

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：2020330501188800000001

姓名	丁渊明	性别	男	出生年月	198312	政治面貌	中共党员	
现工作单位	湖州市南浔区练市人民医院				行政职务	外科副主任		
学历一（初始）	200807，九江学院（全日制），临床医学，大学本科，学士，5年							
学历二								
学历三								
学历四（最高）	200807，九江学院（全日制），临床医学，大学本科，学士，5年							
身份证号码	330501198312292214	医师资格类别	临床	注册范围	外科			
现从事专业	普通外科学	专业工作年限	12	参加工作时间	200808			
现专业技术资格及取得时间	主治医师 201405	现聘任职务及时间	主治医师 201412	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 优秀,2018 合格,2017 合格			医院等级	二级乙等			
兼任学术职务				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）：310天； 2.年均门诊量4000人次；『普通3000；专科1000；【专家0；日均0】』； 3.年均收治病人数：250；年均经管病人数：600；平均住院日：7；治愈率：89%；好转率：10%； 4.年均主刀台次：200；其中、类手术台次：30；一助：10； 5.年均会诊人次：50；其中院内：50；院外：0； 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：腹腔镜阑尾切除术、腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术、膀胱镜下膀胱结石钬激光碎石术； 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：对普通外科领域内常见病，较复杂的疾病、危急重症和较疑难的疾病有深入了解，并能作出正确的诊断和独立处理。熟练掌握并独立完成普通外科专业的常规或急诊手术，并具有较强的临床应变能力。熟练掌握普通外科一些复杂、大型手术的指征、手术操作技术、手术前后处理等，作为术者或第一助手参加并能完成常见大中型手术； 10.长期外科临床轮值夜班。							
	专业工作经历	200808-200912 湖州市南浔区练市人民医院 外科临床住院医师 200912-201412 湖州市南浔区练市人民医院 外科临床住院医师 201412-至今 湖州市南浔区练市人民医院 外科临床主治医师 201401-201412 湖州市中心医院 外科进修 202001-202005 四川省广安区石笋卫生院 广安区东西扶贫协助和对口支援工作（援川）						
	教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 11 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： 其中见习生6人。						
	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 Analgesic effect of dexmedetomidine after laparoscopic hernia repair under general anesthesia in adults	《Revista Argentina de Clinica Psicologica》2020年第29期503-504			SCI通讯作者		
		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				
	1							
	2							
	3							
	4							
奖励情况		病人投诉、处分及医疗事故情况						
2015年荣获南浔区基层卫生综合技能竞赛医生组三等奖；2020年四川广安市广安区脱贫攻坚圆满完成挂职任务。		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 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: 丁渊明

科室: 外科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 普通外科学

患者施楚泉, 男性, 66岁, 患者于2018年11月25日因“反复腹痛伴粘液血便一月余”入院。患者于一月余前无明显诱因出现下腹部疼痛, 呈阵发性钝痛, 程度一般, 尚能忍, 并出现便中带血, 呈粘液样, 暗红色, 量少, 与大便混合, 无排便习惯改变, 肛门处未及肿块突出, 排便时无肛门口疼痛, 无恶心, 无呕吐, 无畏寒发热, 无腰背部放射痛, 无乏力纳差, 无消瘦, 无便秘, 当时未予重视。1月余来患者上述症状反复出现, 一周前患者来我院就诊, 行肠镜检查: “直肠CA?”, 病理检查报告示: “直肠腺癌”, 予止血对症处理, 症状较前好转。现为进一步治疗, 门诊拟“直肠癌”收入院。

入院后查体: 生命体征: T36.2, P79次/分, R20次/分, Bp135/83mmHg。腹平坦, 腹壁紧张度正常双侧下腹部压痛轻度, 反跳痛阴性, 未及明显肿块, 肠鸣音4次/分, 移动性浊音阴性; 双肾区叩击痛阴性; 四肢及脊柱未及明显畸形, 肢体活动尚可; 神经系统检查正常。肛门指检: 直肠内距肛门约4cm可及一约3cm*3cm大小肿块, 质硬, 不规则, 指套染血; 入院后给予补液头孢曲松针2.0g抗炎治疗, 营养支持治疗及肠道准备; 患者诊断明确, 手术指征明确, 完善术前检查, 排除手术禁忌症, 全院会诊后拟行“经腹会阴直肠癌根治术”; 告知患者病情及拟行手术方式及术中、术后可能出现的情况, 患者同意手术; 于2018年12月01日上午在全麻下行经腹会阴联合直肠癌根治术; 取下腹部正中绕脐切口, 长约15cm, 术中见: 其他结肠、肝脏、胃、小肠等部位未及明显转移灶; 肠系膜下动脉旁未及明显肿大的淋巴结; 决定行“经腹会阴联合直肠癌根治术”。术后诊断为“直肠癌”; 术后吸氧, 心电监护, 监测生命体征变化; 给予补液、预防感染(头孢曲松针2.0g+甲硝唑针200ml)、抑酸、止血、营养支持等对症治疗。

