



2022-01905
000000733526

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 金娜克

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	金娜克	性别	男	出生日期	1986-12-19	
身份证件号码	[身份证]3*****1			曾用名	无	
出生地	浙江省宁波市慈溪市					
政治面貌	农工党党员		身体状况	健康		
现从事专业及时间	心血管内科学(13年)		参加工作时间	2019-08-15		
手机号码	135****9274		电子邮箱	365274227@qq.com		
最高学历	毕业时间		学校			
	2009-07-01		杭州师范大学			
	专业		学制		学历(学位)	
	临床医学		5年		本科(学士)	
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事务发展局	
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	
	2015-05-24		卫生技术 - 主治医师		慈溪市人力资源和社会保障局	
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			
	2017-04-10		卫生技术 - 主治医师			
申报类型	医、药、护、技					
职称外语成绩	大学英语六级		职称计算机成绩		合格	
懂何种外语, 达到何种程度	英语, 可简单听说读写, 熟练掌握专业医学英语知识。					

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
2018-09-01~ 2020-06-30	浙江大学	研究生	3年	内科学
2004-09-01~ 2009-07-01	杭州师范大学	本科	5年	临床医学
2009-07-01	杭州师范大学	学士	-	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
2017-04-13~ 2022-11-18	宁波市杭州湾医院	无	临床医师-心血管内科学	否	否
2009-08-15~ 2017-04-01	慈溪市第七人民医院	无	临床医师-内科学	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
2017-01-01~ 2022-11-02	好医生网、地市级培训、国家级教育等	冠心病诊治指南的最新进展等相关学习	专业课程	400.0	2017年 28分 2018年 30分 2019年 27分 2020年 33分 2021年 28分 2022年26分 经单位核查均达标

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
------	------	----	--------

无			
---	--	--	--

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
2022-01-01~ 2023-12-31	浙江省医学会临床科研基金项目	市厅级	横向项目	1.000000	氨氯地平贝那普利复方制剂对高血压患者左心室重构的影响	1/5
2021-06-01~ 2023-05-31	宁波市科学技术局	市厅级	纵向项目	10.000000	沙库巴曲缬沙坦钠治疗左心功能不全继发肺动脉高压患者疗效分析	3/6
2021-01-01~ 2023-12-31	浙江省医药卫生科技计划项目	市厅级	纵向项目	3.000000	大黄素通过GPX4调控GSDMD介导的细胞焦亡逆转心肌缺血再灌注损伤的机制研究	5/6
2019-04-01~ 2021-03-31	宁波市科学技术局	市厅级	纵向项目	9.000000	TBX20基因在调控心力衰竭发生发展中的作用机制	4/7

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
2021-08-20	Elevated homocysteine levels in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. ★	Medicine (Baltimore)	国际期刊	1/9
2022-01-31	急性心肌梗死再灌注相关性出血对心室重塑和心律失常的影响	浙江临床医学	国内期刊	通讯作者

2020-04-29	Elevated Homocysteine Levels Associated with Atrial Fibrillation and Recurrent Atrial Fibrillation.	Int Heart J.	国际期刊	3/8
------------	---	--------------	------	-----

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
无			

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
2022-04-01~ 长期有效	中国医师协会	冠脉介入培训证明	冠心病	不详
2015-05-24~ 长期有效	慈溪市人力资源和社会保障局	中级证书	内科学	不详
2011-04-20~ 长期有效	慈溪市卫生及计划生育局	执业证书	内科专业	不详
2010-12-15~ 长期有效	浙江省卫生厅	医师资格证书	临床医学	不详

