

推荐卫生高级专业技术资格人员情况综合表（非临床）

人员编号：20203305001889040000007

姓名	徐鸿斌	性别	女	出生年月	197806	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）	199707，浙江省卫生学校，医学检验，中专，3年													
学历二	200506，浙江大学（夜大），医学检验，大学专科，4年													
学历三														
学历四（最高）	200901，温州医学院（业余），医学检验，大学本科，3年													
身份证号码	33050119780622302X	医师资格类别		注册范围										
现从事专业	临床医学检验临床化学技术	专业工作年限	23	参加工作时间	199708									
现专业技术资格及取得时间	主管技师 201010	现聘任职务及时间	主管技师 201005	推荐评审专业技术资格	副主任技师									
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.年均专业工作：310天； 2.负责生化全套，急诊生化，肝肾功能，血脂，心肌酶谱，血脂全套检测，日均检测150人次。 3.负责肿瘤标志物和内分泌项目日常检测，日均检测120人次。 4.负责每日所测项目的室内质量控制工作的审核和每月质量分析。 5.负责每年生化，特定蛋白，肿瘤标志物，内分泌项目的室间质评数据上报，审核，分析。 6.负责仪器设备和检验试剂的申领和验收，负责每月的试剂盘点。 7.负责指导本科室业务技术工作，帮助解决复查疑难问题。 8.负责完成每年的征兵体检工作和成本核算。													
专业工作经历	199708-200308 南浔区人民医院 检验科检验士 200309-201005 南浔区人民医院 检验科检验师 201010-至今 南浔区人民医院 检验科主管技师													
教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 4 人(总人数)，其中实习生 4 人，规培生 0 人 2、协助指导研究生 人、博士研究生 人，硕士研究生 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 论 著	论文（著）名称	期刊名称、期号、起止页码、主办单位			等级									
	1 血清C肽和同型半胱氨酸在2型糖尿病并发缺血性心脑血管疾病中的意义	浙江临床医学 2015年第17卷第10期1755-1756页			二级									
	2	浙江中医药大学、浙江省科普作家协会医学卫生委员												
	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										
科 研 工 作	1													
	2													
	3													
	4													
奖励情况			病人投诉、处分及医疗事故情况											
1.2011.1被南浔区卫计局党组评为南浔区首届“卫生检验技术标兵” 2.2018.1被湖州市南浔区人民医院评为2017年度“先进个人” 3.2018年度被湖州市南浔区卫生健康局评为“征兵体检工作先进个人”			无											
单位公示情况：无异议 单位意见：同意推荐申报副主任技师任职资格。 （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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>评委会总人数</td> <td>出席人数</td> <td>赞成</td> <td>反对</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				评委会总人数	出席人数	赞成	反对				
评委会总人数	出席人数	赞成	反对											
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：											

专业技术工作实例表

申报人：徐鸿斌

科室：检验科

申报资格：副主任技师

申报专业：临床医学检验临床化学技术

潘巍病例

患者：潘巍，男，37岁，于2018-12-27入院，2019-01-06出院，住院号323652

入院时情况：因“反复咳嗽2月余”入院。查体：T:37.3℃,BP:139/95mmHg，神志清，精神可，呼吸平，颈静脉无怒张，双肺呼吸音粗，左下肺可及湿啰音，心率80次/分，律齐，未闻及杂音，腹软，无压痛，肝脾肋下未及，双下肢不肿，四肢肌力V级。肺CT:两肺下叶感染复查，较前吸收好转。右下肺小结节。

诊疗经过：入院后完善相关检查，白细胞 $6.4 \times 10^9/L$ ；凝血酶原时间13.5S,国际标准化比值1.25，凝血酶时间18.2S；尿常规：尿葡萄糖1+；血生化：天门冬氨酸氨基转移酶13U/L,高密度脂蛋白0.94mmol/L,血管紧张素转换酶10U/L，血型A型，RH阳性，PCT0.13ng/ml，MP:阳性。ECG:1.窦性心律2.正常范围心电图。肺功能示：肺通气功能正常，肺弥散功能正常，残气量、残总比升高；支气管舒张试验：阴性。治疗予头孢他啶针20.2/日静滴联合左氧氟沙星针0.5.1/日静滴抗感染，止咳祛痰，雾化解痉平喘。