术后第一天, 患者精神较软, 诉切口感疼痛, 无腹胀, 无恶心、呕吐, 无胸闷、气促, 无心慌、心悸, 小便留置导尿; 查体: 生命体征平稳, 腹平软, 腹部切口敷料清洁干燥, 未及明显红肿渗血; 切口旁轻压痛, 余腹部未及明显压痛及反跳痛, 肠鸣音未闻及, 移动性浊音阴性; 左下腹壁肛门造瘘袋固定在位, 各引流管在位通畅, 【17小时】尿量: 1000ml 盆腔引流: 300ml; 查血常规+CRP: 白细胞计数 $15.8 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 89%, 血红蛋白 115g/L, 血小板计数 $108 \times 10^9/L$, 超敏CRP 145.5mg/L, 肝肾功能示白蛋白31g/L, 余基本正常, 给予输注白蛋白10g加强营养; 术后第二天, 病情平稳, 无不适情况, 【24小时】总入量: 尿量: 2000ml 盆腔引流70ml; 予停吸氧、心电监护, 改二级护理, 拔除留置导尿, 并予切口换药, 继续予抗炎、营养支持、化痰等对症治疗, 嘱: 多翻身活动, 促进肠蠕动恢复, 防止术后肠粘连, 多拍背, 帮助排痰; 术后第六天, 精神可, 切口疼痛明显好转, 无腹痛、腹胀, 无恶心、呕吐, 无胸闷、气促, 查体: 生命体征平稳, 腹平软, 切口旁轻压痛, 敷料无明显渗液, 盆腔引流管引流约15ml淡血性液体, 肛门造瘘袋排气恢复, 大便少量; 复查腹部彩超示肠间隙少许积液; 复查血常规、肝肾功能基本正常; 少量饮水, 停用抗生素, 余治疗同前; 术后第八天, 进食流质饮食后无明显不适感, 无明显腹胀腹痛, 无畏寒发热, 盆腔皮管引流无明显液体, 切口敷料清洁干燥, 切口愈合可, 无红肿, 无渗出, 再次复查腹部彩超示腹腔无明显积液, 予停盆腔皮管引流; 术后恢复可。

患者病理诊断结果: 直肠癌根治标本: 1. “直肠距肛门约4cm”盘状隆起型中-低分化腺癌II-III级(肿块大小: $3.5 \times 3 \times 1.2\text{cm}$), 部分为粘液腺癌成分。肿块浸润至浅肌层。2. 肠周淋巴结内未见转移: 0/22枚。3. 上、下切缘均阴性。根据病检结果未行化疗。

于2018年12月19日患者一般情况尚可, 进食半流质, 无腹痛腹胀, 无恶心呕吐, 无发热, 未有何不适; 切口无红肿, 无渗出, 腹部未及明显压痛及反跳痛, 腹部切口愈合良好, 已拆线, 腹壁肛门造瘘袋固定在位, 通畅, 予以出院。

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: 丁渊明

科室: 外科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 普通外科学

患者钟金妹, 女性, 80岁, 住院号11764, 患者于2019年09月24日因“腹痛伴恶心呕吐五天”入院。患者于五天前无明显诱因下出现腹痛, 呈持续性疼痛, 阵发性加剧, 尚能忍受, 伴恶心呕吐数次, 呕吐为胃内容物, 量少, 无咖啡样液体; 无畏寒、发热, 休息后不能缓解, 患者近五天大便解不出, 昨用开塞露后解出极少大便, 偏硬, 略黑, 无肛门排气, 小便偏少, 后就诊我院门诊, B超示: “胆总管中上段轻度扩张; 部分肠道胀气伴部分肠管扩张粘膜水肿明显, 肠间隙少许积液”。立位腹部平片: 腹部肠管局部积气稍扩张; 为进一步诊治, 门诊拟“腹痛待查: 肠梗阻”收住入院。

入院后查体: T36.4, P84次/分, R19次/分, Bp175/112mmHg。神志清, 精神较软, 下腹正中可及1.5cm陈旧疤痕(输扎), 中下腹隆起, 腹壁紧张度尚正常, 下腹部压痛阳性, 反跳痛为阴性, 未及明显包块, 肠鸣音亢进, 有气过水声; 双侧肾区叩击痛阴性; 四肢及脊柱活动尚可; 神经系统检查正常。辅助检查: 2019-9-24全腹CT平扫: 1、肠梗阻。2、肝内多发囊性灶; 肝右叶细小钙化灶。3、胆总管上段轻度扩张, 胆囊增大明显, 副脾考虑; 结合其他检查随访。入院后给予抗炎(头孢美唑针4.0g)、抑酸、补液等对症治疗; 给予禁食, 胃肠减压; 保守治疗两天腹痛未好转, 拟行“剖腹探查术”, 告知患方病情及拟行手术方式及术中、术后可能出现的情况, 患方同意手术; 于2019-09-26上午行剖腹探查; 术中见: 见左侧降结肠下段可及一缩窄环, 质地硬, 与周围粘连不明显; 上段肠管扩张明显, 下段肠管正常; 探查肝脏、盆腔未及明显其他结节; 决定行“左半结肠癌根治术+横结肠造瘘术”; 术后诊断为“1.左侧降结肠恶性肿瘤 2.肠梗阻 3.低蛋白血症”; 术后给予吸氧, 心电监护, 监测生命体征变化; 补液、预防感染(头孢美唑针2.0, 2/日+甲硝唑液200ml)、止血、营养等对症支持治疗。

