

卫生系列高级职称申报人基本情况及评审登记表

姓名	王东江	性别	男	出生	1974年9月	参加工作时间	1997-7-01	现工作单位	广州市干部疗养院	现任行政职务	无					
所在科室	体检中心	现工作岗位	管理岗位 <input type="checkbox"/> 专业技术岗位 <input checked="" type="checkbox"/> 工勤技能岗位 <input type="checkbox"/> 双肩挑 <input type="checkbox"/>													
何时毕业于何院校何专业	2008年7月毕业于哈尔滨医科大学内科学专业		本专业最高学历	硕士研究生	学位	硕士	办学形式	全日制	现职称专业及名称	普通内科主治医师	现职称获得方式	考试	现职称获得时间	2007-05-01	现职称发证单位	内蒙古人事厅
现从事何专业技术工作	内科学	现受聘何专业技术职务	普通内科主治医师	从事本专业或相近专业技术工作	18年	申报何职称	(普通内科)专业(副主任医师)职称	有无同时或不同时申报其他系列(专业)职称及其名称			无					
职称外语考试				全国计算机应用能力考试				专业实践能力考试(考评结合专业填写)								
已获得A级级别合格证	成绩 80 分,属 / 倾斜范围	考试时间	2010-04	属 / 免试范围	已获得 5 个 模块合格证	属 / 政策倾斜范围	考试专业	普通内科(临床)	考试成绩	68	考试时间	2019-04-20				
主要工作经历	1997-07~2005-09 内蒙古扎兰屯中蒙医院 医生 医师 2008-09~2010-09 广州市干部疗养院 医师 2010-09~2019-09 广州市干部疗养院 主治医师															
专业技术工作经历(能力)及业绩成果情况	本人自评认为具备专业技术工作经历(能力)条件第(一)(二)(三)(四)(五)项、业绩成果条件第(二)2项之规定,主要理由(注明时间、项目内容(含效果、评价、获奖情况等)及个人完成量、所起作用或排名): 本人至2010年9月起被医院聘任为主治医师。主要工作范围是内科诊疗、预防保健、科研等工作。由于我院中老年患者较多,多年的工作使我提高了对中老年多发病及慢性病的处理能力,提高了对急危重症的诊断和救治水平。我能熟练地处理好急性心衰、急性冠脉综合征、呼吸衰竭、高血压急症、糖尿病急性并发症等内科急症。在广东省人民医院内科进修期间,也能独立解决复杂疑难的临床问题,多次完成科内外会诊和抢救工作。日常工作中我还开展了糖尿病及高血压病的健康管理工作,把来我院检查后发现的2型糖尿病患者及糖耐量异常人群、高血压人群作为管理对象,结合患者的实际情况确定管理目标,建立患者的健康档案,并进行随访及远程干预。现已完成近五百例的病例监测和管理的工作,该项工作取得了良好的管理效果,我还发表了相关的文章。 临床工作离不开科研,我于2014年7月开始参与黑龙江省卫生计生委科技项目《核PI-PLCβ1在骨髓增生异常综合征表达的研究》的立项及实施工作,作为主要研究人员(第二名),负责搜集资料和数据的工作。经过5年多的努力,该课题顺利结题,我也参与了该课题的论文发表。 我经常参加各种学术会议,在临床工作中阅读大量医学书籍,坚持写临床心得和科研论文。目前已发表近十篇论文,如《培哚普利对急性心肌梗死患者血管内皮功能及EPCs水平的干预作用》、《远程干预联合血糖监测对糖尿病前期人群综合管理的探讨》、《慢性左心衰竭患者血浆内脏脂肪素与高敏C反应蛋白变化的研究》、《依那普利联合倍他乐克对高血压的疗效观察》、《骨髓增生异常综合征患者骨髓涂片的免疫表型分析》等,分别被《解放军预防医学》、《广州医药》等杂志录用。															
本人对负面工作的说明: 无																
交 专业 技术 报告 (代表 作) 提 交 论 文、 著 作 或	标 题 内 容	作 者 名 次	期 刊 名 称	刊 号	_____年__月__期__卷											
	培哚普利对急性心肌梗死患者血管内皮功能及 EPCs 水平的干预作用	第一作者	解放军预防医学杂志	ISSN 1001-5248 CN 12-1198/R	2019年6月6期37卷											
	远程干预联合血糖监测对糖尿病前期人群综合管理的探讨	第一作者	广州医药	ISSN 1000-8535 CN 44-1199/R	2019年7月4期50卷											
	依那普利联合倍他乐克对高血压的疗效 观察	第一作者	中国医学创新	ISSN 1674-4985 CN 11-5784/R	2015年6月18期12卷											
评 前 情 况 公 示	公示期间未收到任何投诉及异议! _____年 月 日(公章)															
本人承诺: 本人对《评审表》所填写的内容及提交的申报材料的真实性、可靠性、可溯源性负责。如有虚假或者不真实之处,愿意接受包括撤销职称等处理决定。 申报人签名: _____年 月 日																
本《评审表》填写的内容及提交的材料,其真实性、可靠性、可溯源性,已经我单位核对无误,并对此负责且承担由此产生的一切后果。 _____年 月 日 单位负责人签名: _____ 公章																
单位负责人签名: _____年 月 日																
专业学科组评审情况	学科组人数	到会人数	同意票	不同意票	评委会评审结果		评委会人数	到会人数	同意票	不同意票						

说明: 1、此表由申报人在网上申报系统填写保存,由单位生成打印用于公示。2、“现职称取得方式”指评审、考核认定、考试。3、单位审核评价意见字数不少于150字。4、此表供评委会评审时了解申报人基本情况之用,无需提交纸质版材料。

()评委会公章:

年 月 日

卫生系列高级职称申报人员 考核表

申报人姓名： 王东江

所在单位： 广州市干部疗养院

申报专业： 普通内科

申报职称： 副主任医师

填表日期： 2019 年 10 月 10 日

广东省卫生和计划生育委员会人事处制

表 1:

