



2022-01905
000000729085

专业技术职务任职资格评审表 (用人单位内部公示版)

单 位 宁波市杭州湾医院

姓 名 张鲁青

现任专业
技术职务 主治医师

评审专业
技术资格 副主任医师

填表时间：2022 年 11 月 23 日

姓名	张鲁青	性别	男	出生日期	1984-11-23	
身份证件号码	[身份证]3*****6		曾用名			
出生地	山东省青岛市市南区					
政治面貌	农工党党员		身体状况	健康		
现从事专业及时间	普通外科学(10年)		参加工作时间	2012-04-01		
手机号码	159****4190		电子邮箱	lulu3114@qq.com		
最高学历	毕业时间		学校			
	2012-03-31		浙江大学			
	专业		学制		学历(学位)	
	外科学		2.5年		研究生(硕士)	
现工作单位	宁波市杭州湾医院					
单位地址	宁波杭州湾新区滨海二路1155号					
单位性质	事业单位		上级主管部门		宁波市杭州湾新区社会发展局	
专业技术职务任职资格及取得时间	资格取得时间		专业技术职务任职资格		审批机关	
	2016-11-18		卫生技术 - 主治医师		浙江省人力资源和社会保障厅	
聘任专业技术职务及取得时间	取得时间		聘任专业技术职务			
	2016-11-18		卫生技术 - 主治医师			
申报类型	医、药、护、技					
职称外语成绩			职称计算机成绩			
懂何种外语, 达到何种程度	英语水平六级 能够较熟练使用英语进行阅读, 有一定的专业英语能力, 能较好地阅读文献; 能够使用英语进行常规的对话交流。					

1. 教育经历

日期	学校名称/学位授予单位	学历/学位	学制	专业
2009-09-01~ 2012-03-31	浙江大学	研究生	2.5年	外科学
2012-03-30	浙江大学	硕士	-	外科学
2009-07-01	山东大学	学士	-	临床医学
2003-09-01~ 2009-06-30	山东大学	本科	6年	临床医学

2. 工作经历

起止时间	工作单位	职务	从事专业技术工作	是否援藏援疆援青援外	是否博士后工作经历
2017-08-01~ 2022-11-18	宁波市杭州湾医院	主治医师	临床医师-普通外科学	否	否
2012-04-01~ 2017-07-31	宁波市第一医院	医师	临床医师-普通外科学	否	否

3. 继续教育（培训）情况

起止时间	组织单位	培训项目	课程类型	学时	学习情况
2017-04-04~ 2022-11-03	好医生网等多家单位	结直肠肿瘤规范化诊疗的热点与难点等多个项目	专业课程	824.0	2017年度，I类10分，II类20分 2018年度，I类10分，II类20分 2019年度，I类10分，II类20分 2020年度，I类17分，II类18分 2021年度，I类22分，II类16分

4. 学术技术兼职情况

起止时间	单位或组织名称	所任职务	工作职责
无			

5. 获奖情况

获奖时间	获奖项目名称	获奖等级	获奖名称	排名
无				

6. 获得荣誉情况

授予时间	授予单位	级别	荣誉称号名称
2020-01-01	宁波市杭州湾医院	其他	仁美之星

7. 主持参与科研项目（基金）情况

起止时间	来源（委托单位）	级别	项目类型	金额（万元）	项目（基金）名称	排名
2020-07-01~ 2022-11-01	宁波市科学技术局	市厅级	纵向项目	8.000000	CircAPLP2竞争性结合miR-497-5p上调FGFR1促进结肠癌侵袭转移的机制研究	1/6

8. 主持参与工程技术（经营管理）项目情况

起止时间	项目名称	项目类别	主持或参与	本人职责
无				

9. 论文

发表时间	论文题目	刊物名称	论文类别	排名
2020-07-08	A-kinase interacting protein 1 as a potential biomarker of advanced tumor features and increased recurrence risk in papillary thyroid carcinoma patients★	JOURNAL OF CLINICAL LABORATORY ANALYSIS	国际期刊	1/4
2021-04-01	肛管括约肌间型肛瘘应用LIFT及LIFT-PLUG术的对照研究	健康研究	国内期刊	1/4
2020-05-11	Circular RNA CircPRMT5 Accelerates Proliferation and Invasion of Papillary	Cancer Management and Research	国际期刊	通讯作者

