 内科学

## 一例急性ST段抬高型心肌梗死

患者邵某某, 住院号359058

病史简介: 患者,男,66岁,因“反复胸痛胸闷半天”入院,既往有高血压病,糖尿病,患者于半天前无明显诱因下开始反复出现胸闷、胸痛,位于胸前区,程度较剧,口服药物后不能完全缓解,无端坐呼吸,当时急诊室就血压偏高点,心肌酶谱,心梗三项结果未出,急诊ECG:ST段抬高

体格检查:患者,男,66岁,因“反复胸痛胸闷半天”入院,查体:神情,精神一般,BP160/000mmHg,呼吸平,颜面部无浮肿,口唇无紫绀,浅表淋巴结未及肿大,颈静脉无充盈,双肺听诊呼吸音粗,未闻及音,HR78次/分,律尚齐,未闻及病理性杂音,腹软,痛及反跳痛,肝脾触诊不满意,双下肢无水肿,四肢肌力V级,病理反射未引出。

抢救诊疗经过:当时我6:00左右在我们心电图群里看到这份心电图,结合患者典型症状,马上就考虑急性ST段抬高型心肌梗塞,立即电话通知急诊值医师,立即心梗一包药吃掉,马上送入病房。我也立即赶往医院,结果我把术前检查,药都开好,病人才送到。US:射血分数(EF)59%左室稍肥厚主动脉瓣退行性变伴轻度返流左室顺应性减退;动态心电图:24小时窦性主导节律,心率较快,平均心率是96bpm,分的心数为139366个最慢心,最长RR间期是79bpm,发生于06:40,最快心率是125bpm,发生于18:16.异位心律失常房性早搏有个,最长RR间期是0.789秒,发生于13:09:20.未见各类型传导阻滞,CM1导联见异常Q波CM3导联见异常QG波伴ST段抬高,符合陈旧性前间壁心肌梗死心电图表现,请结合心超排除室壁瘤24小时心率变异性参数Sdnn为52个,SDANN为47个,SDNN Index为19个,-ssd为14,三角指数为13.9.心率变异功能值降低。动态血压:1.平均收缩压增高(15mmHg),平均舒张压增高(95mmHg)最高收缩压202mmHg,发生在(16:24);最高舒张压123mmHg,发生在(21:36)最低收缩压、舒张压127/71mmHg,发生在(00:07)2.收缩压负荷增高收缩压>正常范围的比例100.0%。(白天100.0%)(晚上100.0%)。张压负荷增高,舒张压>正常范围的比例100.0%。(白天100.0%)(晚上100.0%)3.收缩压大于140的血压有29个,大于160的血压有10个,大于180的血压有3个。舒张压大于90的压有27个,大于100的血压有5个,大于110的血压有2个。4.非型曲线,晨峰血压正常(32mmHg),请结合临床。后来的相关检查证实了之前诊断。入院后持续泵注硝酸甘油减轻症状,一边做术前准备,一边联系导管室,冠脉造影,结果显示:右冠30%狭窄,正向TIMT血流3级。左主干未见明显狭窄:前降支近中段99%左右狭窄伴血栓,正向TIMT血流2级对角支近段90%狭窄,正向TIMT血流3级。和家属协商后决定行前降支PCI术,术后症状马上缓解,后来随访都很好。

最后诊断:急性ST段抬高型心肌梗塞,高血压病,糖尿病

小结:患者有高血压病,糖尿病病史,一直不正规服药,首先胸闷胸痛就要考虑心肌梗塞,当然双抗之前应排除活动性出血及夹层情况,此类患者血管早一分钟开通就多一份获益。

本人发挥的作用:本人作为心内科高年资主治医师,承担各科大部分会诊,同时作为本院冠脉手术的主要术者,对冠脉问题比较敏感,平时常看看本院心电图群消息,一发现问题及时回复及指导诊疗方案,该患者我第一时间发现心电图异常,通知值班医师不用等血结果,直接就考虑心梗,立即双抗负荷吃上,同时到院后马上术前检查开好,联系导管室,所以能如此快的开通血管,取得最佳收益。

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: 胡丹初      科室: 心内科      申报资格: 副主任医师      申报专业: 内科学