出院时情况：患者咳嗽、咳痰较前好转，无畏寒发热，无胸闷气喘，无胸痛咳血。查体：神志清，精神可，呼吸平，颈静脉无怒张，双肺呼吸音粗，未明显啰音，心率80次/分，律齐，未闻及杂音，腹软，无压痛，肝脾肋下未及，双下肢不肿，四肢肌张力V级。

本人在该病例诊疗中的作用：该患者血常规结果

RBC $0.51 \times 10^{12}/L$,HB126g/L,HCT4.9%,MCV96.1fl,MCH247.1pg,MCHC2571g/L,WBC $6.4 \times 10^9/L$,PLT 361×10^9 ,我第一直觉,RBC,HCT偏低与MCH,MCHC经计算明显偏高相矛盾,而WBC和PLT影响不大,查看仪器上散点图及报警提示:混浊/Hb干扰?红细胞直方图有一异常波峰,并触犯了科室制定的复检规则.立即查看标本有无异样,结果在试管壁上附有细砂样颗粒,轻轻摇动试管,细砂样颗粒并未消失,于是推片染色复检,同时将标本置于37度水浴箱温浴30分钟后再次检测,RBC $1.58 \times 10^{12}/L$,HB127g/L,HCT32.3%,MCV94.3fl,MCH80.4pg,MCHC852g/L,同时水浴前涂片结果浮出水面,镜下密密麻麻的成团红细胞聚集,这是一种冷凝集现象.这种现象是由冷凝集素引起的红细胞在低温环境下凝集成团的现象,冷凝集素是一种自身免疫性抗体,主要为IgM抗体,也可见于IgG、IgA,这种冷抗体在31度以下温度时能作用于自身的红细胞抗原而发生可逆性的红细胞凝集,温度升高后凝集可消失,处理方法可以采用37度水浴和血浆置换来纠正结果,常见于病毒,支原体感染和恶性淋巴瘤.第二天免疫室肺炎支原体结果出来,阳性,大于1:160,果然与临床相符.该案例提醒我们在日常工作中要注意分析前因素,熟练并掌握应用相关参数之间的逻辑性,同时要提高对各种报警信息的警惕性,审核报告要小心谨慎,为临床提供正确有效的检验报告。

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: 徐鸿斌

科室: 检验科

申报资格: 副主任技师

申报专业: 临床医学检验临床化学技术

徐法娥病例

患者: 徐法娥, 女, 83岁, 于2020-09-17入院, 2020-09-23出院, 住院号: 329693

入院时情况: 患者老年女性, 既往有血小板减少史1年余, 未确诊及服药, 无胸闷气急, 无畏寒发热, 无咳嗽咳痰, 无胸痛咳血等, 现为进一步检查来院。

入院查体: T:36 °C, BP:165/95mmHg, 神志清, 精神软, 呼吸平, 颈无抵抗, 双肺呼吸音低, 未及明显啰音, HR78次/分, 律齐, 未及病理性杂音, 腹平软, 无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未及, 左上肢淤青, 双下肢无浮肿, 四肢肌张力正常。

诊疗经过: 入院后完善相关检验检查, 血常规血小板计数为 $6 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞百分比0.3%, 血型O型, RH阳性; 血生化总胆固醇5.96mmol/L, 载脂蛋白B1.28g/L, 免疫球蛋白G17.27g/L, US: 慢性胃炎、脂肪肝、慢性胆囊炎伴小息肉, 双肾小囊肿; 甲状腺多发结节, 双侧颈部淋巴结探及CT: 右肺下叶结节灶, 两肺支气管炎考虑; ECG: 窦性心律, ST段轻度压低。治疗上予奥美拉唑抑酸护胃及补液, 维血宁、利可君片升血小板, 施慧达降压对症处理。