	Thyroid Cancer Through Regulation of miR-30c/E2F3 Axis			
--	--	--	--	--

10. 著（译）作（教材）

出版时间	出版单位	书名	ISBN	作者	出版物类型
无					

11. 专利（著作权）情况

批准时间	专利（著作权）名称	类别	发明(设计)人
2018-07-11	一种一次性置管洗澡袋	实用新型专利	朱薇薇、张鲁青

12. 主持（参与）制定标准情况

发布时间	标准名称	主持或参与	标准级别	标准编号
无				

13. 成果被批示、采纳、运用和推广情况

立项时间	产品技术名称	已取得的社会效益	技术创新水平（在国内外同行业中的地位）
无			

14. 资质证书

有效期	发证机构	证书名称	专业名称	证书等级
2016-11-18~ 长期有效	宁波市人力资源和社会保障局	专业技术资格证书	普通外科学	中级
2016-11-18~ 长期有效	浙江省人力资源和社会保障厅	全国卫生专业技术资格考试合格证明	普通外科学	中级
2012-09-01~ 2015-09-30	浙江省卫生和计划生育委员会	住院医师规范化培训合格证书	外科	初级
2012-04-11~ 长期有效	宁波市卫生局	医师执业证书	外科专业	初级

2010-12-15~ 长期有效	安徽省卫生厅	医师资格证书	临床医学	初级
---------------------	--------	--------	------	----

15. 奖惩情况

时间	名称	类型	描述
无			

16. 教学工作情况

年度	学期	讲授主要课程名称	授课专业(班级及学生数)	学年总课时	教学业绩等级
无					

17. 学术报告讲座情况

时间	举办单位或部门	地点	参加对象	参加人数	主题
2019-06-12	宁波市杭州湾医院普外科	医生办公室	本院医生	6	传统痔疮手术基本要点等多个主题

18. 代表性专业技术工作实例

发生时间	实例标题	实例情况
2022-06-01	腹腔镜直肠癌根治术(miles术)一例	<p>2021年6月1日,我科室完成腹腔镜直肠癌根治术(miles术)一例,此例病例为二次手术,术前经历较长时间的医患沟通过程,最终使患者认可并接受了此次手术。</p> <p>一. 病史资料</p> <p>患者,女,61岁,既往有高血压病史,否认其他慢性病史及传染病史,6年余前于外院行子宫部分切除术,否认其他手术史、外伤史,否认输血史,否认食物、药物过敏史,否认中毒史,预防接种史不详。因“便血1年余,加重1月”入院。患者1年余前无明显诱因下出现便血,为暗红色血,带粘液,量少,无腹痛腹胀、恶心呕吐、畏寒发热等不适伴随,1年来症状持续不缓解,至1月前排便频次增多,量较前明显增多,肛门坠胀感明显。</p> <p>普通肠镜:插镜至回肠末段,距肛30cm可见1枚息肉,大小约0.5*0.5cm,表面呈乳头状,表面粘膜充血,距肛2cm可见一菜</p>

花样肿物，大小约2.0×3.0cm，表面有渗出，质脆，边界清，占肠腔1/4，管腔无明显狭窄，余结直肠无殊。肠镜报告：结肠息肉，直肠肿物。

二. 诊疗及手术过程

入院查体：意识清晰，呼吸清，无特殊病容，皮肤黏膜正常，无水肿，无皮疹，全身浅表淋巴结未及肿大（腹股沟及锁骨上淋巴结未及肿大）。心肺无特殊。腹部平坦，无压痛、反跳痛，未触及包块。肝脏上界右第六肋间，下界肋下未及，无压痛，胆囊未触及、无压痛，墨菲氏征阴性，脾脏肋下未及，肾区叩痛无，肠鸣音正常，移动性浊音阴性，双下肢不肿，病理征阴性。肛门指诊：距离肛缘2cm（齿线位置）直肠前壁可扪及溃疡型肿物，绕直肠壁1/4周，质硬，活动差，易出血，指套染脓血。

入院后行直肠MR增强：直肠下段近肛管处管壁不均匀增厚伴强化及DWI弥散受限，需考虑直肠癌可能，请结合临床体检及肠镜检查。直肠中下段管壁小类圆形异常信号灶，术后改变？请结合临床相关手术史。

根据术前肠镜及磁共振检查结果，请示影像科医师后，我们认为：1. 患者直肠癌诊断明确，目前不能排除肿瘤已侵犯肌层，行经肛肿块切除有无法根治性切除肿瘤可能；2. 但患者肿块位置极低，若行根治性手术，无保肛可能；3. 患者为早期肿瘤，在不影响预后的情况下亦有意愿享受较高的术后生活质量。