术后第一天, 患者精神较差, 诉切口感疼痛, 无腹胀, 无恶心、呕吐, 无胸闷、气促, 无心慌、心悸, 查体: 生命体征平稳, 腹平软, 切口旁轻压痛, 敷料清洁干燥, 腹部未及明显压痛及反跳痛, 肠鸣音未闻及; 腹腔引流管引流约40ml淡血性液体, 胃肠减压无明显液体流出, 留置导尿管, 尿量1200ml, 腹壁造瘘未见明显大便, 排气未恢复; 复查血常规+CRP: 白细胞计数 $10.2 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 88.9%, 血红蛋白 92g/L, 血小板计数 $176 \times 10^9/L$, 超敏CRP 94.82mg/L, B型钠尿肽, 800.00pg/ml; 肝肾功能示白蛋白24.2g/L, 尿素氮, 10.45mmol/L, 肌酐, 159 $\mu\text{mol/L}$, 葡萄糖, 9.08mmol/L, 钾, 5.92mmol/L, 钠, 130mmol/L; 余基本正常, 给予输注白蛋白10g加强营养;

术后第二天, 患者无明显不适情况, 腹腔引流管引流30ml淡血性液体, 胃肠减压无明显液体, 留置导尿管引流约1600ml, 腹壁造瘘未见明显大便, 排气未恢复, 并于切口换药, 继续予抗炎、营养支持、化痰等对症处理, 嘱: 多翻身活动, 促进肠蠕动恢复, 防止术后肠粘连, 多拍背, 帮助排痰; 术后第三天, 病情平稳, 腹壁造瘘可见大便排出, 排气恢复, 复查发病彩超: 腹腔少许积液; 停吸氧、心电监护, 停胃肠减压及留置导尿, 改二级护理; 术后第七天, 精神尚可, 流质进食后稍腹胀, 无腹痛, 无恶心呕吐, 无咳嗽咳痰, 查体: 生命体征平稳, 腹平软, 切口敷料少许渗湿, 切口下段皮下空腔较大, 渗出较多, 腹腔引流管引流无明显液体, 腹壁造瘘口通畅, 大便已解。予切口换药, 停腹腔皮管引流, 治疗同前;

患者病理诊断结果: 1、降结肠隆起型中分化腺癌 级, 肿块大小: 4*3.5cm, 肿瘤浸润至浆膜层, 脉管内未见癌栓形成, 神经未见累及; 2、(距最近切缘1.8cm处)管状腺瘤低级别上皮内瘤变; 3.上下切缘均阴性; 4、结肠周围未见淋巴结转移: 0/13枚。因患者年龄偏大, 据家属意愿拒绝化疗;

术后第十天, 腹壁造瘘口部分裂开, 肛门袋内见较多血凝块, 予清创缝合; 术后恢复期, 一般情况良好, 半流质进食无腹痛腹胀, 无恶心, 无明显呕吐, 查体: 生命体征平稳, 腹平软, 腹部未及压痛及反跳痛, 因营养较差, 切口下段裂开, 予每日换药, 清除坏死组织, 于2019-11-02行切口二期缝合;

于2019年11月18日患者一般情况尚可, 无发热, 无明显腹胀, 无恶心、呕吐, 无气促、胸闷, 未诉有何特殊不适; 今查房见切口无红肿, 无渗出, 腹部未及明显压痛及反跳痛, 腹壁肛门造瘘袋固定在位, 通畅, 予以出院。

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: 丁渊明

科室: 外科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 普通外科学

患者沈善琴, 女性, 57岁, 住院号9975495, 患者于2016年04月07日因“发现右乳肿块半年余”入院。患者于半年余前无意间发现右侧乳腺有一肿块, 约鸽蛋大小, 质地较韧, 无明显疼痛酸胀感, 无皮肤外观改变, 无乳头泌液, 无畏寒发热, 无胸闷气促, 无明显胸痛, 未引起重视, 未经正规治疗; 近月来有酸胀疼痛感。2016年04月06日双林人民医院乳腺B超: 右乳欠均质团块: 首先考虑乳腺癌。遂今来院就诊, 为进一步治疗, 门诊拟“右乳腺肿块”收入院。