项目	分值	核实部门	负责人签字	评分标准	
基本情况	政治思想素质	10	办公室	关若萍	遵守国家法律法规，服从组织安排，认真履行职责。取得现职称以来，无违规行为者得 10 分，违纪违规行为扣 5 分/次，此项无最低分。
	医德医风	10	办公室	关若萍	遵守职业道德，不收受“红包”；热情服务，避免医患纠纷。无以上违规行为者得 10 分，发生以上情况扣 5 分/次，此项无最低分。
	职务	0	办公室	陈宏辉	1. 业务科室科主任 10 分，副主任 5 分，其他职务 2 分；2. 有行政职务的申报者（包括双肩挑）此项不得分（行政职务科室包括院办、党办、办公室、人事科、护理部、医务科、质控科、后勤设备科、宣教科、防保科等）；3. 最终得分三甲医院（*100%）、三乙医院（*80%）、二甲医院（*50%）、二乙医院（*30%）、其他医院（*20%）。
	继续医学教育情况	5	办公室	陈宏辉	完成国家规定的医学继续教育学分，达标者 1 分/年。到国外/上级医院进修，2 分/次。进修时间须不短于 3 个月方为有效。
	年度考核情况	4	办公室	陈宏辉	优秀（2 分/年）、称职（0 分/年）。
	承担支援任务情况	0	医务科	刘娜	援疆、援藏、援非满一年，2 分/年，城市卫生技术人员支援基层 1 分/年。
学历资历	专业学历	6	办公室	陈宏辉	博士研究生 10 分、硕士研究生 6 分、本科 3 分。
	专业学位	6	办公室	陈宏辉	博士 10 分、硕士 6 分、学士 3 分。
	从事本专业工作年限	18	办公室	陈宏辉	从事本专业工作年限，1 分/年。在基层医疗单位工作 2 分/年，此项目无最高分。（全日制或脱产读书时间不得计算在内）
	聘任现职称年限	16	办公室	陈宏辉	聘任现职称年限 2 分/年，此项目无最高分。
笔试	高级实践能力考试成绩	6.8	办公室	陈宏辉	按照得分 10%计。
带教情况	专题授课、讲座次数	0	医务科	刘娜	近 5 年为下级医师专题授课（副高）、学术报告讲座（正高）次数，2 分/次。
	带教情况	10	医务科	刘娜	近 5 年培养下级卫生技术人员或带教研究生数，2 分/人。

项目		分值	核实部门	负责人签字	评分标准			
科研论文	编写著作或译著	0	医务科	刘娜	主编 4 分/本、其他主要编者 2 分/本。取得 ISBN 统一书号,且全书字数 30 万字以上方可计入得分。主编个人承担字数必须在 10 万字以上,其他主要编者一般应在 2 万字以上。多人完成的著作中,只有著作的章节有明确界定的才可以计算编著者完成的字数,没有明确界定的,不算。科普类、手册类、论文汇编、诊疗常规等不得计入在内。此项目无最高分。			
	发表本专业论文	4	医务科	刘娜	SCI 3 分/篇、中文核心 2 分/篇、其他 1 分/篇。符合职称条件对论文要求的方可计入在内。核心期刊目录以 2015 年《中文核心期刊要目总览(第七版)》为准。此项目无最高分。			
	会议宣读论文	0	医务科	刘娜	国际性 4 分/篇、全国性 3 分/篇、省级 2 分/篇、地市级 1 分/篇(本款仅适用于申报基层卫生及护理专业,其他专业此项目填写“0”)。此项目无最高分。			
业绩成果	立项课题	5	医务科	刘娜	1. 国家、省部级立项课题(排名第一 10 分,第二第三负责人 5 分)2. 市(厅)级以上立项课题(排名第一 5 分,第二第三负责人 3 分);3. 市卫计局立项课题(排名第一 3 分,第二第三负责人 1 分);4. 广州、深圳市区科技局立项课题(排名第一 2 分,第二第三负责人 1 分)。课题未结题只取得阶段性进展报告的课题得分(*50%),所有课题均需符合职称条件规定方可计入得分。此项目无最高分。			
	科技成果奖	0	医务科	刘娜	1. 国家、省(部)级科技成果奖一等奖(排名第一 10 分、其他主要完成人 6 分)、二三等奖(排名第一 8 分、其他主要完成人 5 分)2. 市(厅)级以上科技成果奖一等奖(排名第一 6 分、其他主要完成人 3 分)、二三等奖(排名第一 4 分、其他主要完成人 2 分);获奖材料均需符合职称条件规定方可计入得分。此项目无最高分。			
	新技术新项目推广应用	0	医务科	刘娜	主持完成本专业新技术新项目推广应用项目,2 分/项(本款仅适用于申报基层卫生,申报其他专业此项目填写“0”)。此项目无最高分。			
项目	年度	2014年1月 至 2014年12月	2015年1月 至 2015年12月	2016年1月 至 2016年12月	2017年1月 至 2017年12月	2018年1月 至 2018年12月	核实部门	负责人 签字
	健康教育与健康促进次数	20	25	30	38	50	医务科	刘娜
健康档案管理数		30	35	40	42	61	医务科	刘娜

表 2-1:

临床医学专业技术工作情况

项目	年度		2014年1月 至 2014年12月	2015年1月 至 2015年12月	2016年1月 至 2016年12月	2017年1月 至 2017年12月	2018年1月 至 2018年12月	核实部门	负责人 签字	
专业 技术 工作 情况	直接参加专 业技术工作 天数		240	238	232	240	235	医务科	刘娜	
	门(急)诊工 作天数		210	178	202	225	228	医务科	刘娜	
	门(急)诊人 次数		1615	3386	3152	3360	3206	医务科	刘娜	
	病房工作天 数		0	0	0	0	0	医务科	刘娜	
	主持专科查 房次数		0	0	0	0	0	医务科	刘娜	
	手术数	主刀	大	0	0	0	0	0	医务科	刘娜
			中	0	0	0	0	0	医务科	刘娜
			小	0	0	0	0	0	医务科	刘娜
		第一助 手	大	0	0	0	0	0	医务科	刘娜
			中	0	0	0	0	0	医务科	刘娜
			小	0	0	0	0	0	医务科	刘娜
	主持、参与疑 难病例讨论 次数		7	9	8	10	12	医务科	刘娜	
	承担院内 会诊次数	院内	2	23	5	6	10	医务科	刘娜	
		院外	0	0	0	0	0	医务科	刘娜	
	主持危重病 人的抢救数		2	4	5	6	8	医务科	刘娜	
解决本专业 复杂疑难技 术问题数		6	7	9	10	12	医务科	刘娜		
事故	医疗事 故	0	0	0	0	0	医务科	刘娜		
	医疗差 错	0	0	0	0	0	医务科	刘娜		
单位 说明	我院暂未设置病房及手术室，因此无相关工作数据。									