遂与患方商议手术方案：A. 直接行腹腔镜直肠癌根治术

（miles术）不保留肛门；B. 先行经肛直肠肿物切除术，如病理提示切缘阳性，再行腹腔镜直肠癌根治术（miles术）。患方考虑后决定行后方案。

患者于2021年5月25日行经肛直肠肿物切除术，手术顺利，术后恢复可。术后病理：高级别上皮内瘤，癌变，腺癌II级

（3x2x1cm），侵至肌层，脉管神经束未见侵犯，底部切缘局灶可疑累及。四周切缘阴性。

上述病理报告告知患方后，我们建议患方继续行腹腔镜直肠癌根治术（miles术），患方考虑到该术式不保留肛门，需行永久性造口，遂拒绝进一步手术治疗，要求好转后出院。

经反复医患沟通，陈清利弊，我们清楚表达了肿瘤治疗过程中“生存”和“功能”的重要性差别，同时告知患方术后病理标本无法找到肿瘤的可能性，患方理解并最终接受手术治疗。

患者于2021-6-1行腹腔镜直肠癌根治术（miles术），术中顺

		<p>利，术后转ICU监护一天后返回普通病房。术后病理：直肠一段，局部组织缺损，未见肿瘤组织残留。“上下切缘”、剥离面、肿瘤平面肠壁淋巴结（0/9），均阴性。上述病理结果患方表示知情并理解。</p> <p>三. 本人在此期间起到的作用暨小结</p> <p>此病例中，我在术前积极进行医患沟通，反复向患方表达了肿瘤病人“生存”的第一性，在首次手术切缘阳性的不利情况下，积极争取使患方接受二次手术治疗，尽管最终未能保留肛门，但是通过积极主动的沟通，随时做到了和患者及家属的心理建设，最终得到了患方的赞同和认可，大大减少了医疗纠纷发生的可能性，提升了患者的满意度。</p>
2022-03-12	腹腔镜右半结肠癌根治术（NOSES）一例	<p>2021年03月12日，本科室完成腹腔镜右半结肠癌根治术（NOSES）一例，实现在我院无辅助切口行腹腔镜结肠癌根治术，对结肠癌围术期的快速康复治疗有一定的借鉴和指导意义。</p> <p>一. 病史资料</p> <p>患者，女，49岁，因“肠镜检查发现结肠肿物半月余”于2021年03月09日入院。（2）查体：皮肤巩膜无黄染，气管居中，双肺呼吸音清，未闻及干湿罗音，心音中等，律齐，未闻及各瓣膜区病理性杂音，腹软，无压痛，反跳痛，肝脾肋下未及，肠鸣音存在，双肾区无叩痛，四肢肌力V级，肌张力正常，四肢活动可，病理症未引出，生理反射存在。肛门视诊：肛门口未见明显肿物及溃疡。肛门指检：肛门括约肌无松弛，直肠内未及明显肿块，指套退出无染血。</p> <p>术前肠镜检查：所见升结肠中段见一约3*3厘米范围广基扁平隆起性病灶，质地软，活检*2。升结肠占位（待病理）。结合CT报告，考虑早期升结肠癌或重度异型增生。</p> <p>诊断：1. 结肠肿物 2. 高血压 3. 胃溃疡</p> <p>二. 治疗及手术过程</p> <p>患者在完善各项术前检查后，排除各项手术禁忌，知情同意后于2021年03月12日安排行腹腔镜右半结肠癌根治术，术中见：腹腔内无腹水，腹腔与盆腔的腹膜、大网膜均未见明显肿瘤转移或种植灶，肝右叶、左叶，胆囊、脾脏、胃、小肠未见明显异常，上腹部粘连。结合术前检查结果，考虑肿瘤较小，无明显外侵浸润，且患者为女性病人，在本人同患方术后沟通过程中了解到患者有较强烈的美观要求。考虑以上情况，术中我</p>