入院后查体: T37.0, P70次/分, R19次/分, Bp136/96mmHg。双侧乳腺外观正常, 未及明显皮肤炎症改变, 未见明显凹陷, 无橘皮样改变, 乳头正常; 右侧乳腺12点处可及一大一小约3*2.5cm肿块, 质地较韧, 按之无明显酸胀不适, 无疼痛感, 活动度尚可, 边界不清; 右乳其他象限未及明显肿块; 乳头无泌液; 左乳未及明显肿块; 双侧腋下淋巴结未及明显肿大。入院后完善术前相关检查, 诊断为: “右乳肿块(恶性考虑)” ; 拟行“右乳肿块切除术”, 术中送快速病理, 决定进一步治疗方案, 告知患者病情及拟行手术方式及术中、术后可能出现的情况, 患者同意手术; 于2016年04月09日下午在全麻下行“左乳肿块切除术”; 术中送快速病理检查, 提示: “浸润型导管癌”; 决定行右侧乳房癌改良根治术; 术后给予吸氧, 心电监护, 监测生命体征变化; 补液、预防感染(头孢曲松4.0/日)、止血对症治疗; 给予切口加压包扎, 负压引流。

术后第一天, 生命体征平稳, 患者胃纳可, 感切口疼痛, 无发热, 无恶心呕吐, 无胸闷气促。查体: 神清, 右乳切口敷料干燥, 未及红肿渗出, 心肺无殊, 双侧胸壁引流在位通畅, 【17小时】前胸壁引流: 30ml 侧胸壁引流: 100ml。警惕术后出血等可能, 今停吸氧, 心电监护, 继续予补液预防感染、止血等对症支持治疗; 术后第二天, 切口疼痛较前好转, 无畏寒、发热, 无其他不适。生命体征平稳, 切口敷料干燥, 未及红肿渗出, 双侧胸壁引流在位通畅, 【24小时】前胸壁引流: 10ml; 侧胸壁引流: 80ml。复查血常规: 白细胞计数 $6.4 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 70%, 血红蛋白 134g/L, 血小板计数 $186 \times 10^9/L$, 超敏CRP 21.5mg/L; 肝肾功能基本正常; 改二级护理, 并予切口换药, 继续当前治疗, 嘱: 多翻身活动, 适当下床活动预防下肢血栓形成, 多拍背, 帮助排痰; 术后第四天, 患者无发热, 无咳嗽咳痰, 无恶心呕吐, 无胸闷气促, 进食半流质后无殊, 查体: 精神可, 心肺听诊无殊, 右乳切口敷料干燥, 未及红肿渗出, 腹部无压痛及反跳痛, 【24小时】前胸壁引流: 5ml; 侧胸壁引流: 50ml。复查切口皮下彩超: “右侧切口皮下少许积液, 右侧腋窝少许积液”; 予停前胸壁引流并予切口换药; 术后第六天, 病情平稳, 切口疼痛不明显, 无其他不适, 右乳切口敷料干燥, 切口愈合可, 未及红肿渗出, 侧胸壁引流: 20ml。术后恢复可, 予停抗生素, 予治疗同前;

术后病检报告: “1、右侧乳腺外上象限浸润性导管癌(级), 导管内见癌栓。2、周围淋巴结转移情况: 同侧腋下组(4/23颗); 另送胸肌间淋巴结3枚, 未见肿瘤转移 3、乳头及肿块基底切缘: 阴性。周围组织未见肿瘤残留”。告知患者, 需行化疗(方案: (CTX 0.8 D1+EADM 120mg D1)*4+艾素110mgD1*4)及放疗, 有条件行生物靶向治疗及内分泌治疗; 患者商量后拒绝放疗及生物靶向治疗, 单行化疗;

术后第十天, 病情恢复良好, 切口疼痛不明显, 无发热, 轻度咳嗽, 无咳痰, 无恶心呕吐, 无胸闷气促, 无诉明显不适, 精神尚可, 心肺听诊无殊, 切口敷料干燥, 未及红肿渗出, 腋下引流通畅, 为15ml淡血性液, 量少, 心肌酶谱基本正常; 超敏C-反应蛋白+血常规(病房)白细胞计数 $2.7 \times 10^9/L$, 给予注射重组人粒细胞刺激因子150ug皮下注射。于2016年4月21日行第一次化疗, 方案为: 方案: CTX 0.8 D1+EADM 120mg D1, 并予止吐、抑酸等对症治疗, 化疗后患者无明显不适。

于2016年4月24日患者一般情况尚可, 进食半流质, 感恶心, 无呕吐, 无胸闷气促, 无诉特别不适, 查体: 右乳切口敷料干燥, 未及红肿渗出, 侧胸壁引流在位通畅, 无明显引流液, 复查血常规: 白细胞 $4.5 \times 10^9/L$, 正常范围, 予以出院, 并嘱患者3天内复查血常规, 2016年5月11日来院行第二次化疗。

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: 丁渊明

科室: 外科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 普通外科学

患者陈坤荣, 男性, 65岁, 住院号9975980, 患者于2016年05月05日因“上腹部胀痛不适1月余”入院。患者1月余始无明显诱因下感上腹部胀痛, 呈持续性, 程度一般, 尚能忍, 无反酸嗝气, 无畏寒发热, 无胸闷气促, 无恶心呕吐, 无呕血便血, 无胸痛, 无黑便, 未服药, 未就诊, 1月来反复出现上述症状, 后就诊我院, 门诊腹部B超示: 胃窦部胃壁增厚(建议胃镜), 胃下垂轻度。本院胃镜示: 胃窦部溃疡考虑恶变; 故门诊拟“胃溃疡”收入院。