专业技术工作报告

申报人：王东江

所在科室：体检中心

申报职称：副主任医师

申报专业：普通内科

专业技术工作报告

个人简介：

本人 1997 年毕业于内蒙古民族大学医学院临床专业，毕业后分配到内蒙古扎兰屯市中蒙医院从事临床工作 8 年，在该院工作期间，主要从事呼吸、心血管、内分泌专业，积累了丰富的临床经验。2005 年以优异的成绩考入哈尔滨医科大学心内科，2008 年 7 月获得临床医学硕士学位，同年 8 月进入广州市干部疗养院继续从事内科临床工作，2010 年 9 月被医院聘任为主治医师。本人工作认真，业务水平高，2016 年及 2018 年被评为我院的优秀工作者。

业务专长：

本人专业基础知识扎实，技能娴熟，临床经验丰富。在工作中能够独立进行内科常见病、多发病以及多种急危重症的诊治，尤其在心血管、内分泌、呼吸系统疾病的诊治及预防指导方面比较擅长。本人熟悉放射科、心脏彩超、心电图等诊疗技术，掌握多种穿刺、多种医疗设备的操作。从事临床 21 年来曾多次解决复杂疑难的临床问题，多次完成较复杂的院内外会诊和抢救工作，经常受到患者及单位的表扬。

除基本的临床医疗工作外，考虑到在我院检查的中老年公务员群体中，糖尿病、高血压等慢性疾病高发的情况，我组织及参与了“糖尿病健康管理”和“高血压健康管理”项目。主要是将来我院检查后发现的糖尿病患者及糖尿病前期人群、高血压人群作为管理及干预对象。通过建立个人健康档案，利用网络及电话对患者进行远程指导和干预。同时定期开展 2 型糖尿病及高血压防治讲座，帮助高危人群了解糖尿病、高血压的危害，提高他们对慢性病的认识，指导目标人群进行“合理膳食、戒烟戒酒、适量运动、心理平衡”的健康生活方式。我重点干预 35 岁以上的糖尿病前期、正常高值血压、超重肥胖人群，以求推迟或预防慢性病的发生。同时指导已经确诊的糖尿病及高血压患者规范用药，定期就诊，告诉患者出现哪些异常时应及时就诊，从而使慢性病得到有效的控制。经过 3 年的努力，仅糖尿病管理一项就惠及 500 多人，被管理人员血糖控制平稳，糖尿病前期人员大多未进展至糖尿病阶段。这一工作受到患者、家属及单位好评，成为我院的一项标志性工作。

科研方面：

我于 2014 年 7 月开始参与黑龙江省卫生计生委科技项目《核 PI-PLC β 1 在骨髓增生异常综合征表达的研究》的立项及实施工作，作为主要研究人员（第二名），负责搜集资料和数据析工作。经过 5 年多的努力，该课题顺利结题，我也参与了该课题的论文发表。

我经常参加各种学术会议，在临床工作中阅读大量医学书籍，坚持写临床心得和科研论文。目前已发表近十篇论文，如《培哚普利对急性心肌梗死患者血管内皮功能及 EPCs 水平的干预作用》、《远程干预联合血糖监测对糖尿病前期人群综合管理的探讨》、《依那普利联合倍他乐克对高血压的疗效观察》、《慢性左心衰竭患者血浆内脏脂肪素与高敏 C 反应蛋白变化的研究》、《骨髓增生异常综合征患者骨髓涂片的免疫表型分析》等，分别被《解放军预防医学》、《广州医药》、《中国医学创新》、《白求恩医学杂志》、《国际免疫杂志》等杂志录用。

教学方面：

本人自任职以来始终注重带教工作，积极指导下级医师日常工作，精心帮扶下级医师进行各种常用内科操作，努力提高下级医师对常见病、多发病的诊治水平。本人曾多次组织院内讲座，发挥了业务骨干作用。我还指导科室医生完成科研工作，共同发表论文数篇。

参与疑难抢救典型案例：

2017 年 12 月份在广东省人民医院进修期间参与抢救病例：张某，男性，50 岁。因“饮酒后胸闷不适 30 分钟，意识丧失 5 分钟”入院。患者晚间饮白酒 150 克后在家中自觉胸闷不适，向家人索要“速效救心丸”口服无好转，后患者突发意识丧失，呼吸微弱，呼之不应。遂拨打 120 急救电话送入急诊抢救室。患者病程中无抽搐、二便失禁等。既往有“心脏病”史，具体不详。入科查体：BP:0mmHg，P:0 次/分，R:6 次/分。意识丧失，颈动脉搏动消失，叹息样呼吸，面色口唇重度紫绀，双瞳孔等大等圆直径 3.5mm，直间接对光反射消失，心音消失。急救处理：病危通知，面罩给氧，心电监护示室颤，立即给予 360J 电除颤，后显示室速，建立静脉通道，胺碘酮 150mg 静推，0.9%生理盐水 500ml 加胺碘酮 450mg 静点，肾上腺素 1mg 静推，每 3min 一次，纳洛酮 2mg 静推。同时给予吸痰，吸出大量含酒味胃内容物约 400ml，未见咖啡色液体，气管插管接呼吸机辅助呼吸，戴冰帽做低温脑保护，并且持续胸外心脏按压 ≥ 100 次/分；患者 30 分钟后恢复自主心律，四肢出现不自主抽动，双眼球左右转动，SPO₂:80%。查体 BP:186/130mmhg,心率:120 次/分，双瞳孔等大等圆直径约 3mm 对光反射迟钝，面色口唇红润，四肢温暖。急诊心电图示急性广泛前壁高侧壁心肌梗死，肌钙蛋白阳性，与家属沟通后收入 CCU 住院。诊断：1.CPR 术后 2.心源性猝死 3.恶性心律失常 4.急性广泛前壁高侧壁心肌梗死 5.酒精中毒。三天后病情：患者脱呼吸机，改面罩

给氧。神志清，生命体征平稳，四肢活动自如。后行冠脉造影示：左主干狭窄 95%，遂植入支架一枚。两周后患者病情平稳出院。

在今后的工作中我将继续努力，在业务上以内科学为基础，发挥自己的心血管及内分泌专业特长，积极开展新技术、新疗法，注重理论联系实际，加强医疗、教学、科研及业务管理工作，同时注重职业道德的培养与完善，树立良好的医德风范，更好地为患者服务，为社会服务。