		<p>医疗团队同患方再次医患沟通，遂决定行腹腔镜右半结肠癌根治术（NOSES）。</p> <p>术中肠管及系膜游离顺利，成功分离拟切除的右半大网膜、右半结肠及其系膜的。取标本步骤：游离悬吊子宫，暴露阴道后穹隆并作切口约4cm，置入保护套，通过阴道取出标本，腹腔镜下连续缝合关闭阴道后穹隆切口。</p> <p>手术过程顺利，术后患者各项生命体征稳定，拔除气管插管后转回我普外科病房。</p> <p>术后病理：：“结肠”绒毛状管状腺瘤，上皮中-重度异型增生，二侧切缘、局部淋巴结（0/13）均阴性。</p> <p>患者术后恢复情况顺利，于2021年03月24日拔除腹腔引流管后出院，出院后无需进行辅助治疗。</p> <p>三. 本人在此期间起到的作用暨小结</p> <p>此病例中，本人术前积极进行医患沟通，对患者的诉求进行了充分的了解。术中根据探查情况，主动汇报主刀余永明主任医师，最终使得一台经自然腔道取出标本的腹腔镜右半结肠癌根治术成为了可能，这也是相关手术领域中我科室较早的一台。在整个手术及围术期治疗过程中，团队配合默契，全体医师尽心尽力，全力以赴，与家属保持沟通到位，且因手术未造成辅助切口，超过患方术前预期，出院时家属对我医疗团队表达了感谢。</p> <p>经自然腔道取出标本的腹腔镜结肠癌根治术为腹腔镜肠癌治疗的较新领域，目前很多有条件的医院和专家仍对此在不断地逐步探索和完善阶段，其特点有：外观美观、降低疼痛。对于适当的病人进行相关手术操作，可以大大提高患者对我科室治疗及手术的满意度，提升我院知名度，有利于我杭州湾医院外科领域的不断发展。</p>
2020-12-24	肝脓肿并发感染性休克抢救一例	<p>2020年12月24日，本人指导下本科室成功完成肝脓肿并发感染性休克抢救一例，在患方子女对疾病进展及病情变化缺乏认知的情况下，成功挽救了患者的生命，并且避免了可能出现的医患矛盾。</p> <p>1. 病史资料</p> <p>患者，女，50岁，既往体健，否认“高血压史”、“肾病”及其他心脑血管、内分泌系统等重要脏器重要疾病史，既往“乙肝小三阳”病史3年，未服药控制，否认“结核史”、“疟疾史”等传染病史，否认手术史、外伤史，否认输血史，否认食</p>

物、药物过敏史，否认中毒史，预防接种史不详。此次因“发热3天，右上腹痛15小时”入院。患者3天前无诱因在家发热，体温最高39.8℃，伴寒战、伴恶心、呕吐胃内容物，无腹泻、无便秘、无里急后重、无肛门停止排气排便等不适，予自行服用“阿莫西林”，无明显好转。辅助检查：2020-12-24，本院，下腹部（盆腔）CT平扫，上腹部CT平扫：肝脏内多发稍低密度灶，建议增强进一步检查。

2. 治疗及抢救过程

入院查体：意识清晰，呼吸清，无特殊病容，皮肤巩膜无黄染，全身浅表淋巴结未及肿大。腹部平坦，触之软，肝脾肋下未触及，右上腹压痛，无明显反跳痛，肝区叩痛阳性。全腹无肌卫及反跳痛，未触及包块，胆囊未触及、无压痛，墨菲氏征阴性，双下肢不肿。

入院诊断：1. 肝多发低密度灶待查：肝脓肿？ 2. 发热待查

3. 乙肝小三阳

患者一般情况较差，入院体温38.6℃，血压107/67mmHg，脉搏120次/分，考虑患者肝脓肿合并感染性休克诊断较为明确，我院尚不具备肝脓肿穿刺引流的条件，遂积极联系上海仁济医院专家外院急会诊治疗进行肝脓肿穿刺引流。另根据既往临床经验，此类感染毒力强，予请示上级医师，给予三线抗感染药物对症治疗。考虑此类患者病情严重，有预后较差的可能，给予ICU病房会诊，建议如下：1. 积极扩容补液，结合升压药物维持血压，注意患者心功能变化；2. 密切监测患者血压、脉搏，开放深静脉通路；3. 继续目前抗感染等支持治疗；4. 完善腹部超声、CT，监测血气分析、3P试验、凝血功能；5. 与患者商量后，可转我科继续治疗。同时再次建议行穿刺抽脓。

监护病房会诊后，予患方告病重并强调病情严重性，患者家属表示不理解，认为患者病情尚可，拒绝马上转入监护病房，并认为“监护病房费用太高”且“病人是走着进来的，不可能躺着出去”。经反复医患沟通无效后，予继续严密观察病情变化。