出院时情况: 患者目前生命体征平稳, 一般情况可, 左上肢淤青较前好转, 无乏力, 无腹痛腹泻, 无头晕头痛, 无尿频尿急等不适, 胃纳及睡眠一般, 二便无殊。

本人在该病例诊疗中的作用: 该病例入院第一次血常规结果血小板计数为 $6 \times 10^9/L$, 再次检测复查, 结果相差不大, 同事直接报掉了结果, 临床要预约血小板; 第三天我当班, 再次收到血常规检测, 仪器上报 $17 \times 10^9/L$, 查看了仪器直方图, 本人疑虑是否为真实的小血小板低值? 肉眼观血液无凝块, 排除抽血不畅。此结果属于危急值, 应引起重视。而看血常规其它细胞计数正常, 凝血功能也都正常。遂用此管血立即推片染色镜检, 结果在片尾看到三五成群和一堆堆血小板聚集, 考虑为抗凝剂影响所致。于是打电话告知护士, 立即重新采血, 使用蓝盖的枸橼酸钠抗凝管, 之后收到蓝盖血上机检测, 血小板计数为 $190 \times 10^9/L$, 涂片没有发现聚集现象。自此明确该病人存在EDTA依赖性假性减少现象, 假性血小板减少在人群中的发生率约为0.07%~1%, 假性血小板减少原因与血小板表面存在某种隐匿性抗原有关, 其与血浆中可能存在的抗血小板抗体和/或抗心磷脂抗体等自身抗体相结合发生凝集有关, 可致血细胞分析仪血小板计数假性减低, 但实际上血小板并不减少的现象, 可能会导致患者误解, 甚至临床误诊或临床医生抽骨髓进一步检查并输入血小板等治疗, 给患者造成极大的伤害。目前假性血小板减少常见的因素有: EDTA抗凝剂诱导、标本采集时血液凝固、巨大血小板、冷凝集素等。国际血液学标准委员会(ICSH)推荐使用EDTA(乙二胺四乙酸)-K2作为血常规检查的抗凝剂, EDTA依赖的假性血小板减少症是由于EDTA抗凝全血后血小板聚集, 导致用血液分析仪计数血小板减少的现象。在本案例中, 本人通过染色良好的一张血涂片和显微镜镜检初筛后, 用更换抗凝剂方法纠正假性血小板减少。在实际工作中, 我们要重视危急值的复查制度, 保证其结果的正确性, 避免错报及对患者病情的误判, 并减少不必要的纠纷。

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: 徐鸿斌

科室: 检验科

申报资格: 副主任技师

申报专业: 临床医学检验临床化学技术

张凤娥病例

患者: 张凤娥, 女, 65岁, 于2020-08-03入院, 2020-09-07出院, 住院号: 357821。

入院情况: 患者因“车祸伤致左侧腹部及左下肢疼痛3小时”入院, 查体: BP100/60mmHg, 神志清, 呼吸平, 精神差; 头颅无畸形, 双侧瞳孔等大等圆3mm, 对光反应敏, 胸廓无畸形, 呼吸运动对称, 双肺呼吸音稍粗, 未及明显啰音; 腹部平软, 肝脾肋下未及, 左上腹压痛, 无反跳痛, 无肌紧张, 移动性浊音阳性, 肠鸣音减弱, 左小腿石膏外固定, 余肢体活动良好。辅助检查: 本院B超示脾破裂伴脾周血肿, 腹腔积血, 慢性胆囊炎伴泥沙样结石。

诊疗经过: 入院后急诊行剖腹探查术+脾切除术+肠排列术, 术后转入ICU, 特级护理, 禁食, 多功能监护, 吸氧。予二线抗生素“头孢哌酮舒巴坦针”2.0q8h静滴抗感染, “奥美拉唑针、溴己新针等”抑酸护胃、祛痰以及补液, 维持内环境稳定、对症支持治疗。病情稳定后转回外科治疗。实验室检查: 白细胞计数 $22.6 \times 10^9/L$, 红细胞压积34.0%, 血红蛋白111g/L, 凝血酶时间12.9s, 活化部分凝血酶时间36.4s, 凝血酶时间44.1s, 纤维蛋白原2.50g/L, D-二聚体4540ng/L, 纤维蛋白原降解产物21.9ug/L。