王东江

广州市干部疗养院/广州市第十人民医院

2019年9月23

注明：此表内容由申报人在网上申报系统填写保存，由单位生成打印用于公示。

意识不清查因病例

姓名：陈某某 性别：男性 年龄：62岁

主诉：反复意识不清1月余，再发1日。

现病史：患者1月前晨起时出现意识不清，家人呼之能应，无伴抽搐、口角歪斜、大小便失禁等。症状持续约2-5分钟，休息及饮水后症状可逐渐改善。1周前患者再次出现同样症状，外院拟诊为“脑供血不足”，并与降脂及中成药治疗。今晨患者再次出现意识不清，持续时间较久约10分钟左右，并且感觉头晕、胸闷、手足轻微抽搐，无伴出冷汗、饥饿感等其他不适。为进一步诊治来到我院。

既往史：患者有“高血压”10余年，近2年一直服用氨氯地平治疗，血压控制尚可。有“糖尿病”史2年，一直口服二甲双胍治疗，3月前因血糖控制不佳，加用格列齐特缓释片60mg qd 降糖治疗，近期血糖控制尚可，但常有饥饿感，平时就诊时空腹血糖为4.6-6.6mmol/L左右。无手术史，诉有颈椎增生。

个人史：吸烟40年，20支/日，已经戒烟3年。

家族史：不详。

过敏史：无。

查体：T: 36.7℃ P: 84次/分 R: 20次/分 BP: 160/90 mmHg

神志欠清，回答切题，营养中等，发育良好，体型偏瘦，家人搀扶来诊，无明显脱水貌，全身皮肤粘膜无黄染，未扪及浅表淋巴结肿大。头颅无畸形，双眼球不突，双侧眼裂对称，眼睑无浮肿，结膜无充血，双侧瞳孔等大等圆，光反射存在。口角无歪斜，伸舌居中，双侧扁桃腺不肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率84次/分，律齐，无病理性杂音。腹平软，无压痛反跳痛，肝脾肋下未及，双肾区无叩击痛。脊柱四肢无畸形，四肢肌力及肌张力正常，生理反射存在，病理反射未引出。双足背动脉搏动减弱。

辅助检查：

血常规：正常。

血电解质：钾、钠、氯 正常。

肝肾功能：正常。

血生化：血糖等正常

心肌酶谱：正常。

头颅CT：正常。

心电图：正常。

胸片：未见异常

肝胆脾胰、肾脏、膀胱超声：正常。

颈动脉彩超：双侧颈总动脉局部增厚。

心脏彩超：主动脉瓣轻度反流。

初步诊断：

- 1.意识不清查因（低血糖？）
- 2.2型糖尿病
- 3.高血压病2级（极高危组）

诊断依据

- 1、该患者为老年男性。既往有高血压，查体：BP160/90mmHg。
- 2、有糖尿病病史，近3个月加用格列齐特。近期常有饥饿感。

- 3、反复发作，休息饮水后可改善，本次发作有手足轻微抽搐。
- 4、辅助检查：头颅 CT 显示正常、肝功能、血常规、心脏彩超、心电图正常。

本病例重点是反复意识不清及昏迷的鉴别诊断：

- 1、中枢神经系统疾病引起的昏迷及意识不清：患者有轻微的手足抽搐，但是查体提示瞳孔正常，无口角歪斜，颈软，四肢肌力、肌张力正常，生理反射存在，病理发射未引出，但患者头 CT 提示正常。
- 2、颈椎病引起的昏迷及意识不清：患者颈椎 X 光片有颈椎增生，但是没有提示颈椎间盘突出，没有手足麻木等颈椎病症状，暂不考虑，必要时可进一步做颈椎 MRI。
- 3、电解质紊乱与酸碱失调引起的昏迷：患者辅助检查提示电解质、血气分析基本正常，予以除外。
- 4、内源性毒物引起的昏迷及意识不清：患者无慢性肝病等病史，必要时查血氨，进一步除外，无尿毒症病史，查肾功能正常，予以除外。
- 5、外源性毒物引起的昏迷：患者无服用乙醇、抗抑郁镇静药物、有机磷等，接触挥发性毒物、一氧化碳等病史，暂不考虑。
- 6、环境异常及体温调节障碍引起的昏迷：患者体温正常，暂不考虑。
- 7、脑低灌注引起的昏迷：（1）低血容量休克，患者无失血等病史，BP160/90mmHg，无休克提示，予以除外。（2）心源性疾病，患者既往无心脏疾病病史，查体心律齐，无杂音，心电图正常，心肌酶谱正常。胸片：心影未提示异常。因此心律失常、心梗、严重瓣膜病、心包填塞等引起的昏迷依据不足，必要时复查心电图及心梗指标，以进一步除外非 ST 段抬高心梗。
- 8、颈动脉狭窄引起的昏迷及意识不清：患者有轻微颈动脉斑块，但是未提示颈动脉狭窄或闭塞，暂时不考虑。
- 9、内分泌及代谢疾病：（1）甲亢、甲减、嗜铬细胞瘤等，但依据不足，必要时完善甲功等辅助检查。（2）血糖异常引起的昏迷：结合患者糖尿病病史，长期服药特别是磺脲类长效降糖药，首先要考虑低血糖昏迷，完善血糖检查可明确。糖尿病酮症、高渗昏迷等，症状及检查不支持。
- 10、无外伤史，头颅 CT 未见出血，血压无休克提示，予以除外外伤引起的昏迷。
- 11、癔症：老年患者，既往无类似病史，查体所示，不予以考虑。
- 12、血液科疾病如严重贫血等，但患者血常规正常，不支持该诊断。

进一步辅助检查：

雅培瞬感连续动态血糖监测

急诊处理

- 1.吸氧
- 2.留观，预与葡萄糖加胰岛素加氯化钾的极化液，补充能量及电解质。
- 3.测指尖血糖 15 分钟一次。
- 4.暂时将格列齐特缓释片改为 30mg qd。
- 5.嘱患者症状改善回家后按时进食，按时服药，随身携带食物。
- 6.嘱患者每日查血压、血糖。