密切观察4小时后，患者大汗淋漓，体温39.4℃，血压78/57mmHg，脉搏128次/分，情况进一步恶化。血常规：中性粒细胞93%，血小板63*10¹²/L。呈现脓毒血症伴感染性休克表现。再次紧急医患沟通，强调死亡风险，强烈建议立刻转入监护病房，患方表示理解，遂立即转科。

患者入院10小时，仁济医院专家抵达我院监护病房，完成肝脓

		<p>肿穿刺引流后患者情况逐渐好转，经抗感染、升压、补液等对症治疗后转回我普外科病房，观察后出院。</p> <p>3. 本人在此期间起到的作用暨小结</p> <p>脓毒性休克指在严重脓毒症患者给予足量液体复苏仍无法纠正的持续性低血压，常伴有低灌注状态或器官功能障碍。低灌注可表现为（但不限于）乳酸酸中毒、少尿或急性意识障碍。脓毒症所致低血压是指无其他导致低血压的原因而收缩压<90mmHg或较基础血压降低40mmHg以上。脓毒症、严重脓毒症及脓毒性休克是反映机体内一系列病理生理改变及临床病情严重程度变化的动态过程，其实质是SIRS不断加剧、持续恶化的结果。其中，脓毒性休克可以认为是严重脓毒症的一种特殊类型，以伴有组织灌注不良为主要特征，往往预后不良。</p> <p>本例病例中，我作为患者主管医师，能在患者生命体征第一时间准确判断病情，并根据患者病情及我院实际情况针对性给予治疗措施及建议，在家属无法准确理解病情且有抵触情绪时，能够主动耐心解释病情，积极抢救，最终得到患方的理解和配合，并为患者争取到了良好的治疗效果，避免了可能的医患纠纷，提升了患者对我院的信任。</p>
2020-10-23	<p>肠镜治疗 (ESD)术后大出血并发失血性休克抢救一例</p>	<p>2020年10月23日，我科室完成肠镜治疗（ESD）术后大出血并发失血性休克抢救一例，抢救过程顺利，患者顺利出院，避免了可能出现的不良后果。</p> <p>1. 病史资料</p> <p>患者，男，56岁，此次因“发现结肠息肉20天”入院。患者20天前在慈溪人民医院行肠镜：乙状结肠腺瘤。直肠神经内分泌瘤？病理：管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变。</p> <p>入院查体：意识清晰，呼吸清，无特殊病容，皮肤黏膜正常，无水肿，无皮疹，全身浅表淋巴结未及肿大（腹股沟及锁骨上淋巴结未及肿大）。心肺无特殊。腹部平坦，无压痛、反跳痛，未触及包块。肝脏上界右第六肋间，下界肋下未及，无压痛，胆囊未触及、无压痛，墨菲氏征阴性，脾脏肋下未及，肾区叩痛无，肠鸣音正常，移动性浊音阴性，双下肢不肿，病理征阴性。</p> <p>2. 治疗及抢救过程</p> <p>患者在排除相关禁忌后于2020年10月19日行“肠镜下结肠息肉摘除术”，术中见：插镜至回盲部，通过顺利，回盲瓣开口呈唇型，升结肠可见1枚息肉样隆起，大小0.3*0.5cm，表面呈乳</p>

头状，表面粘膜充血，基底部有蒂，予圈套器圈扎处理；乙状结肠可见1枚息肉样隆起，大小约1.5*2cm，表面呈乳头状，表面粘膜充血，基底部有蒂，予圈套器圈扎处理，止血夹止血；直肠下段可见1枚息肉样隆起，大小约0.3*0.5cm，表面呈乳头状，表面粘膜充血，基底部有蒂，予圈套器圈扎处理，止血夹止血；直肠下段另可见1枚粘膜下肿物，大小约0.5*0.5cm，表面呈乳头状，表面粘膜充血，基地平坦，靠近直肠小血管，予软组织夹烫掉两侧血管，注射针粘膜下注射生理盐水至膨隆，予电凝环形灼烧切除，止血夹止血。其余粘膜未见明显异常。