入院后查体: 生命体征: T36.9, P84次/分, R18次/分, Bp101/68mmHg。神志清, 精神较差, 面色较苍白; 消瘦, 腹平软, 上腹部轻度压痛, 无反跳痛, 未及明显包块, 移动性浊音阴性, 双肾区未及明显叩击痛; 四肢活动正常; 神经系统检查正常。入院后给予补液抑酸、止血对症治疗; 行腹部增强CT检查, 提示: “胃窦部局部明显增厚, 考虑MT。”病理报告: 胃窦部腺癌。诊断为: “胃窦部癌”; 拟行“胃癌根治术”, 告知患者病情及拟行手术方式及术中、术后可能出现的情况, 患者同意手术; 于2016年5月8日上午在全麻下行胃癌根治术; 取上腹部正中切口绕脐, 长约20cm, 逐层切开进腹。探查发现: 肝脏外形质地正常, 网膜、结肠及盆腔未见明显转移病灶, 胃窦部近幽门可及一肿块约4×4cm, 侵出浆膜外, 胰头表面侵及, 胃周淋巴结多枚肿大(其中肝十二指肠韧带内肝动脉旁, 胰头周围及门静脉旁, 喷门右淋巴结多枚, 质地较硬)。遂决定行胃癌根治术(远端胃大部切除+毕II式胃空肠结肠前吻合+D2淋巴结清扫术)。术后诊断为“胃窦部胃癌”; 术后给予吸氧, 心电监护, 监测生命体征变化; 补液、预防感染(头孢曲松4.0/日, 甲硝唑200ml/日)、止血、补液对症治疗。

术后第一天, 患者精神略软, 诉切口感疼痛, 无腹胀, 无恶心、呕吐, 无胸闷、气促, 无心慌、心悸, 肛门排气未恢复, 查体: 生命体征平稳, 心肺听诊无殊, 腹平软, 切口旁轻压痛, 敷料无明显渗出, 肠鸣音未闻及; 腹腔引流管共引出约70ml淡血性液体, 胃肠减压引出约40ml胃液, 留置导尿管, 尿量1200ml, 复查血常规+CRP: 白细胞计数 $18.8 \times 10^9/L$, 中性粒细胞计数 $17.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比94%, 血红蛋白117g/L, 血小板计数 $98 \times 10^9/L$, 超敏CRP 165.3mg/L, 肝肾功能示白蛋白30g/L, 余基本正常, 给予输注白蛋白10g加强营养; 术后第二天, 病情平稳, 予停吸氧、心电监护, 改二级护理, 拔除留置尿管, 并予切口换药, 继续予抗炎、止血、营养支持、化痰等对症治疗, 嘱: 多翻身活动, 促进肠蠕动恢复, 防止术后肠粘连, 多拍背, 帮助排痰; 术后第六天, 精神可, 无腹痛、腹胀, 无恶心、呕吐, 无胸闷、气促, 肛门排气恢复, 查体: 生命体征平稳, 腹平软, 切口旁轻压痛, 敷料无明显渗出, 腹腔引流管引流约70ml淡黄色液体, 胃肠减压引出约45ml胃液, 复查腹部彩超示肠间隙少许积液; 复查血常规、肝肾功能基本正常; 予停胃肠减压并少量饮水, 停用抗生素, 余治疗同前; 术后第九天, 进食流质饮食后无明显不适感, 无明显腹胀腹痛, 无畏寒发热, 腹腔皮管引流无明显液体, 切口敷料清洁干燥, 切口愈合可, 无红肿, 无渗出, 再次复查腹部彩超示腹腔无明显积液, 予停腹腔皮管引流; 术后恢复可。

患者病理诊断结果: 1.胃窦小弯侧浸润溃疡型低分化腺癌III级, 肿块浸润至浆膜外脂肪组织, 脉管内见癌栓形成, 累及神经。2.周围淋巴结转移情况: 胃小弯组0/8枚, 癌结节1枚, 胃大弯组1/2枚, 癌结节1枚, 幽门上1/1枚, 幽门下3/8枚, 癌结节1枚, 另送: 肝总动脉旁1/2枚, 胰头后0/2枚, 肝十二指肠淋巴结0/1枚, 3.另送上切缘及下切缘阴性4.大网膜组织未见肿瘤累及。根据病检结果需要化疗, 家属知晓, 但考虑患者目前身体状况较差, 要求先返家休养, 一周后来院化疗, 方案为: “奥沙利铂150mgD1+希罗达片3# 2/日 14天”并予升白、对症止吐等治疗;

于2016年5月25日患者一般情况尚可, 进食半流质, 无腹痛腹胀, 无恶心呕吐, 无发热, 未有何不适; 切口无红肿, 无渗出, 腹部未及明显压痛及反跳痛, 未及明显包块, 腹部切口愈合良好, 已间断拆线, 予以出院。