复诊情况：

- 2 周复诊，患者诉晨起时仍然偶有轻微意识不清，时间短暂约数十秒，症状改善快，未至急

诊，无出现饥饿感、心悸、手抖等症状。

辅助检查：动态血糖监测显示，近 2 周患者有多次低血糖发生。

治疗：

- 1.完全停用格列齐特缓释片。
- 2.改用二甲双胍加吡格列酮降糖方案。
- 3.再次做动态血糖监测。

4 周后复诊情况：

患者意识不清的症状完全消失，无明显饥饿感、心悸、手抖等不适。

辅助检查：动态血糖监测显示，近 2 周无低血糖发生，血糖控制平稳。

总结：

- 1.格列齐特等磺脲类降糖药物，容易有低血糖反应，老年对药物的耐受低，容易发生，而且常有不典型的低血糖表现，如昏迷、意识不清、性格改变等，需要注意鉴别。
- 2.老年患者，有糖尿病、高血压病，属于心脑血管病高发人群，如突发昏迷就诊，医师除考虑急性心脑血管意外等，需考虑糖尿病相关昏迷。
- 3.怀疑低血糖，立即测血糖，以明确诊断；无法测定血糖时暂按低血糖处理。
- 4.急诊按低血糖诊治流程处理，患者意识恢复后至少监测血糖 24-48 小时
- 5.需要内分泌科医师指导患者后续治疗，加强日常血糖监测。

门诊

广州市干部疗养院/市十一人民医院检验报告单



姓名：陈善鸿

性别：男

年龄：62

样本类型：血清

标本编号：21

送检科室：

病历号：

诊断：

条码号：

采样日期：2018-08-08 10:47:01

床号：

备注：

代号	项目	结果	参考值	代号	项目	结果	参考值
9501	钾 (K)	4.1	3.5--5.5 mmol/L				
9502	钠 (Na)	135	135--150 mmol/L				
9503	氯 (CL)	105	95--109 mmol/L				
9505	总二氧化碳结合力 (TCO2)	25.3	22.0--29.0 mmol/L				

送检医生：王东江

检验日期：2018-08-08 10:47:01 报告日期：2018-08-08 14:27:01

检验者：周勇 审核者：周勇

本报告仅对所检测的标本负责

门诊

广州市干部疗养院检验报告单



姓名: 陈善鸿

性别: 男

年龄: 62岁

样本类型: 血清

标本编号: 2

送检科室:

病历号:

诊断:

条码号:

检验日期: 2018-08-08 15:47:01

床号:

备注:

序号	检验项目	结果	单位	参考值范围	提示	检验方法
1	红细胞(TG)	4.97	10 ¹² /L	4.09--5.74		
2	血红蛋白(HGB)	148	g/L	131--172		
3	红细胞压积(HCT)	0.42	L/L	0.38--0.508		
4	红细胞平均体积(MCV)	84.8	f1	83.9--99.1		
5	平均红细胞血红蛋白(MCH)	29.7	pg	27.8--33.8		
6	平均红细胞血红蛋白浓度(MCHC)	350	g/L	320--355		
7	白细胞(WBC)	4.81	10 ⁹ /L	3.97--9.15		
8	中性粒细胞绝对值(NEUT#)	2.44	10 ⁹ /L	2.04--7.6		
9	中性粒细胞百分比(NEUT%)	51	%	50--70		
10	淋巴细胞绝对值(LYMPH#)	1.77	10 ⁹ /L	0.8--4		
11	淋巴细胞百分比(LYMPH%)	37	%	20--40		
12	嗜酸性粒细胞绝对值(E0#)	0.27	10 ⁹ /L	0.02--0.5		
13	嗜酸性粒细胞百分比(E0%)	5.6	%	0.5--5	↑	
14	嗜碱性粒细胞绝对值(BASO#)	0.01	10 ⁹ /L	0--0.1		
15	嗜碱性粒细胞百分比(BASO%)	0.3	%	0--1		
16	单核细胞绝对值(MONO#)	0.32	10 ⁹ /L	0.12--1		
17	单核细胞百分比(MONO%)	6.5	%	3--10		
18	血小板(PLT)	201	10 ⁹ /L	85--303		
19	血小板压积(PCT)	0.174	%	0.108--0.282		
20	平均血小板体积(MPV)	8.69	f1	7--13		
21	血小板分布宽度(PDW)	15.9	%	8--18.1		
22	红细胞分布宽度(RDW)	12.4	%	9--15		
23	红细胞分布宽度标准差(RDW_SD)	38.5	%	35.1--43.9		

送检医生: 王东江

报告日期: 2018-08-08 15:47:01

检验者: 周勇 审核者: 周勇

本报告仅对所检测的标本负责



广州市干部疗养院/广州市第十11人民医院

CT 检查报告单

CT 检查号：8596

姓名	性别	年龄	单位	申请科室	编号
陈善鸿	男	62		门诊	

颅脑 CT 平扫

脑实质内未见异常密度影，脑室系统形态、大小、密度正常，中线结构居中，脑沟、裂、池不增宽。扫描所见颅骨未见异常。

意见：颅脑 CT 平扫未见异常。

初诊医生：王桂枝

审核医生：谭光萍

2018 年 08 月 08 日

(报告仅供临床医生参考)

陈善鸿
男 62

葡萄糖波动趋势解析 (含葡萄糖读数)

2018年8月8日 - 2018年8月22日 (15 天)