ESD术后，患者转回我普外科病房，当日禁食、补液、抗感染治疗。

术后第二天，患者无明显便血等不适，排气排便情况可，予改流质饮食。

术后第三天，上午查房患者诉昨夜便血共4次，呈暗红色，量较多，约100-200ml，伴下腹部腹胀感，无发热畏寒，无头晕头痛，无心悸出汗，患者诉昨日自行食排骨咸菜面一碗。肛门指检可及直肠下段止血夹多枚，指套染暗红色血迹，量较多。急查血常规：RBC 3.52*10¹²/L，HB 113 g/L。医嘱予再次禁食，并给予严密观察，补液、卧床、止血等对症支持治疗。

下午2pm，患者诉上午再次解血便1次，中午予去甲肾上腺素灌肠止血后又解血便2次，呈暗红色，量共约500ml，伴下腹胀，无明显腹痛，伴心悸出汗，伴头晕，伴乏力，无发热畏寒，无头痛，无胸闷气促。查体：血压 64/42mmHg，呼吸 18次/分，心律 87次/分，氧饱和度 100%，意识尚清，呼吸清，急性病容，心肺查体无殊，肛门指检指套染鲜血。予复方氯化钠、羟乙基淀粉补液升压，继续禁食、卧床、止血等对症支持治疗，后血压升至87/52mmHg，心率 85次/分，氧饱和度 97%，呼吸 19次/分。经汇报上级医师后，继续维持生命体征，备血输血。

患者稳定后予内镜中心肠镜下检查及止血治疗，进镜至直肠，见大量暗红色血液、伴血凝块、食物残渣，影响观察，退镜。检查中，患者诉心悸出汗，伴气促，伴呼吸困难，乏力，排多次血便，予测血压 52/21mmHg，心律 70次/分，呼吸 20次/分，予复方氯化钠升压、葡萄糖补液，开通两路静脉，吸氧。遂停内镜检查，立即转运病人至抢救室，告知家属病情危重，建议先抗休克，升压补液等对症支持治疗。

		<p>患者至抢救室，测血压90/63mmHg，呼吸 18次/分，心律 78次/分，氧饱和度 100%，患者目前生命体征较前平稳，考虑患者仍有肠道出血，予复查血常规、凝血、生化、全腹部增强CT，予留置导尿、开通中心静脉通路，签病危通知书。血常规：红细胞计数：2.52\times10¹²/L，血红蛋白测定：85.00g/L。再次行普通肠镜：进镜至距肛40cm处，可见大量黄色粪便，退镜至30cm处，见原结肠息肉摘除后三枚钛夹固定妥当；继续退镜可见大量暗红色血凝块及食物残渣；距肛5cm可见原ESD创面，原五枚钛夹尚存三枚，ESD创面未见明显新鲜出血，三枚钛夹中两枚已松动，予以摘除松动钛夹，反复观察ESD创面无新鲜出血，予去甲肾上腺素保留灌肠。予继续关注生命体征及大便情况。</p> <p>患者返回病房后给予输血对症治疗生命体征稳定，未再发活动性出血。</p> <p>3. 本人在此期间起到的作用暨小结</p> <p>在本例病例中，我作为患者主管医师，在患者出现便血的第一时间能立刻给予相关应急方案，积极抢救，并随时保持与上级医师及兄弟部门的联系，保证了沟通和医嘱的畅通执行，此病例发生在我院病房开业仅一年余的时间，为今后可能出现的类似时间积累了宝贵的经验，在抢救过程中能够做到随时安抚患者的情绪，安慰患方并解释好病情变化，大大减少了医疗纠纷的发生率，提升了患方的满意度。</p>
2020-01-13	秋水仙碱中毒导致危重症一例	<p>2020年1-2月期间，我科成功诊断并救治因秋水仙碱中毒导致危重症患者一名，患者同时合并肠梗阻、粒细胞缺乏、血小板减少、肝功能异常等多种合并症。</p> <p>1. 病史资料</p> <p>患者，女，71岁，既往健康一般，有高血压病，心房颤动，痛风病史，1周前有车祸伤。因“腹部疼痛3天余”入院。患者3天前外院住院期间出现腹部疼痛，为胀痛，以上腹部及左侧为主，呈持续性，伴恶心，无呕吐，今日解大便一次，量少，色黄，成形，症状无明显缓解，拟“肠梗阻”入院。</p> <p>入院查体：皮肤巩膜无黄染，气管居中，双肺呼吸音清，未闻及干湿罗音，心音中等，律齐，未闻及各瓣膜区病理性杂音，腹膨隆，上腹部及左侧压痛，无明显反跳痛，肝脾肋下未及，肠鸣音存在，双肾区无叩痛，四肢肌力V级，肌张力正常，四肢活动可，病理征未引出，生理反射存在。</p>