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: 丁渊明

科室: 外科

申报资格: 副主任医师

申报专业: 普通外科学

患者印雅慧, 女性, 27岁, 住院号9993854, 患者于2018年09月27日因“体检发现颈部肿块2周”入院。患者2周前体检B超发现双侧颈部各有一肿块, 右侧大小约直径0.5cm, 左侧大小约直径1.5cm, 无颈部红肿疼痛, 无畏寒发热, 无吞咽困难, 无多食怕热, 无消瘦乏力, 无声音嘶哑, 无饮水呛咳, 无胸闷心悸, 无明显情绪改变, 遂就诊湖州中心医院, 2018-09-22湖州中心医院门诊查颈部彩超: 双侧甲状腺叶结节(性质待定); 甲状腺功能: 正常, 建议手术治疗; 现患者来我院要求手术治疗, 门诊拟“双侧甲状腺结节”入院。

入院后查体: 神志清, 精神尚可, 皮肤巩膜未及明显黄染; 全身浅表淋巴结未及明显肿大; 头颅五官外形正常; 颈软, 颈静脉无怒张; 左侧甲状腺部可及一大小约1.5*2cm肿块, 质地较韧, 按之无明显疼痛, 表面光滑, 可随吞咽上下活动; 右侧甲状腺未及明显结节; 颈部未及明显肿大的淋巴结; 双肺呼吸音清, 未闻及明显干湿啰音, 心律齐, 未闻及明显杂音, 腹部未及明显压痛及反跳痛; 神经系统检查正常。入院后完善术前相关检查, 血常规、生化、甲状腺功能均正常; 基础代谢率: 8%; 诊断为: “双侧甲状腺结节”; 拟行“双侧甲状腺次全切除术”, 告知患者病情及拟行手术方式及术中、术后可能出现的情况, 患者同意手术; 于2018年9月29日下午在全麻下行“双侧甲状腺次全切除术”; 术中见: 左侧甲状腺结节, 位于甲状腺中极, 大小约1.8*1.5cm, 右侧甲状腺多发结节, 位于甲状腺中极, 保护好甲状旁腺, 探查并保护好喉返神经, 行双侧甲状腺全切; 术中标本送检冰冻切片提示: 双侧甲状腺乳头状癌。同时行中央区淋巴结清扫; 术后诊断为“双侧甲状腺乳头状癌”; 术后给予吸氧, 心电监护, 监测生命体征变化; 补液、预防感染(头孢美唑唑4.0/日)、止血、补充甲状腺素、补充钙质等对症治疗; 床边备气管切口包。

术后第一天, 生命体征平稳, 颈部切口轻度疼痛, 无口角麻木, 略感咽喉部不适, 无声嘶, 无吞咽困难, 无四肢抽搐, 无心悸, 无饮水呛咳, 无发热, 无恶心呕吐, 无胸闷气促。查体: 神清, 心肺无殊, 颈部切口干燥, 未及红肿渗出, 昨颈部引流管引出80ml淡血性液体, 留置导尿引出1500ml尿液; 病情平稳, 予停吸氧、心电监护及留置导尿, 改级护理, 流质进食; 给予预防感染、止血、补充甲状腺素、补充钙质等对症治疗; 术后第二天, 一般情况尚可, 无发热, 少许流质进食, 无声嘶, 无饮水呛咳, 无吞咽困难, 无肢体抽搐, 无发热, 无胸闷咳嗽。查体: 颈部切口干燥, 未及红肿渗出, 颈部引流管引出25ml淡血性液体。复查血常规

: WBC: 14.5*10⁹/L, N: 78.1%, CRP: 18.65mg/L; 甲状腺功能常规: 三碘甲状腺原氨酸 0.85nmol/L, 促甲状腺激素 0.29uIU/mL, 游离三碘甲状腺原氨酸 2.71Pmol/L; 肝功能: 谷丙转氨酶58U/L, 谷氨酰转氨酶47U/L, 钙 1.80mmol/L; 甲状旁腺激素: 5.1ng/L; 予切口换药, 治疗同前; 术后第四天, 无发热, 少许流质进食, 颈部切口疼痛好转, 诉有少许口角麻木及四肢麻木, 无饮水呛咳, 无吞咽困难, 无胸闷气促, 无咳嗽咳痰等; 切口敷料清洁干燥, 切口无红肿, 无渗出; 颈部负压引流管在位通畅, 引出5ml淡血性液体; 复查血常规, 肝功能电解质基本正常; 复查颈部B超: 切口皮下目前未见明显积液; 予停抗生素, 拔除颈部负压引流管;

病理诊断: “1.左侧甲状腺乳头状癌(肿块最大径: 1.7cm); 2.右侧多发性甲状腺乳头状癌(2个, 直径0.4-1.4cm); 3.周围淋巴结转移情况: 左侧中央区淋巴结5/6枚; 右侧中央区淋巴结0/7枚; 术后恢复良好, 于2018年10月7日患者一般情况尚可, 切口疼痛不明显, 口角麻木及四肢麻木明显好转, 半流质进食, 无声嘶, 无饮水呛咳, 无吞咽困难, 无肢体抽搐, 无发热, 无胸闷气促, 无咳嗽咳痰等。查体: 切口敷料清洁干燥, 切口无红肿, 无渗出; 切口愈合可; 根据患者病理情况, 建议到上级医院进一步诊治(碘131治疗)。予以出院, 一月内复查甲状腺功能、甲状旁腺功能。