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
无					

18. 代表性专业技术工作实例

发生时间	实例标题	实例情况
2022-03-06	急诊心肌梗死救治 1例	<p>患者，男，49岁，既往有吸烟史。父母健在，育有1儿子1女儿，外地务工者，因“胸痛1.5小时”2022.3.6 14点入院。患者入院1.5小时前感胸骨后疼痛，为压榨性，伴有左侧放射性，程度较剧，持续30余分钟好转，休息后稍缓解，伴有大汗淋漓，无恶心呕吐，无反酸嗝气，无畏寒发热，无咳嗽咳痰等其他不适，就诊于我院急诊，常规心电图检查</p> <p>2022-03-06 13:44：窦性心律 急性下壁心肌梗塞，同时予双抗及他汀等对症治疗，急诊以“冠心病 急性下壁心肌梗死”收入院。入院查体：体温：36.3℃，脉搏：50次/分，呼吸：18次/分，血压：90/60mmHg，神志清，对答切题，无眼球震颤，伸舌居中，颈静脉无怒张，双肺呼吸音清，未闻及明显干湿罗音，心前区无异常隆起及凹陷，无心包摩擦感，心脏扣诊心界不大，心率50次/分，律齐，心音中，A2>P2，各瓣膜区未闻及病理性杂音，腹软，无压痛，双下肢不肿。辅助检查：常规心电图检查（远程会诊）2022-03-06 13:44：窦性心律 急性下壁心肌梗塞常规心电图检查（远程会诊）2022-03-06 15:02：窦性心律不齐 急性下壁心肌梗塞胸部CT平扫2022-03-06 12:42：两肺多发实性小结节，建议定期复查。两肺小气道炎症可能，两肺条索灶。入院诊断：1.冠状动脉粥样硬化性心脏病 急性下</p>

		<p>壁心肌梗死Killip I级，主刀金娜克主治医师带领卢营杰医师在DSA室急诊行造影结果示：左主干未见明显狭窄，前降支近中段管壁不规则，前向血流TIMI 3级；回旋支中段狭窄约30-40%，前向血流TIMI3级；右冠近中段管壁不规则，右冠PLAT开口至近段长段病变，最重狭窄约95%，PLAT远端血流闭塞；患者知情同意后予PCI To RCA（波科2.5*24mm支架）。RCA，予6F JR3.5送至右冠口，Runthrough导丝送至PDA远端，另一根Runthrough导丝送至PLAT远端，冠脉内注射替罗非班1mg，予Maverick2.0*15mm球囊预扩右冠PLAT最重病变处，将波科2.5*24mm支架放置在右冠PLAT开口至近段病变处，10atm扩张释放，复造影示支架扩张充分，无夹层及血栓。介入结论：冠心病 右冠PLAT远端闭塞 成功PCI To右冠远端。术后患者胸闷胸痛好转，后继续予双抗、稳定斑块、改善心功能等对症支持治疗，常规心电图检查（远程会诊）2022-03-06 20:24：窦性心律 室性早搏III aVF呈qr型，结合临床。常规心电图检查（本院）2022-03-08 15:29：窦性心律下壁心梗（缺血期）。常规经胸心脏彩色多普勒超声检查2022-03-13 09:56：二尖瓣少量反流。后患者住院5天后好转出院，出院诊断：1.冠状动脉粥样硬化性心脏病 急性下壁心肌梗死 Killip I级 2.睡眠障碍，出院时患者目前无胸闷胸痛等不适。血压 119/73mmHg，查体：神清，气平，精神可。颈静脉未见充盈怒张，双肺听诊呼吸音清，未及干湿啰音。心率72次/分，心律齐，未及杂音，腹软无压痛，肝脾肋下未及，双下肢无水肿。</p>
2021-12-14	急诊心肌梗死救治1例	<p>患者，男，67岁，既往体健。因“上腹痛2小时，伴晕厥1次”入院。患者2小时前无明显诱因下出现上腹痛，程度剧，为持续性绞痛，伴大汗淋漓，晕厥1次，持续约2分钟后神志转清。120送至我院急诊。2021-12-12 11:47 常规心电图检查（远程会诊）：窦性心动过缓 ST段上斜型抬高0.2-0.4mV（II IIIaVFV4V5V6）提示急性下壁、前间壁心梗对应部分导联ST段压低。胸部、腹部CT2021-12-12 11:40：两肺间质增厚伴渗出，请结合临床复查。右肺中叶、左肺下叶小实性结节，年度随诊。两肺上叶多发气囊。右锁骨内固定中，右侧部分肋骨扭曲。肝硬化表现。双肾小结石。前列腺钙化灶。十二指肠降段憩室。急诊予以阿司匹林、替格瑞洛负荷抗血小板、阿托伐他汀调脂等治疗。现为行急诊冠脉造影备PCI术，急</p>