辅助检查：颅胸腹CT：脾脏外形稍增大，挫裂伤可能，胆囊肿大，胆囊底部囊壁增厚，肝脏下缘旁少许模糊稍低密度影，少量积液可能。环池区域间少许高密度影，提示蛛网膜下腔出血。右额及左颞枕顶部头皮肿胀，皮下血肿形成。

2. 诊疗过程

患者入院后一般情况差，查体同前。化验提示白细胞计数： $0.8110^9/L$ ，血小板计数： $14.0010^9/L$ ，肌酐： $176.97\mu mol/L$ ，尿酸： $533.00\mu mol/L$ ，尿素： $10.80mmol/L$ ，谷丙转氨酶 $189 U/L$ ，谷草转氨酶 $58U/L$ 。

诊断考虑：1. 白细胞血小板减少待查：继发？MDS？ 2. 肾功能异常 3. 肝功能异常 4. 肠梗阻 5. 高血压病 6. 心房颤动 7. 多发头皮血肿 8. 蛛网膜下腔出血。予多科室会诊后，给予抗感染、护肝、输血小板等对症支持治疗。患者经上述治疗后病情未见明显好转。

通过反复询问病史，我们了解到，患者有“痛风”病史数年，于我院住院前曾于外院住院治疗，10天前给予“秋水仙碱”控制痛风症状，服用3天后出现腹泻，予以停药，对症治疗，故而不排除秋水仙碱片中毒引起可能。风湿科会诊认为秋水仙碱中毒临床少见，患者既往有服用相关药物病史，故而不能排除秋水仙碱中毒；通过查询文献，我们发现秋水仙碱发病少见，且临床无特效治疗药物，仅有维持生命体征稳定等一般治疗，待秋水仙碱自然代谢排出。

诊断明确后再次组织会诊，结合多学科会诊意见后我们给予禁食、补液、升白细胞、升血小板、护肝、护胃、水化、碱化尿液，留置导尿、记24小时出入量，抗感染等对症治疗，患者未见明显好转，神志嗜睡，血压 $155/89mmHg$ ，心率 96 次/分，呼吸 20 次/分，心率 114 次/分，氧饱和度 96% 。查体：皮肤巩膜无黄染，气管居中，双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿罗音，心音中等，心律绝对不齐，未闻及各瓣膜区病理性杂音，腹膨隆，腹部压痛反跳痛不配合，肝脾肋下未及，肠鸣音存在，双肾区无叩痛，四肢肌力不配合，肌张力正常，四肢活动不配合，病理征未引出，生理反射存在。考虑心功能不全。遂决定转ICU进一步治疗。

患者经ICU治疗两周后转回我科，出院时一般情况可，各项化验较前改善，告知相关风险后同意出院。

3. 本人在此期间起到的作用暨小结

在本例病例中，我作为患者主管医师，在病人诊断不明确的情

		况下积极主动寻找病因，多方查证，并能够及时发现少见病。在救治过程中，能够及时组织多科室会诊，保证了沟通和医嘱的畅通执行。此病例发生于我院开业初期，通过多科室联动配合，完成了一次很好的多科室联动治疗的演练，同时使患者得到了妥善的救治，提升了患方的满意度。
--	--	--

19. 新理论、新知识、新技术应用推广				
起止时间	项目名称	项目来源	项目概况	应用推广情况及成效
2019-03-01~ 2019-12-31	肛瘘栓填塞结合肛门括约肌间瘘管结扎术治疗肛管括约肌间型肛瘘	宁波市杭州湾医院	<p>肛瘘为肛管直肠瘘的简称，是肛肠外科常见疾病，指肛管或直肠与会阴皮肤相同的慢性感染性管道，其内口多位于齿状线附近，少数位于直肠，外口多位于肛周皮肤，少数位于臀部。肛旁脓肿是肛瘘的主要病因。根据内外口的位置和瘘管行径和括约肌的关系，肛瘘可以分为经肛管括约肌型、肛管括约肌间型、肛管括约肌上型及肛管括约肌外型等多种类型，其中又以肛管括约肌间型最为常见（约70%）。肛瘘栓为新型填充材料，目前有较多文献论述括约肌间瘘管结扎术（Ligation of intersphincteric fistula tract, LIFT）同括约肌间瘘管结扎术（Ligation of intersphincteric</p>	<p>1. 目前有较多文献论述LIFT术同LIFT-PLUG术治疗肛瘘的临床对照研究结论，然而，对于临床最多见的肛管括约肌间型肛瘘，目前尚无针对性的研究报道，故而本研究填补了国内的部分空白。</p> <p>2. 研究结果表明： ：LIFT-PLUG术相比单纯LIFT术，治愈率明显提升；另外虽然手术时间有一定的延长，但是手术步骤简单易学，患者术中无明显不适，出血量也并无显著增加；其他如术后疼痛、肛门功能及创面愈合时间等指标，二者未见显著性差异。因此我们认为，LIFT-PLUG术比LIFT术治疗肛管括约肌间型肛瘘具有更高的治愈率。对今后肛瘘的临床诊疗工作提供了一定的借鉴。</p> <p>3. 发表论文一篇。</p>