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： 外科

申报人： 丁渊明

申报资格：

副主任医师 申报专业：

普通外科学

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	9967211	2015-1-7	2015-1-16	右侧斜疝嵌顿	右侧斜疝嵌顿伴部分大网膜坏死	治愈	右侧斜疝回纳+高位结扎修补术+坏死大网膜切除术	
2	9967289	2015-1-12	2015-1-19	急性化脓性阑尾炎	急性化脓性阑尾炎	治愈	阑尾切除术	
3	9967503	2015-1-24	2015-2-17	梗阻性黄疸、胆总管结石、冠心病	梗阻性黄疸、胆总管结石、冠心病	治愈	胆总管切开取石术	
4	9967511	2015-1-25	2015-1-30	胆囊炎、胆囊结石	胆囊炎、胆囊结石	治愈	腹腔镜胆囊切除术	
5	9969293	2015-4-28	2015-5-21	消化道出血、结肠肝区占位、高血压、冠心病	右半结肠癌、贫血、高血压、冠心病	治愈	右半结肠根治术	
6	9969499	2015-5-8	2015-5-16	左侧斜疝	左侧斜疝	治愈	左侧斜疝高位结扎+补片修补术	
7	9970418	2015-6-17	2015-6-30	胆囊结石、胆总管结石	胆囊结石、胆总管结石	治愈	胆囊切除+胆总管切开取石术	
8	9970926	2015-7-14	2015-7-21	混合痔	混合痔	治愈	吻合器痔上黏膜环切术	
9	9970985	2015-7-17	2015-8-1	左乳肿块，左乳癌考虑	左乳浸润性导管癌	治愈	左乳癌改良根治术	
10	9971538	2015-8-16	2015-8-25	左下肢大隐静脉曲张	左下肢大隐静脉曲张	治愈	左大隐静脉高位结扎+抽剥术	

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： 外科

申报人： 丁渊明

申报资格：

副主任医师 申报专业：

普通外科学

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	9974258	2016-1-28	2016-2-9	急性腹膜炎 阑尾炎伴穿孔考虑	回肠异物穿孔、弥漫性腹膜炎	治愈	剖腹探查+肠穿孔修补术	
12	9974735	2016-2-24	2016-3-4	左侧斜疝	左侧斜疝	治愈	左侧斜疝高位结扎+补片修补术	
13	9975277	2016-3-25	2016-4-4	双侧甲状腺结节	双侧亚急性甲状腺炎	治愈	双侧甲状腺次全切	
14	9975375	2016-3-31	2016-4-18	胆囊炎、胆囊结石、胆总管结石	胆囊炎、胆囊结石、胆总管癌、胆总管结石	好转	胆囊切除+胆道切开取石术+姑息胆管引流术	
15	9975564	2016-4-11	2016-4-18	胆囊炎、胆囊结石	胆囊炎、胆囊结石	治愈	腹腔镜胆囊切除术	
16	9976037	2016-5-8	2016-5-14	急性化脓性阑尾炎	急性化脓性阑尾炎及阑尾周围炎	治愈	阑尾切除术	
17	9976024	2016-5-8	2016-5-18	双侧甲状腺结节	左侧甲状腺乳头状癌、双侧多发结节性甲状腺肿	治愈	右侧甲状腺次全切+左侧甲状腺全切+中央区淋巴结清扫	
18	9976334	2016-5-26	2016-6-8	右侧斜疝嵌顿、肠梗阻	右侧斜疝嵌顿、肠坏死、肠梗阻	治愈	右侧斜疝回纳+高位结扎修补术+肠切除吻合术	
19	9976489	2016-6-4	2016-6-17	腹部闭合伤、肠破裂考虑	腹部闭合伤、小肠破裂、弥漫性腹膜炎	治愈	剖腹探查+肠破裂修补术	
20	9976533	2016-6-7	2016-6-13	胆囊炎、胆囊结石	胆囊炎、胆囊结石	治愈	腹腔镜胆囊切除术	