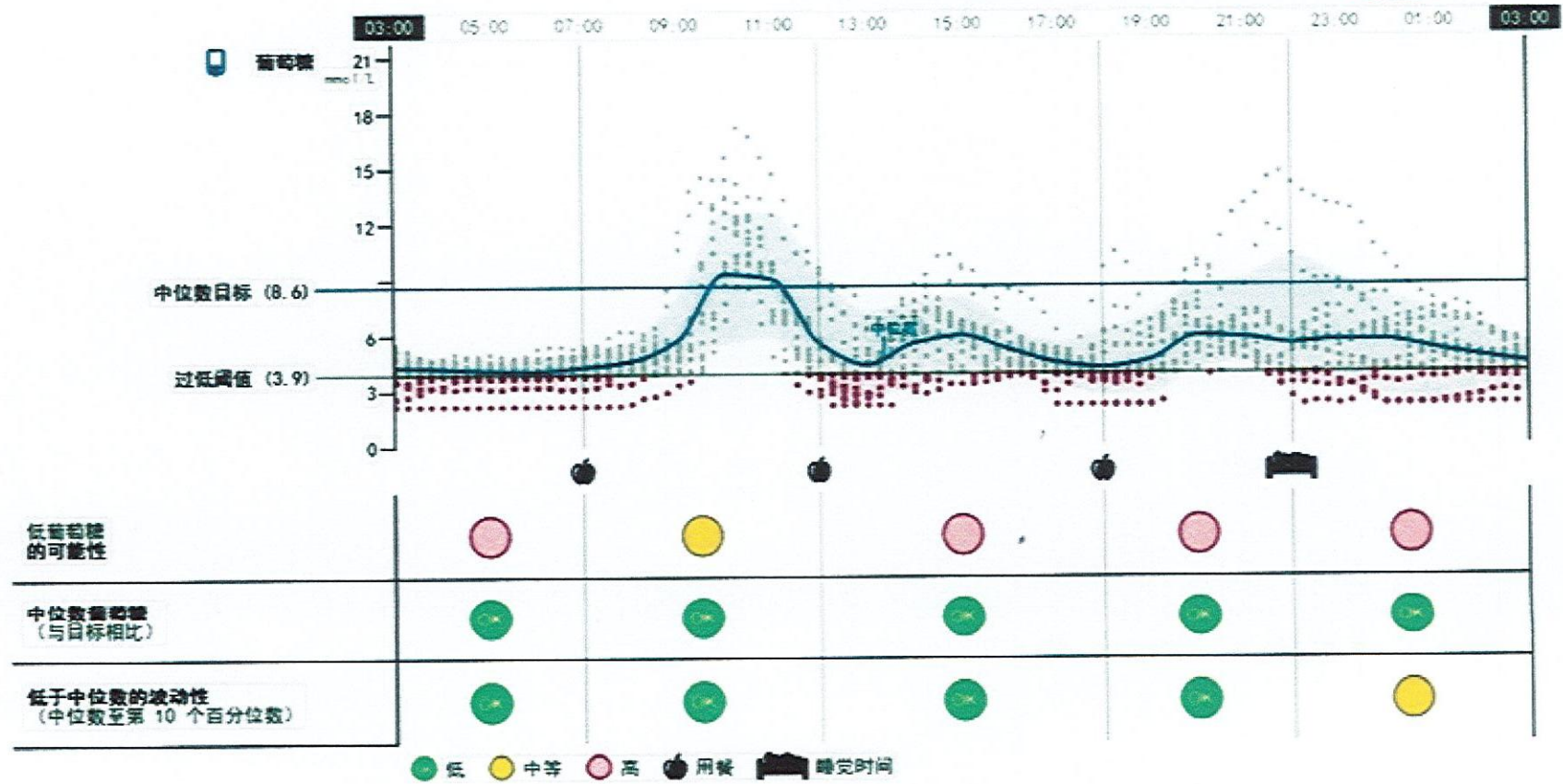
低葡萄糖限值设置: 中

中位数目标设置: 8.6 mmol/L (糖化血红蛋白: 7.0% 或 53 mmol/mol)



预估糖化血红蛋白 5.0 % 或 31 mmol/mol

数据来自: 辅理善顾感医院用
辅理善顾感医院用 1.0



陈善鸿
2018.8.22

房颤查因病例报告

患者：林某某 性别：女 年龄：75岁

主诉：反复心悸、乏力2月余，加重伴气促1周。

现病史：

患者近2月来无明显诱因下出现心悸、乏力症状，偶有胸闷感。无伴胸痛、头晕、手抖，无口干、多汗等，起病后感睡眠及精神差、大便次数增多。胃纳正常、体重变化不明显。患者一直在当地医院就诊，查心电图显示“快速型房颤”，考虑为冠心病、房颤，并予以胺碘酮、曲美他嗪等药物治疗，但症状改善不明显。近一周来患者症状加重伴气促感，遂来我院就诊。

既往史：有高血压病10余年，现服用厄贝沙坦控制血压，平时血压控制良好。否认糖尿病、冠心病、慢性支气管炎等慢性病史。否认肝炎、肺结核等传染性病史。10余年前曾因消瘦症状被诊断为甲亢，后经药物治疗（具体不详）。

个人史：无特殊，近期无出游。

家族史：无特殊。

过敏史：否认食物、药物过敏史。

体格检查：

T37℃、P105次/分、R25次/分、BP130/80mmHg，身高：159cm、体重：58kg，BMI：22.9kg/m²。神志清楚，发育正常，营养中等，查体合作。双眼球各方向活动可，双眼睑无浮肿，睑裂无增宽，眼睑无外挛缩，角膜无外露，双眼无明显突出，Stellwag征阴性，Mobius征阴性，Von Graefe征阴性，Joffroy征阴性。双侧甲状腺I度肿大，质中，表面光滑无及结节，无压痛，可随吞咽上下活动，未闻及血管杂音。双肺呼吸音清，未闻及干湿罗音，右下肺听诊音稍低。心界不大，心率105次/分，律绝对不齐，脉搏短绌，各瓣膜区未闻及杂音。腹平软，无压痛反跳痛，肝脾肋下未及，双肾区无叩击痛。双下肢无浮肿，四肢肌力及肌张力正常，生理反射存在，病理反射未引出。

初步辅助检查：

心电图：快速性型心房颤动（平均心室率117次/分）。

心脏彩超：主动脉瓣退行性变。

胸部X光片：无特殊。

血常规、血生化、电解质、心肌酶谱：无特殊。

大小便：无特殊。

初步诊断：

- 1.快速型心房纤颤
- 2.高血压病

房颤的病因鉴别分析及鉴别：

（1）风湿性心脏病：约占心房颤动病因的33.7%，以二尖瓣狭窄及闭锁不全多见。该患者病史，心脏彩超等不支持。

（2）冠心病：经冠状动脉造影证实为冠心病者，房颤的发生率为1.5%，陈旧性心肌梗死房颤发生率为3.8%，急性心肌梗死时的发生率为8.2%。总之冠心病的发生率是较低的。该患者有胸闷症状，心电图显示快速型房颤，心肌酶谱正常，需要进一步做冠状动脉CT造影检

测以排除。

(3) 高血压性心脏病：其心房肌的很多小动脉管腔可因内膜增厚而狭窄或完全闭塞，使局部心肌发生缺血性变化及纤维化，与房颤的发生密切相关。该患者有高血压史，但心脏彩超不支持该诊断。

(4) 甲状腺功能亢进：房颤发生率为 5%。甲功恢复后房颤随之好转。该患者有甲亢病史，甲状腺触诊 I 度大，需要进一步做甲状腺功能等检查以明确。

(5) 病态窦房结综合征：当窦房结动脉局灶性肌纤维结构发育不良，胶原结构异常及窦房结周围的变性，可促使心房颤动的发生。该患者心电图及临床表现不支持。

(6) 心肌病：各类型的心肌病，常因伴有局灶性的心房肌炎症、变性或纤维化、心房扩大易导致心房颤动的发生。该患者的病史相对较短，心脏彩超也不支持。

(7) 其他心脏病：如肺源性心脏病，房颤发生率为 4%~5%，大多为阵发性，呼吸功能改善后发作会减少。其他如慢性缩窄性心包炎、先天性心脏病等。该患者的胸片及心脏彩超不支持诊断。