			fistula tract, LIFT) 治疗肛瘘的临床对照研究, 然而对于临床最多见的肛管括约肌间型肛瘘, 目前尚无研究报道。本研究拟对比观察2种术式对肛管括约肌间型肛瘘的临床治疗效果。	
--	--	--	--	--

20. 对口帮扶（下基层）情况

起止时间	帮扶地点	帮扶内容
无		

21. 带教情况

起止时间	带教类型	带教对象类型	带教对象姓名	带教内容
无				

22. 考核情况

考核年度	用人单位名称	考核等次	考核意见
2021年	宁波市杭州湾医院	合格	2021年度考核合格
2020年	宁波市杭州湾医院	优秀	2020年度考核优秀
2019年	宁波市杭州湾医院	合格	2019年度考核合格
2018年	宁波市杭州湾医院	合格	2018年度考核合格
2018年	宁波市杭州湾医院	合格	2018年度考核合格
2017年	宁波市杭州湾医院	合格	2017年度考核合格

23. 本人述职

本人自从事医疗工作以来，在医院的领导下，紧紧围绕卫生发展大局，认真开展各项医疗工作，全面贯彻执行各级领导安排和布置的各项任务，能够认真并负责地做好医疗工作，在工作中，深切的认识到一个合格的基层医生应具备的条件。努力提高自身的业务水平，不断加强业务理论学习，始终坚持用新的理论技术指导业务工作，能熟练掌握基层卫生院的常见病、多发病。

工作中严格执行各种工作制度、诊疗常规和操作规程，一丝不苟接待并认真负责地处理每一位病人，在最大程度上避免了误诊误治。自参加工作十多年来，本人认认真真工作，踏踏实实做事，从未发生一起差错事故。

现将本人任职以来的工作情况总结如下：

一、思想方面：加强政治业务学习，不断提高自身素质。

参加工作以来，能够积极参加医院组织的各项学习活动，做到思想上，政治上时刻同党中央保持高度一致。同时，坚持学以致用、用有所成的原则，把学习与工作有机结合，做到学习工作化、工作学习化，两者相互促进，共同提高。特别是通过参加医院组织的各项评比活动，对照先进找差距，查问题，找不足，自己在思想、作风、纪律以及工作标准、工作质量和工作效率等方面都有了很大提高。

二、工作方面：认真负责地做好医疗工作。

“救死扶伤，治病救人”是医疗工作者的职责所在，也是社会文明的重要组成部分，医疗工作的进步在社会发展中具有不可替代的作用，为此，我以对患者负责的精神，积极做好各项工作。一是坚持业务学习不放松。坚持学习理论研究的新成果，不断吸取新的营养，促进自己业务水平的不断提高。二是坚持“精益求精，一丝不苟”的原则，热情接待每一位患者，坚持把工作献给社会，把爱心捧给患者，从而保证了各项工作的质量。

三、学习方面

面对新知识，新技术不断的涌现，我每周花一定时间通过网络和电子书刊了解最新的医学动态，及时为自己充电。积极参加院科组织的疑难病历讨论，经常复习所学的知识，做到温故而知新，及时将所学知识应用到临床，努力使自己在科技日新月异的今天不致落伍。

回首过去的工作，总的感觉是忙与累，但我觉得很充实；尽管付出了很多，但面对患者的赞许、夸奖和认可，我觉得所有的付出都值得。

在今后的工作中，我将以锲而不舍得追求和永远向上得执着脚踏实地得去努力工作，严格要求自己，钻研业务，尽职尽责，为卫生事业贡献毕生力量！