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： 外科

申报人： 丁渊明

申报资格：

副主任医师 申报专业：

普通外科学

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	9979527	2016-11-20	2016-12-6	腹部闭合伤、脾破裂考虑	腹部闭合伤、脾破裂、失血性休克	治愈	剖腹探查+脾切除术	
22	9980469	2017-1-5	2017-1-12	急性化脓性阑尾炎	急性化脓性阑尾炎	治愈	阑尾切除术	
23	9980756	2017-1-21	2017-2-5	胆囊结石、胆总管结石	胆囊结石、胆总管结石	治愈	胆囊切除术+胆总管切开取石术	
24	9981604	2017-3-7	2017-3-25	胆囊炎、胆囊结石、冠心病	急性坏疽性胆囊炎、胆囊结石、冠心病	治愈	胆囊切除术	
25	9983848	2017-6-23	2017-7-30	胃间质瘤考虑	胃间质瘤	治愈	胃大部切（毕 式）+脾切除术	
26	9985421	2017-9-4	2017-9-11	肛周脓肿、肛管腺瘤	肛周脓肿、肛管腺瘤	治愈	肛周脓肿切排+肛管腺瘤切除术	
27	9987618	2017-12-20	2017-1-2	萎缩性胆囊炎、胆囊结石	萎缩性胆囊炎、胆囊结石	治愈	腹腔镜胆囊切除术	
28	9989620	2018-3-27	2018-4-3	左侧甲状腺腺瘤	左侧甲状腺腺瘤	治愈	左侧甲状腺次全切	
29	9990125	2018-4-19	2018-5-2	消化道穿孔	胃窦部溃疡伴穿孔+弥漫性腹膜炎	治愈	剖腹探查+胃穿孔修补术	
30	9990218	2018-4-24	2018-5-13	右乳腺癌	右乳腺癌	好转	右乳癌姑息切除术	

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： 外科

申报人： 丁渊明

申报资格：

副主任医师 申报专业：

普通外科学

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	9990381	2018-5-2	2018-5-14	腹壁切口疝	腹壁切口疝	治愈	腹壁切口疝补片无张力修补术+肠粘连松解术	
32	9990732	2018-5-19	2018-5-26	右坐骨结节囊肿、高血压、冠心病	右坐骨结节囊肿、高血压、冠心病	治愈	右坐骨结节囊肿切除术	
33	9991407	2018-6-18	2018-6-24	急性阑尾炎	急性化脓性阑尾炎伴周围炎	治愈	腹腔镜下阑尾切除术	
34	9992443	2018-7-28	2018-8-2	急性阑尾炎	急性化脓性阑尾炎伴周围炎	治愈	腹腔镜下阑尾切除术	
35	9992920	2018-8-18	2018-8-30	右乳肿块	右乳浸润性导管癌	治愈	右乳癌改良根治术	
36	9993392	2018-9-6	2018-9-24	腹部闭合伤、脾破裂考虑	腹部闭合伤、脾破裂	治愈	剖腹探查+脾切除术	
37	9993572	2018-9-14	2018-9-24	胆囊炎、胆囊结石、心功能不全	胆囊炎、胆囊结石、心功能不全	治愈	腹腔镜胆囊切除术	
38	9993804	2018-9-25	2018-10-23	肠梗阻、高血压、心功能不全	闭孔疝嵌顿、肠梗阻、高血压、心功能不全	治愈	剖腹探查+闭孔疝修补+肠破裂修补术	
39	9995093	2018-11-23	2018-12-3	消化道穿孔	胃窦部溃疡伴穿孔+弥漫性腹膜炎	治愈	剖腹探查+胃穿孔修补术	
40	9995825	2019-1-1	2019-1-8	左侧斜疝	左侧斜疝	治愈	腹腔镜下左侧斜疝补片无张力修补术	

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： 外科

申报人： 丁渊明

申报资格：

副主任医师 申报专业：

普通外科学

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	9996028	2019-1-10	2019-1-28	左乳肿块	左乳腺导管内原位癌	治愈	左乳癌改良根治术	
42	9996080	2019-1-12	2019-1-22	腹膜炎、肠破裂考虑	小肠破裂、弥漫性腹膜炎	治愈	剖腹探查+小肠破裂修补术	
43	9996357	2019-1-23	2019-1-29	右下肢大隐静脉曲张	右下肢大隐静脉曲张	治愈	右大隐静脉高位结扎+抽剥术	
44	9997174	2019-3-4	2019-3-10	右侧斜疝	右侧斜疝	治愈	腹腔镜下右侧斜疝补片无张力修补术	
45	10022	2019-7-8	2019-7-13	胆囊炎、胆囊结石	胆囊炎、胆囊结石	治愈	腹腔镜下胆囊切除术	
46	10778	2019-8-10	2019-8-24	腹部闭合伤、脾破裂	腹部闭合伤、脾破裂	治愈	剖腹探查+脾切除术	
47	11568	2019-9-16	2019-9-22	胆囊炎、胆囊结石	胆囊炎、胆囊结石	治愈	腹腔镜下胆囊切除术	
48	16556	2020-6-2	2020-6-22	胆囊炎、胆囊结石、胆总管结石、心功能不全	胆囊炎、胆囊结石、胆总管结石、心功能不全	治愈	胆囊切除+胆总管切开取石术	
49	16916	2020-6-15	2020-6-25	消化道穿孔	胃窦部穿孔+弥漫性腹膜炎	治愈	腹腔镜下胃穿孔修补术	
50	17185	2020-6-27	2020-7-9	腹痛待查	空肠异物、肠梗阻	治愈	腹腔镜下探查+剖腹探查+肠腔异物切开取出术	

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）：