(8) 预激综合征：预激并发房颤的发生率为 11.5%~39%。由于预激综合征患者的旁道不应期很短，一旦建立了折返，经旁路的冲动增加，这种冲动又折返进入左心房应激期即能诱发心房颤动。该患者心电图不支持。

(9) 全身浸润性疾病：系统性红斑狼疮、硬皮病变等；全身性感染以及慢性肺功能不全；心脏手术和外伤；洋地黄中毒、乌头碱类等中毒均可诱发房颤；各种心导管操作及电刺激、电复律术中可诱发房颤；酗酒和吸烟、情绪激动等可诱发房颤。该患者无以上病史，不支持病因诊断。

(10) 家族性房颤：系基因突变所致，多在成年之后发生，呈阵发性。房颤症状较轻，多由劳累、感染、疼痛等诱发，心功能正常。一般预后较好。该患者无房颤家族史，暂不考虑。

进一步的实验室检查：

甲状腺功能六项：

FT3: 31.38 (正常值: 3.10--6.80) pmol/L,

FT4: 79.53 (正常值: 12.00--22.00) pmol/L,

TSH: 0.007 (正常值: 0.27-4.20) uIU/L,

TRAb: 15 (正常值: <1.75) IU/mL,

TPOAb: 40 (正常值: <34) IU/ml,

TG-Ab 150 (正常值<115) IU/ml。

甲状腺彩超：符合甲亢超声改变。

冠状动脉 CT：未做。

诊断：

1.Graves 病甲亢

2.甲亢性心脏病 心律失常（房颤）心功能不全 I 级

3.高血压病

治疗经过：

该患者考虑 Graves 病甲亢复发。以甲巯咪唑 10mg bid，美托洛尔 25 mg bid 治疗。一周后复诊患者心悸症状改善。四周后复查心电图显示正常窦性心律。八周后复查甲状腺功能正常，TRAb 降低，心电图正常。调整甲巯咪唑为 10mg qd 继续治疗。

总结:

- 1.老年女性患者，心悸、乏力2个月，伴有大便增多、睡眠精神差。病史相对较短。
- 2.患者无典型的消瘦、易饥、手抖、多汗等症状。却出现了明显的房颤，容易导致误诊。
- 3.患者既往有高血压病史，无冠心病及其他心脏病史，需进一步检查排除心脏器质性疾病。患者曾有甲亢病史并且药物治疗，要考虑到甲亢药物治疗较容易出现复发，并且老年人的症状常常不典型。
- 4.外院与胺碘酮治疗，胺碘酮里面含有碘，也可以导致碘源性甲亢，加重了患者的症状。甲亢性心脏病在控制甲亢症状后，症状可以明显改善，无需特殊治疗。
- 5.对于老年患者短期内出现房颤要排除多种原因，特别是结合病史及辅助检查。

门诊

广州市干部疗养院/市十一人民医院检验报告单



姓名: 林碧兰 性别: 女 年龄: 75岁 样本类型: 血清
标本编号: 2 送检科室: 病历号: 诊断:
条码号: 检验日期: 2019-08-20 09:11:01 床号: 备注:

序号	检验项目	结果	单位	参考值范围	提示	检验方法
1	促甲状腺激素 (TSH)	0.35	uIU/ml	0.270--4.200		ELICA
2	游离三碘甲状腺原氨酸 (FT3)	4.52	pmol/L	3.100--6.800		ELICA
3	游离甲状腺素 (FT4)	20.5	pmol/L	12.000--22.000		ELICA
4	抗甲状腺过氧化物酶抗体 (Anti-TPO)	30	IU/ml	0--34		ELICA
5	抗甲状腺球蛋白抗体 (TG-Ab)	89	IU/ml	0--115		ELICA
6	抗促甲状腺受体抗体 (TRAB)	70	IU/L	0.00--1.75	↑	ELICA



广州市干部疗养院/广州市第十一人民医院

GuangZhou Ganbu Sanatorium/NO.11 People's Hospital

超声诊断报告单

姓名	林碧兰	性别	女	年龄	75岁	检查号	2019050170096
来源	体检	仪器类型	OXANA2	检查部位	甲状腺彩超		

超声描述

甲状腺左侧叶上下径：58 mm，前后径：20 mm，甲状腺右侧叶上下径：59 mm，前后径 21 mm，左右径：20 mm。甲状腺切面形态正常，两侧叶呈弥漫性对称性肿大，血流丰富，表面光滑，包膜完整，内部回声分布均匀，未见明显肿块图像。

超声提示

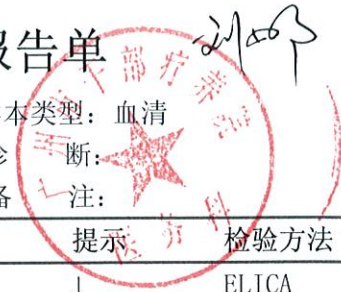
甲状腺两侧叶对称性肿大，考虑符合甲亢超声改变。

诊断医生	霍桂梅
检查时间	2019-05-17

此报告仅供临床参考。

门诊

广州市干部疗养院/市十一人民医院检验报告单



姓名: 林碧兰 性别: 女 年龄: 75岁 样本类型: 血清
标本编号: 21 送检科室: 病历号: 诊断:
条码号: 检验日期: 2019-05-17 10:47:01 床号: 备注:

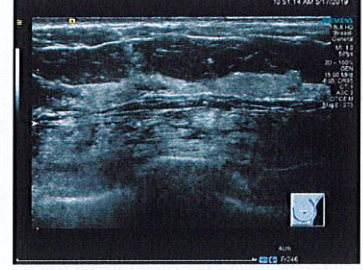
序号	检验项目	结果	单位	参考值范围	提示	检验方法
1	促甲状腺激素 (TSH)	0.007	uIU/ml	0.270--4.200	↓	ELICA
2	游离三碘甲状腺原氨酸 (FT3)	31.38	pmol/L	3.100--6.800	↑	ELICA
3	游离甲状腺素 (FT4)	79.53	pmol/L	12.000--22.000	↑	ELICA
4	抗甲状腺过氧化物酶抗体 (Anti-TPO)	40	IU/ml	0--34	↑	ELICA
5	抗甲状腺球蛋白抗体 (TG-Ab)	150	IU/ml	0--115	↑	ELICA
6	抗促甲状腺受体抗体 (TRAB)	15	IU/L	0.00--1.75	↑	ELICA