		<p>诊以“急性心肌梗死”收入院。今为进一步治疗来我院就诊，门诊以“腹痛，急性心肌梗死”收入院。入院查体：脉搏53次/分呼吸17次/分，血压96/68mmHg，体温36.1℃，神志清，对答切题，无眼球震颤，伸舌居中，颈静脉无怒张，双肺呼吸音清，未闻及明显干湿罗音，心前区无异常隆起及凹陷，无心包摩擦感，心脏扣诊心界不大，心率53次/分，律齐，心音中，A2>P2，各瓣膜区未闻及病理性杂音，腹软，无压痛，双下肢不肿，四肢肌力V级，双侧巴氏征阴性。辅助检查：心电图检查（远程会诊）2021-12-12 11:47：窦性心动过缓ST段上斜型抬高0.2-0.4mV（II IIIaVFV4V5V6）提示急性下壁前间壁心梗 对应部分导联ST段压低下腹部（盆腔）CT平扫，胸部CT平扫，上腹部CT平扫2021-12-12 11:40：两肺间质增厚伴渗出，请结合临床复查。右肺中叶、左肺下叶小实性结节，年度随诊。两肺上叶多发气囊。右锁骨内固定中，右侧部分肋骨扭曲。肝硬化表现。初步诊断：急性ST段抬高型下壁心肌梗死 Killip I级，急诊双抗负荷后行造影结果示：右优势型；左主干未见明显狭窄，前降支近段狭窄约30%，前向血流TIMI 3级；回旋支中远段管壁不规则，前向血流TIMI 3级；右冠中段闭塞，前向血流TIMI 0级；患者知情同意后予PCI To RCA。RCA，予6F JR3.5送至右冠口，Runthrough导丝送至右冠远端，多次冠脉内注射替罗非班液，复造影提示右冠血流恢复TIMI2级，右冠中段弥漫性病变，最重狭窄约60-70%，右冠远段后三叉处狭窄约90-95%，予Maverick 2.5*15mm球囊预扩右冠远段病变处，将波科3.5*24mm支架放置在右冠远段病变处，10atm扩张释放后患者出现突发室速，心率180次/分，予200J电复律治疗后恢复窦性心律，重新使用JR3.5勾靠右冠，复造影示支架扩张充分，无夹层及血栓，血流恢复TIMI 3级。术后患者继续予双抗、稳定斑块、改善心功能等对症支持治疗，住院1周后好转出院。出院诊断：1.急性ST段抬高型下壁心肌梗死 Killip I级 2.心律失常 室性早搏 短阵室速3.动脉粥样硬化4、双肾结石。</p>
2021-11-29	急诊心肌梗死救治1例	<p>患者，男，24岁，既往体健，因“胸痛3小时”入院。患者3小时前出现左侧胸前区疼痛，呈压榨样，伴有左侧肩背部放射样疼痛，有出汗，持续半小时稍缓解。上证反复发作数次，遂就我院急诊，行心电图检查：窦性心律 V3-V6导联ST段抬高。急诊予以行胸主动脉CTA排除夹层，予以阿司匹林+替格瑞洛负</p>