<p>一例被当成食道炎的冠心病发展为急性心梗</p> <p>患者郭某某, 住院号318154</p> <p>病史简介: 患者,男,42岁,因“胸痛3小时”入院,患者半天前开始胸痛,位于前胸部,范围较广,呈持续性,疼痛性质描述不清,能正常入睡,与活动无明显相关,无放射痛,无心前区压榨感,无大汗淋漓,无心慌心悸,无反酸嗝气及腹痛,无畏寒发热,无咳嗽咳痰等其他不适。未予以特殊处理,今至我院就诊,查“2020-06-29心梗三项、血常规、心肌酶谱、电肾糖无殊,胸部CT示:两肺散在慢性感染灶,冠脉少许钙化心电图示:窦性心律,室早二联律,左心室肥厚伴ST-T改变。”现为求进一步诊治,遂拟“胸痛待查急性冠脉综合征?”收住入院。病来,神志清,精神可,胃纳和睡眠尚可,大小便无殊,体重无增减。既往有高血压病史2年,口服药物倍他乐克1#1/日控制血压,血压控制不详。否认糖尿病,否认冠心病,否认其他心、肝、肾、肺、内分泌系统等重大脏器疾病史,否认“肝炎、结核、菌痢、伤寒”等传染病史及接触史,否认重大手术外伤史,否认食物药物过敏史。</p> <p>体格检查:神情,精神一般,BP206/137mmHg,呼吸急促,痛苦貌,颜面部无浮肿,口唇无紫绀,浅表淋巴结未及肿大,颈静脉无充盈,双肺听诊呼吸音粗,未闻及音,HR79次/分,律尚齐,未闻及病理性杂音腹软,痛及反跳痛,肝脾触诊不满意,双下肢无水肿,四肢肌力V级,病理反射未引出。</p> <p>抢救诊疗经过:当时入院时是15:40,在急诊已经等了两个多小时,结合患者症状及ECG表现,考虑急性冠脉综合征,马上多功能监护,病危通知,双联负荷抗血小板,硝酸甘油维持控制血压减轻症状,复查ECG及肌钙蛋白,较前有改变,考虑急性心肌梗塞,立即电话联系省人民医院专家,一边专家从杭州赶过来,一边我们这边术前准备做好,患者疼痛剧烈,用了三次吗啡才临时缓解疼痛。造影结果示:右冠近段完全闭塞,正向TIMI血流0级。左干未见明显狭窄:前降支近段完全闭塞,正向TIMI血流3级;回旋支中段可见70-80%狭窄,正向TIMI血流3级,远段可见侧支血管逆灌注至右冠远段;行前降支PC术,患者多支病变,建议择期行其他病变血管治疗,术后症状马上缓解,后来回旋支及右冠因难度太大,是我联系好转省人民医院心内科的。随访患者恢复很好,家属及患者非常满意。</p> <p>最后诊断:急性心肌梗塞,高血压病,糖尿病</p> <p>小结:患者有高血压病,糖尿病病史,一直不正规服药,有反复胸痛两年,之前一直在门诊就诊,一直考虑食道炎,胃镜都做了四次,当然我们作为心内科医生,首先胸闷胸痛就要考虑心肌梗塞,结合血,ECG动态变化就可以确诊,当然双抗之前应排除活动性出血及夹层情况,住院前因急诊医师不考虑心梗,一直不敢用药,此类患者血管早一分钟开通就多一份获益。</p> <p>本人发挥的作用:本人作为心内科高年资主治医师,承担各科大部分会诊,同时作为本院冠脉手术的主要术者,对冠脉问题比较敏感,该患者开始高度怀疑心梗,住院后复查ECG,肌钙有变化就可以确诊了,立即双抗负荷吃上,边联系杭州专家,边联系导管室,所以能如此快的开通血管,取得最佳收益。同时本院处理起来有难度的血管,转省人民医院,真正做到,本院,省人民医院,患者三赢。</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：胡丹初