超声诊断报告单



姓名 林碧兰 性别 女 年龄 75岁 检查号 201905170379
来源 机关退休 仪器类型 OXANA2 检查部位 乳腺彩超、心脏彩超

超声图像



超声描述

双侧乳房切面形态轮廓正常,层次清楚,体积不大,内部回声均匀,腺叶呈中等强度的光点、光斑,导管呈大小相似的圆形暗区,其内未见明显异常回声。

主要测值 (mm): IVS 13、LVPW 10、LAS 41、AAO 37、E/A<1

心律不齐。

- 1 左房增大、左室腔不扩大,室间隔稍厚,左室后壁不厚,静息状态下左室壁各节段收缩活动未见明显异常。
- 2 二尖瓣不增厚,开放不受限,彩色多普勒测及轻度二尖瓣反流,多普勒二尖瓣口血流图示峰A大于峰E。
- 3 升主动脉增宽,主动脉瓣稍厚、回声增强,开放不受限,彩色多普勒测及少量主动脉瓣反流。
- 4 右房室不扩大,主肺动脉不宽,三尖瓣及肺动脉瓣不增厚,彩色多普勒测及轻微三尖瓣反流及肺动脉瓣反流。

超声提示

- 升主动脉增宽;
- 主动脉瓣退行性改变并少量反流;
- 左房增大;
- 二尖瓣轻度反流;
- 左室舒张功能减低。
- 两侧乳腺:未见明显异常。

诊断医生 侯浩萍
检查时间 2019-05-17

广州市干部疗养院 心电图报告

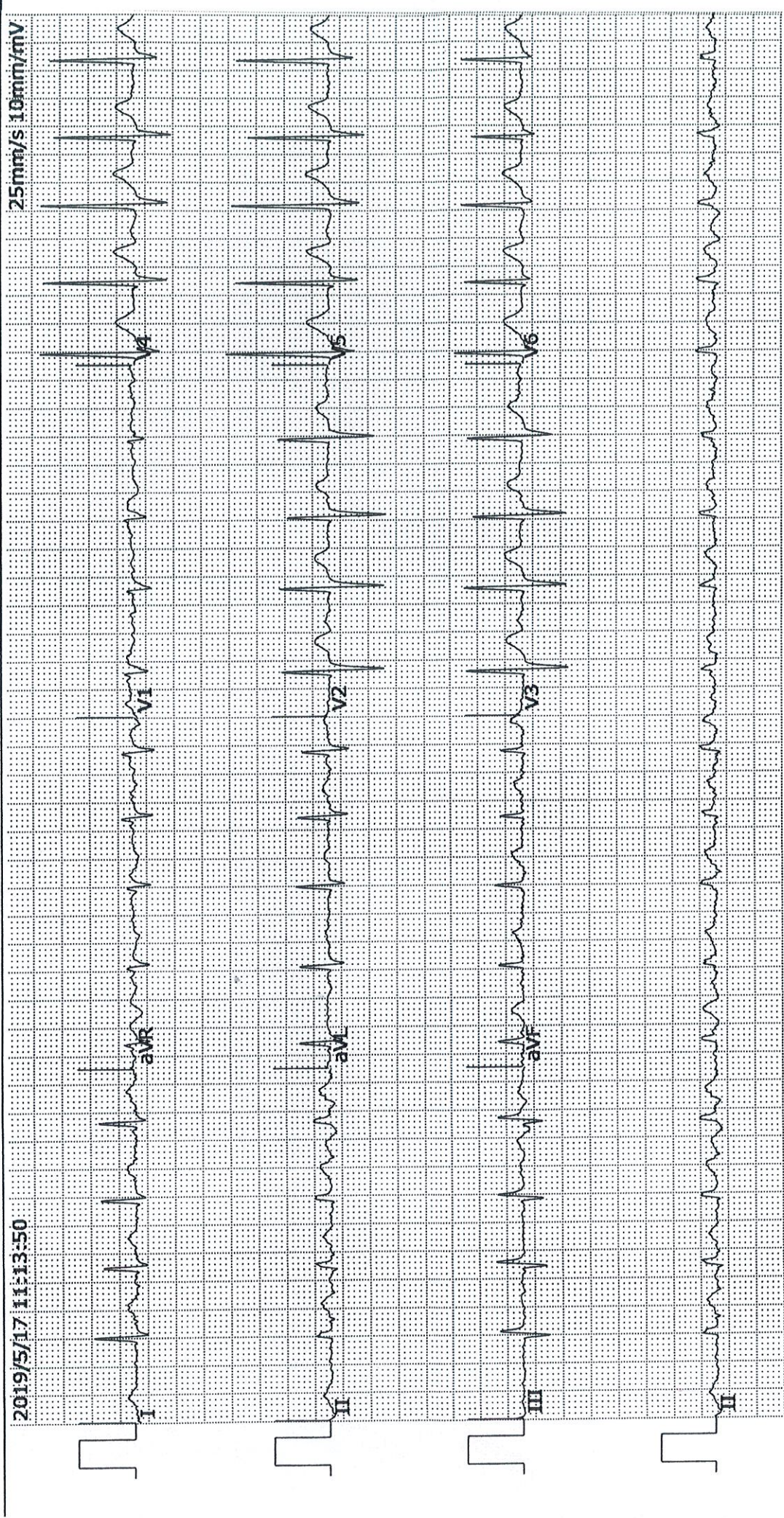


姓名: 林碧兰 心率: 117bpm P-R间期: / ms 心电图描述: 各导联见P波消失, 代之以大小不等, 形态不同, 间隔不均的F波, 频率350-600次/分, R-R间期绝对不规则。

性别: 女 电轴: 36° QRS时限: 98 ms QT: 325ms 快速型心房颤动 (平均心率117次/分)

年龄: 75岁 RV5: 1.72mv SV1: 0.26mv RV5+SV1: 1.98 mv

科别: QTc: 453 ms



检查时间: 2019/5/17 11:12:10

报告时间: 2019/5/17 11:22:01

诊断医生: 郑雅丹

审核医生: 郝金红

本报告仅供临床医师结合临床参考。