荷抗血小板、阿托伐他汀调脂、吗啡针止痛、硝酸甘油针扩冠药物治疗。现为拟行急诊冠脉造影检查，急诊以“急性心肌梗死”收入院。入院查体：体温：36.5℃，脉搏：82次/分，呼吸：18次/分，血压：148/82mmHg，神志清，对答切题，无眼球震颤，伸舌居中，颈静脉无怒张，双肺呼吸音清，未闻及明显干湿罗音，心前区无异常隆起及凹陷，无心包摩擦感，心脏扣诊心界不大，心率82次/分，律齐，心音中，A2>P2，各瓣膜区未闻及病理性杂音，腹软，无压痛，双下肢不肿，四肢肌力V级，双侧巴氏征阴性。辅助检查：常规心电图检查（远程会诊）2021-11-29 17:20：窦性心律ST段弓背型抬高0.1-0.5mV伴T波高大：I，II，III，AVF，V3~V6急性广泛前壁+下壁心肌梗死可能（结合临床随访）。初步诊断：急性ST段抬高型前壁心肌梗死 Killip I级，急诊予完善相关检查后予以阿司匹林+替格瑞洛负荷抗血小板、阿托伐他汀调脂、吗啡针止痛、硝酸甘油针扩冠药物治疗。行急诊冠脉造影检查，造影结果示：左主干未见明显狭窄，前降支中段巨大血栓影，前降支远段闭塞，前向血流TIMI 0级；回旋支未见明显狭窄，前向血流TIMI 3级；患者知情同意后予PCI To LAD。LAD，穿刺右股动脉，予6F EBU 3.5送至左冠口，Runthrough导丝送至前降支远端，多次冠脉内注射替罗非班液，后复查造影仍提示前降支中段巨大血栓影，前降支远段闭塞，予抽吸导管到冠脉内抽吸治疗，但未抽出血栓，将波科3.5*24mm支架放置在前降支中段血栓病变处，12atm扩张释放，复造影示支架扩张充分，无夹层。前降支远端血供较前稍改善。介入结论：冠心病急性前壁心肌梗死前降支闭塞 成功 PCI To 前降支，术后第二天患者再发胸闷胸痛加重，心电图有动态演变，后11.30再次复查冠脉检查，提示前降支原支架通畅，血流TIMI 3级，术后患者予双抗、他汀、改善心脏重构等对症支持治疗，后患者有低热，胸部CT提示有肺部感染，予头孢曲松针抗感染治疗后现体温正常，现患者无胸闷胸痛不适，予今日出院。两肺散在肺气肿。PCI术后改变可能。扫及脂肪肝。常规心电图检查（本院）2021-12-03 08:19：窦性心动过速急性下壁+广泛前壁心梗（急性期—演变期）。泌尿常规2021-12-03 14:23：前列腺增大伴结石。24小时动态心电图2021-12-08 15:51：全程基础心律为窦性心律；分析的总心搏数为105470个，平均心率：77bpm；最快心率：125bpm，见于12:30，为窦性心动过速；最慢心率

		<p>: 56bpm, 见于04:14, 为窦性心动过缓; 最长R-R间期: 1.09秒, 见于14:51:47, 为窦性心动过缓 (伴窦不齐); 室性早搏: 有3次 (均为单个); 通道:1 (II) 3 (V5) 全程ST段弓背型向上抬高0.05-0.40mV, 其中于10:07-12:07以及13:51-08:29 分, T波正负双向或倒置 (请结合临床)。患者住院11天后好转出院, 出院诊断: 1. 急性ST段抬高型前壁心肌梗死 Killip I级2. 肺部感染3. 高脂血症4. 肝功能不全5. 脂肪肝6. 前列腺增大伴结石。</p>
2021-11-26	急诊心肌梗死救治1例	<p>患者, 男, 71岁, 既往高血压病史。因“胸骨后疼痛2小时余”入院。2小时前出现胸骨后持续性疼痛, 具体性质难诉, 较剧, 伴腮部、咽部挤压感, 就诊我院急诊, 常规心电图检查 (远程会诊) 2021-11-25 23:38: 窦性心律ST段上斜型抬高0.05-0.2mV (II IIIaVF) ST段下斜型压低0.1-0.2mV (I aVL V2-V4) 提示急性下壁心肌梗死。2021-11-26 00:23肌红蛋白 (急): 肌红蛋白: 306.70ng/mL。肌钙蛋白I: 0.331ng/ml, 予以“阿司匹林、替格瑞洛负荷抗血小板, 阿托伐他汀降脂”等治疗, 现拟行急诊冠脉造影检查, 急诊以“急性下壁心肌梗死”收住入院。入院查体: 脉搏62次/分, 呼吸18次/分, 血压170/93mmHg, 体温35.3℃, 神志清, 对答切题, 无眼球震颤, 伸舌居中, 颈静脉无怒张, 双肺呼吸音清, 未闻及明显干湿罗音, 心前区无异常隆起及凹陷, 无心包摩擦感, 心脏扣诊心界不大, 心率62次/分, 律齐, 心音中, A2>P2, 各瓣膜区未闻及病理性杂音, 腹软, 无压痛, 双下肢不肿, 四肢肌力V级, 双侧巴氏征阴性。辅助检查: 上腹部CT平扫, 颅脑CT平扫, 下腹部 (盆腔) CT平扫2021-11-26 00:05: 脑干、双侧基底节区及半卵圆中心多发腔梗。老年性脑改变。肝脏小囊肿可能。脾脏小钙化灶。主胰管轻度扩张。膀胱壁稍毛糙增厚。前列腺增大。扫及右侧第12肋骨皮质扭曲。常规心电图检查 (远程会诊) 2021-11-25 23:38 : 窦性心律 ST段上斜型抬高0.05-0.2mV (II IIIaVF) ST段下斜型压低0.1-0.2mV (I aVL V2-V4) 提示急性下壁心肌梗死可能肌钙蛋白I: 0.331ng/ml。初步诊断: 1. 急性ST段抬高型下壁心肌梗死 Killip I级2. 高血压3. 腔隙性脑梗死, 造影结果示: 左主干未见明显狭窄, 前降支近中段狭窄约30-40%, 前降支远段心肌桥, D1近段狭窄约60-70%, 前向血流TIMI 3级; 回旋支近段狭窄约50-60%, 前向血流TIMI 3级; 右冠近段狭窄约30%, 右</p>