本人在该案例诊疗中的作用: 患者第一次采样, 凝血酶时间12.9s, 活化部分凝血酶时间36.4s, 凝血酶时间44.1s, 纤维蛋白原2.50g/L, D-二聚体4540ng/L, 纤维蛋白原降解产物21.9ug/L。第二次凝血功能检查, 凝血酶时间13.1s, 活化部分凝血酶时间测不出, 报FAILED, 凝血酶时间 $>100s$, 纤维蛋白原1.45g/L, D-二聚体2090ng/L, 纤维蛋白原降解产物9.8ug/L。

立即排查原因: 这前后2次结果TT和FIB的差异, 正好体现了纤维蛋白原含量的变化对这个试验的影响, 因此纤维蛋白原的减少(有凝块)可以导致纤维蛋白原降低, 而TT延长。于是首先查看标本, 肉眼有凝块, 可以玻璃棒挑到大凝块, 判定抽血不畅所致。立即电话通知护士, 询问病人有无出血史, 有无使用抗凝药物史, 回答都是否, 并要求重新抽血, 注意保证抽血顺畅。后在接到第二次重抽标本, 确认无凝块后再次检测APTT33.4s, 再次打电话告诉临床这是正确的结果。APTT延长常见于(1)标本采集不当(2)内源性凝血因子缺乏(3)原发性纤溶亢进(4)血液循环中有抗凝物质存在(5)狼疮抗凝物或因子抑制物等。这是一份标本采集问题引起的APTT明显延长的假性结果。创伤患者一般采用PT、APTT、INR对凝血功能作监测评估, 当这些参数延长到正常值上限1.5倍时可以做出凝血障碍的诊断, 对于检验科来说出具真实、有效的结果十分重要, 每个结果获得异常都要与临床沟通, 询问是否符合临床表现, 如不符合就要从检验前、检验中、检验后各环节寻找原因并克服。

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：徐鸿斌

科室：检验科

申报资格：副主任技师

申报专业：临床医学检验临床化学技术

<p>丁雪泉病例</p> <p>患者姓名：丁雪泉，男，56岁，于2018-01-22入院，2018-02-15出院，住院号294671</p> <p>入院时情况：因“维持性血透1年余”入院。既往有慢性肾炎病史18年，后行肾移植手术治疗。1年前出现移植肾失功及脑溢血。查体：BP144/88mmHg，神志清，呼吸平，面色一般，颈静脉无怒张，两肺呼吸音可，心率72次/分，律齐，未及杂音，腹部软无压痛及反跳痛，双下肢未见水肿，四肢肌张力正常，病理反射未引出，左手臂内瘘杂音明显。</p> <p>诊疗经过：入院后完善相关辅助检查，给予维持性血透治疗，控制血压，补充促红细胞生成素，控制钙磷代谢，对症支持等处理。辅助检查：肾功能全套：肌酐1266umol/L,尿素氮34.9mmol/L,磷2.58mmol/L，尿酸594umol/L,血清胱抑素C8.72mg/L，阴离子间隙17.6；血透后肾功能：钾3.33mmol/L，肌酐444umol/L，尿素氮11.3mmol/L，钙2.57mmol/L，葡萄糖6.31mmol/L,血清胱抑素C3.68mg，阴离子间隙17.4，血常规：红细胞$3.05 \times 10^{12}/L$，血红蛋白98g/L，红细胞压积29.3%。</p> <p>出院时情况：患者无胸闷气短，无头痛，无咳嗽咳痰，无畏寒发热，无胸痛咳血，大便无殊。查体：神志清，呼吸平，颈静脉无怒张，两肺呼吸音可，心率78次/分，律齐，未及杂音，腹部软无压痛及反跳痛，双下肢未见水肿，四肢肌张力正常，病理反射未引出，左手臂内瘘杂音明显。</p> <p>出院医嘱：低磷优质蛋白饮食，定期复查血常规、电解质、肝肾功能、PTH，定期来院规律透析。</p> <p>本人在该病例诊疗中的作用：该病人入院检查生化，我在生化班审核报告时发现肌酐为435umol/L，尿素氮34.9mmol/L，凭着多年做生化的经历，怎么感觉这2项结果有点不同步，查看标本无溶血、脂血、黄疸、凝块；查看仪器质控在控，仪器状态也佳；查看生化反应曲线，无干扰，底物耗尽；查看其他结果，尿蛋白3+，立即联系临床，临床对这个肌酐结果持可疑。查看His系统病例，发现曾用“羟苯磺酸钙”颗粒，难道是药物干扰？我立即上万方网搜索相关知识，果然有相关报道。接着我把血清做了倍比稀释，看看能否消除干扰，居然发现在1:16稀释下，出现了峰值1266umol/L，此时肌酐和尿素氮增高比例相当，临床也说结果符合。羟苯磺酸钙应用于糖尿病肾病、视网膜病变等，而目前我们实验室生化流水线检测肌酐方法为肌氨酸氧化酶法，我打开实验试剂说明书，“羟苯磺酸钙”这种药物自身具有一定的还原性，它能够消耗参与Trider反应（过氧化酶）中的H₂O₂,造成红色醌类化合物减少，从而造成光度下降，肌酐结果偏低，造成一种负干扰现象。研究表明临床多种药物对生化检验结果有影响，此例本人通过一种简单的倍比稀释法消除干扰物对实验结果的影响。我们遇到异常结果时，可以采取另一种方法进行复检或者用其他方法排除干扰，加强学习，深入研究药物对检验的干扰机制，提高检测方法的抗干扰能力，选择合适的检测方法，增强与临床医生的沟通。</p>	
<p>本人签名： _____ 年 月 日</p>	
<p>科室审查意见</p>	<p>单位意见</p>
<p>科主任签名： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p>负责人签名： _____</p> <p style="text-align: right;">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。