科室：心内科

申报资格：副主任医师

申报专业：内科学

<p>南浔区首例药物球囊植入 患者 阚某某      住院号：333054</p> <p>病史简介：患者，男性，45岁，既往有高血压病史2年，口服药物倍他乐克1#/日控制血压，血压控制不详，否认糖尿病、冠心病病史；因“胸痛半天”入院，患者半天前开始胸痛，位于前胸部，范围较广，呈持续性，疼痛性质描述不清，能正常入睡，与活动无明显相关，无放射痛，无心前区压榨感，无大汗淋漓，无心慌心悸，无反酸暖气及腹痛，无畏寒发热，无咳嗽咳痰等其他不适。未予以特殊处理，今至我院就诊，查“2020-06-29心电图示：窦性心律，室早二联律，左心室肥厚伴ST-T改变。”现为求进一步诊治，遂拟“胸痛待查，急性冠脉综合征？”收住入院。有“高血压病”病史，否认糖尿病，否认冠心病，否认其他心、肝、肾、肺、内分泌系统等重大脏器疾病史，否认“肝炎、结核、菌痢、伤寒”等传染病史及接触史，否认重大手术外伤史，否认输血史，否认磺胺类药物、链霉素、庆大霉素、青霉素、头孢菌素药物过敏史，否认室梗三项、血常规心肌酶谱、电肾糖无殊，胸部CT示：两肺散在慢性感染灶，冠脉少许钙化，心电图示：窦性心律，室早二联律，左心室肥厚伴ST-T改变</p> <p>查体：血压138/75mmHg，精神尚可，颈静脉无怒张，两肺呼吸音清，未及啰音，心率60次/分，律不齐，可及早搏，心界扩大，未及杂音，腹平软，无压痛，肝脾未及，双下肢无水肿。</p> <p>抢救诊疗经过：入院后完善相关检查：血常规(五分类)：红细胞计数<math>4.02 \times 10^{12}/L</math>，红细胞压积37.2%，血红蛋白124g/L；尿常规+ACR(套餐)：蛋白质+，尿量蛋白30.0g/L，红细胞<math>19.0/\mu L</math>，白细胞<math>19.3/\mu L</math>，上皮细胞<math>13.9/\mu L</math>，细菌<math>46.1/\mu L</math>，结晶<math>215/\mu L</math>，粘液丝+，<math>+/ \mu L</math>，白细胞团+，甲壳七项(套餐)，生化全套[住院]，肿瘤全套(男8项)：碱性磷酸酶35U/L，总蛋白54.6g/L，白蛋白39.5g/L，球蛋白15.1g/L，白/球蛋白<math>1.62</math>，钙1.9mmol/L，尿酸<math>449 \mu mol/L</math>，高密度脂蛋白胆固醇<math>0.96 mmol/L</math>，载脂蛋白A1<math>0.82 g/L</math>，免疫球蛋白M<math>0.42 g/L</math>；全血粘度(1/s)<math>13.37 mPa \cdot s</math>，全粘度(20/s)<math>3.19 mPa \cdot s</math>，全血粘度(50/s)<math>7.2 mPa \cdot s</math>，全血低切相对粘度<math>9.7 r</math>；2020/6/30 13:2:08病原体筛查(2项)：乙肝表面抗体<math>88.0 mU/ml</math>，乙肝病毒核心抗体<math>8.57 C</math>；糖化血红蛋白、凝血全套、大便常规无殊CT：颅脑CT平扫颅内未见明显异常，必要时复查。附见：副鼻窦炎ECG：窦性心律频发室性早搏左心室肥厚US：胃炎S：脂肪肝S：双肾结石前列腺钙化斑：US：射血分数(EF)60%主动脉根部增宽、左房增大主动脉瓣退行性病变轻度返流心律不齐US：双侧颈动脉未见明显异常超声征象：甲状腺未见明显异常超声征象：冠脉造影：右冠近段20%狭窄，正向TIMI血流3级。主干未见明显狭窄：前降支近中段弥漫病变30-40%左右狭窄，正向TIMI血流3级：第一对角支近段80-90%狭窄，正向TIMI血流3级回旋支中远段40%狭窄，正向TIMI血流3级，后行第一对角支药物球囊释放手术，术后继续双抗、他汀等对症处理，现患者一般情况尚可，要求出院，故予办理出院，随访一直正常，无胸闷胸痛情况出现。</p> <p>最后诊断：急性冠脉综合征，高血压病，对角支药物球囊植入术</p> <p>小结：患者年龄不大，对血管内植入支架有很大顾虑，作为管床医生及冠脉术者，对患者病情及顾虑有足够把握，提前联系厂家，备好药球，患者非常满意。</p> <p>本人发挥的作用：本人作为心内科高年资主治医师，同时作为本院冠脉手术的主要术者，对冠脉问题比较敏感，对冠脉手术病人有总体的把握，做到有的放矢，个性化的制定治疗方案，在保证医疗安全的前提下，提高医疗服务治疗，打造南浔区医疗集团南浔院区心内科的金字招牌。</p>	
<p>本人签名：_____ 年 月 日</p>	<p>_____ 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。