		<p>冠中段闭塞，可见较多血栓影，前向血流TIMI 0级；患者知情同意后予PCI To RCA。 RCA，予6F SAL 0.75送至右冠口，Runthrough导丝通过闭塞病变送至右冠远端，冠脉内注射替罗非班1mg，复造影示右冠血流恢复，可见右冠中段弥漫性病变伴巨大血栓影，最重狭窄约95%，予Maverick 2.5*20mm球囊预扩右冠中段病变处，将波科 3.5*28mm支架放置在右冠中段病变处，10atm扩张释放，复造影示支架扩张充分，无夹层及血栓。术中心率下降，予阿托品针半支静推。介入结论：冠心病 急性下壁心肌梗死 右冠中段闭塞 成功 PCI To 右冠，术后患者继续予双抗、稳定斑块、改善心功能等对症支持治疗。（心内科）常规经胸心脏彩色多普勒超声检查2021-11-30 09:35：1、左室下壁基底段至乳头肌水平收缩活动减弱。2、轻度主动脉瓣反流。轻中度二尖瓣反流。3、左室壁增厚。后住院8天后好转出院，出院诊断：1.急性ST段抬高型下壁心肌梗死 KillipI分级2.高血压3.腔隙性脑梗死4.肺部占位（性质待排）5.肝功能不全 6.外周动脉粥样硬化7.前列腺增生 8.双眼白内障9.左眼黄斑前膜。</p>
2021-11-25	急诊心肌梗死救治 1例	<p>患者，男，57岁，既往体健，因“胸痛6小时余”入院。患者自诉6小时余前（约今晨约9点左右）出现胸痛，位于胸骨后及心前区，伴胸闷，持续30分钟后可自行缓解，自诉今日反复数次胸痛，无法具体描述次数，遂自行来我院心内科就诊，常规心电图检查：1.窦性心律；2.急性广泛前壁心梗。患者转入急诊留观后予开通静脉通路，心电监护，鼻导管吸氧；15:50予负荷剂量口服“阿司匹林300mg、替格瑞洛180mg”抗板、“阿托伐他汀40mg”稳定斑块；予“硝酸甘油”扩冠，缓慢静滴维持电解质稳定等对症支持治疗，现行急诊冠脉造影+PCI，急诊以“急性心肌梗死”收入院。入院查体：脉搏68次/分，呼吸17次/分，血压181/103mmHg，体温36.2℃，神志清，对答切题，无眼球震颤，伸舌居中，颈静脉无怒张，双肺呼吸音清，未闻及明显干湿罗音，心前区无异常隆起及凹陷，无心包摩擦感，心脏扣诊心界不大，心率68次/分，律齐，心音中，A2>P2，各瓣膜区未闻及病理性杂音，腹软，无压痛，双下肢不肿，四肢肌力V级，双侧巴氏征阴性。辅助检查：常规心电图检查（本院）2021-11-2515:32：1.窦性心律2.急性广泛前壁心梗。初步诊断：急性心肌梗死KillipI级，急诊负荷剂量口服“阿司匹林300mg、替格瑞洛180mg”抗板、“阿托</p>