专业技术工作实例表

申报人: 徐鸿斌

科室: 检验科

申报资格: 副主任技师

申报专业: 临床医学检验临床化学技术

徐卫国病例

患者: 2017.08.07门诊皮肤科医生开单HIV检查, 徐卫国, 男性, 31岁。

2017.08.08检验科酶免法阴性结果, s/co0.07 (注: 试剂生产厂家为珠海丽珠生物有限公司, 结果s/co>1判为HIV初筛试验有反应), 随即我用金标法复检测试了一下血清, 呈明显的阳性反应结果 (注: 金标法试剂生产厂家为北京万泰生物有限公司)。联系患者本人, 由于涉及隐私, 就说来检查一下, 但患者一口否认有感染的途径, 于是抽血在48小时之内将血样联同实验室数据送艾滋病确认实验室。

本人在该案例中的作用: 遇到这种情况, 应当重新给患者抽血, 分离血清, 送去确诊实验室做确诊实验。酶联免疫法三代试剂查HIV抗体作为当时的主流方法存在一定的假阳性和假阴性, “假阳性”主要见于血清离心不完全、细小纤维蛋白干扰, 也见于其它疾病如慢性血液透析患者、急性痢疾、麻风病患者、系统性红斑狼疮等; “假阴性”主要见于标本、试剂和操作因素, 还有病毒感染人体后但尚未产生抗体或抗体量较少的窗口期、免疫抑制患者等。按照《全国艾滋病检测计数规范(2015版)》要求, 当某个样本一种检测方法为阳性反应, 应用另一种方法试剂复检或同种试剂双孔复检, 复检结果一阴一阳必须进一步确认。当即告知HIV初筛结果并报告防保科采集相关资料信息, 重采第二份标本, 实验室再次复查, 填写样品送检单, 送湖州市疾控中心复检确诊, 同时做好门诊病人的保密和解释工作。三天后, 疾控中心反馈结果为HIV-1抗体可疑, 一月后复查确证为HIV阳性

HIV初筛按照sop文件酶联法阴性我们直接报阴性, 正因为本人对检验结果比较细致谨慎的态度用金标法再复查了一遍 (主张的技术是不能用金标去验证酶免, 因为金标敏感性差, 而酶免敏感性高, 当然化学发光法敏感度更高, 但若是还没有化学发光仪器), 所以凡事无绝对, 如果不做金标法这个病人就会漏检, 对于特殊的敏感的疑惑的和临床不符的检验结果需谨慎, 遇到疑难结果需要进行另外复查, 复查最好用另外的方法验证, 以免结果对临床和病人造成偏差的诊断。

因为HIV抗体结果上报具有特殊性, 患者一般不能接受假阳性或假阴性结果, 为了保证结果的唯一性和准确性, 我们应该排除方法学上的影响因素, 尽量选取高特异性的方法进行检测。

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。