		<p>伐他汀40mg”稳定斑块；予“硝酸甘油”扩冠。急诊造影结果示：左主干未见明显狭窄，前降支近中段狭窄约30-40%，D1近中段弥漫性病变，狭窄约80%，相对细小，D2近段闭塞；回旋支近中段管壁不规则，前向血流TIMI 3级；右冠全程管壁不规则，前向血流TIMI 3级；患者知情同意后予PCI To D2。D2，予6F EBU 3.5送至左冠口，Runthrough导丝送至D2远端，冠脉内注射替罗非班1mg，予Maverick2.0*15mm球囊预扩D2近段病变处，复造影提示D2血流恢复，D2近段最重狭窄约95%伴明显夹层影，将乐普2.5*18mm支架放置在D2近段病变处，10atm扩张释放，复造影示支架扩张充分，无夹层及血栓。介入结论：冠心病 D2闭塞，成功PCI To D2。术后患者继续予双抗、稳定斑块等对症支持治疗，住院1周好转出院，出院时患者无胸痛胸闷不适，今日出院。常规心电图检查（本院）2021-11-28 08:51：窦性心动过缓广泛前壁心梗演变期ST-T改变（ST:I、aVL、V2-V4呈弓背型抬高0.10-0.20mv，III、aVF呈水平型压低0.05mV；T:I、aVL、V3-V6倒置）请结合临床。泌尿常规2021-11-2914:02：前列腺增生。腹部超声2021-11-29 14:02：肝回声细密。颈部血管2021-11-2914:02：左侧颈动脉局部内中膜增厚。（心内科）常规经胸心脏彩色多普勒超声检查2021-11-29 15:35：1、左室室间隔、前壁心尖水平收缩活动减弱。2、左房增大，左室弛张功能减退。3、室间隔增厚，以基底段为甚。出院诊断：1.急性前壁心肌梗死 Killip I级2.高脂血症3.痛风4.前列腺增生。</p>
--	--	---

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
无				

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	合格
2020年	宁波市杭州湾医院	合格	合格
2019年	宁波市杭州湾医院	优秀	优秀
2018年	宁波市杭州湾医院	合格	合格
2017年	宁波市杭州湾医院	合格	合格

用人单位内部公示版

23. 本人述职

心内科主治医师，宁波市心血管冠脉介入学组成员，参与临床工作10余年，曾在上海交通大学医学院附属仁济医院心内科及宁波市第一医院、宁波市第二医院进修学习，完成国家级心血管疾病介入诊疗培训，擅长冠心病、各种类型心律失常、高血压、心力衰竭、心肌病等心内科常见病的诊断及治疗，同时擅长冠脉介入治疗，以第一负责人及第三负责人各参与省市级课题一项，同时参与其他多项省市级课题，以第一作责或通讯作者发表国内外期刊数篇。

1、医院开业科室成立至今一直担任心内科科室大组长，协助主任管理科室。

2、业务上：门诊：每周一天门诊，年工作60余天，年门诊人次3000余人次。病房：每月8个夜班，每周至少两次主治医师查房，年收治患者200例。手术：2018.3在上海仁济医院开始冠脉学习，从事冠脉介入手术已近5年。已取得国家级冠脉介入培训证书，自我院开业至今在解主任带领下负责心内科冠脉介入亚专业，2020年起能够独立行冠脉PCI治疗，冠脉PCI年手术量约150台，冠脉造影年检查量300-350台。同时，常年工作在急性心肌梗死救治一线，作为主刀医师完成急性心肌梗死患者行急诊冠脉造影+PCI术近90台，其中，2021年急诊冠脉PCI 30余台，2022年至今急诊冠脉PCI近40台。患者年龄低至20余岁，高至80余岁成功行急诊PCI术，挽救了一个又一个家庭，多次获得患者衷心感谢，收获多面锦旗。带教：已成功培养3名从事冠脉手术的同事，均能很好地独立完成冠脉造影及冠脉I助工作。

3、积极参加医院的疫情防控、核酸检测、义诊宣传活动数十余次。

4、积极参加农工党内的进企业急救知识抢救等活动多项。

5、科研：参与发表国内外文章数篇及省内外课题数项。

主要代表：1) Elevated homocysteine levels in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. Jin N, Huang L, Hong J, Zhao X, Chen Y, Hu J, Cong X, Xie Y, Pu J. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Aug 20; 100 (33):e26875. doi: 10.1097/MD.00000000000026875.

2) Elevated Homocysteine Levels Associated with Atrial Fibrillation and Recurrent Atrial Fibrillation. Rong H, Huang L, Jin N, Hong J, Hu J, Wang S, Xie Y, Pu J. *Int Heart J*. 2020; 61 (4):705-712. doi: 10.1536/ihj.20-099.

6、奖励：2019年年度医院考核优秀，同时当年被仁济心内科评为仁济优秀心内人。