

河南 儿科动态

Henan Pediatric Trends



河南省医院协会

Henan Provincial Hospital Association



河南省儿童医院
HENAN CHILDREN'S HOSPITAL
郑州大学附属儿童医院
CHILDREN'S HOSPITAL AFFILIATED OF ZHENGZHOU UNIVERSITY
北京儿童医院郑州医院
ZHENGZHOU HOSPITAL BEIJING CHILDREN'S HOSPITAL
郑州儿童医院
ZHENGZHOU CHILDREN'S HOSPITAL

2020年09月

2020年第8卷第3期 / 总第30期

聚合力·筑梦想·赢未来

河南儿科是一家



内部资料 免费交流

准印证号：河南省连续性内部资料〔审郑州连〕00024号

河南省儿童医院郑州儿童医院 2020年中国医师节庆祝暨表彰大会



福棠儿童医学发展研究中心 2020 年青年专家义诊活动



本次福棠儿童医学发展研究中心2020年青年专家义诊活动历时一周，8位青年专家分为2组，行程约1421余公里，累计查房、义诊330位患者，切实解决当地患儿的就诊需求。针对当地医疗水平薄弱的实际情况，为516位医务工作者进行了授课、指导、经验交流等工作，为推动地区基层儿科医疗的发展作出努力。

排名看的是热闹 分析看的才是门道

由于受疫情影响，对于国人意义最为重大的一次考试——高考被推延至今年7月进行。同期，在医疗卫生行业关注程度堪比高考的首轮三级公立医院绩效考核公布了成绩单。

7月1日，国家卫生健康委发布《关于2018年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报》，根据全国2398家三级公立医院的2018年数据，针对26个国家监测指标，进行了结果分析。此外，各省和各医院的相关“成绩”可以登录公立医院绩效考核管理平台查询。

自行查询意味着各省、各医疗机构的横向对比和排名并没有公开，但首轮“国考”的榜单依然引起了外界的高度关注和竞相猜测。结果符合预期甚至超乎预期的医疗机构，有的通过医院公众号通报喜讯，有的接受媒体采访分享经验；排名不甚理想的医疗机构，有的保持沉默，有的则心有不甘。更有媒体，通过各种渠道汇总信息，推出了综合医院的不完全排行榜。相比于开展首轮公立医院绩效考核工作的意义和价值，业内和外界似乎更加关注考核的排名。

然而，对于我国各级各类医疗机构尤其是大型公立医院的排行和评比，近年来并不鲜见，关注热度更是持续攀升。相比于这些民间开展的医院排行，全国三级公立医院以及正在开展的首轮二级公立医院绩效考核工作无疑在评价方法、考核目的、结果运用方面有着本质不同。

对于建立复杂且统一的疾病诊断编码和手术操作编码；搭建国家及各省绩效考核管理平台；运用国家超级计算广州中心的天河二号超级计算机，对考核大数据集合进行计算分析；实现数据直接抓取，主要进行定量考核的国家级公立医院绩效考核来说，如果仅仅只停留于考分的得失和排行的关注上，可以说是对这项有着深远且引领意义工作的简化和误读。

相比于树立行业标杆，为大众就医提供参考的第三方医院排行榜来说，国家三级公立医院绩效考核旨在推动三级公立医院在发展方式上由规模扩张型转向质量效益型，在管理模式上由粗放的行政化管理转向全方位的绩效管理，促进收入分配更科学、更公平，实现效率提高和质量提升，促进公立医院综合改革政策落地见效。简言之，就是通过考核指标体系的设定，引导公立医院高质量发展。

我国医疗机构数量众多，分布在不同地域，有着不同的生存背景和发展环境，对他们进行相对科学、统一、全国性的绩效考核，帮助他们找准位置，看清优势，找到差距，明确方向，正是公立医院绩效考核的初衷。通过为各级各类公立医院设计标准化答卷、机考答题、电子阅卷，可以相对客观、公正地丈量出一家医院在全国同级同类医疗机构中的优势和短板，便于医院以问题为导向，形成医院管理提升的动力机制。

绩效考核工作能否达成初衷，除了结合实践，不断完善和调整指标体系和考核办法之外，还须强化绩效考核结果应用，将绩效考核结果作为公立医院发展规划、重大项目立项、财政投入、经费核拨、绩效工资总量核定、医保政策调整的重要依据，同时与医院评审评价、国家医学中心和区域医疗中心建设以及各项评优评先工作紧密结合，真正把考核结果用起来。

此外，更需要参与考核的各家医疗机构理解这一“初衷”，认识到绩效考核在引领医院管理中应该发挥的作用，思考如何将考核指标与医院整体发展相结合，把考核指标的管理融入到医院的日常工作去，并真正做到填报最真实的数据。因为，排名背后的分析，以及持续开展考核之后医院自身的变化，这些信息远比排名本身更加重要。



封面故事

国家儿童区域医疗中心北京儿童医院
郑州医院管委会第三次会议顺利召开

特约顾问：马保根

编委会主任：周崇臣

编委会副主任：（按姓氏笔画排序）

丁显春 王 军 王丙增

王培山 牛 锋 田泽允

任书伟 米云鹏 刘玉峰

陈 新 张君平 杨达胜

韩传恩 赵柏丽 娄 丹

高 丽 黄蔚茹

编委会成员：（按姓氏笔画排序）

马姝丽 王育新 石彩晓

成怡冰 朱富生 宋 敏

张迎辉 吴红燕 沈照波

张耀东 尚 清 周一博

金志鹏 罗淑颖 荀 鹿

侯广军 郭长根 高 静

责任编辑：吴红燕

文字编辑：高 静 张耀东

张晓敏 贾 丹

图片编辑：武 豪 杨森淇

目 录 CONTENT

卷首语

排名看的是热闹 分析看的才是门道 1

封面故事

国家儿童区域医疗中心 北京儿童医院郑州医院管委会第三次会议顺利召开 4

本期看点

山西省政协考察团在河南调研国家儿童区域医疗中心建设情况 6

省儿医成功抢救异物卡喉患儿获央视新闻点赞 6

福棠儿童医学发展研究中心义诊让贫困患儿“看得起病、防得住病” 7

北京儿童医院钱素云教授来院指导交流 8

分会动态

送旧友迎新朋 “双千” 培训学员队伍持续壮大 9

郑州大学附属儿童医院举行 2020 届本科生毕业典礼 10

安阳市卫生健康委来河南省儿童医院参观交流 10

信阳市残疾儿童康复中心暨信阳市中心医院儿童康复中心揭牌启用 11

省儿医国家级科研项目实现两大新突破 12

喜讯！平舆县人民医院顺利通过“二甲”医院复审 12

在传帮带中提升基层儿科服务能力 13

省儿医 2020 年专科医师规范化培训招录考核工作完成 15

焦作市妇幼健康服务专业医联体儿科联盟单位揭牌仪式暨大型义诊活动圆满举行 15

“健康中原行·大医献爱心”专项行动走进荥阳 16

河南省儿童医院举办新生儿窒息复苏技术培训班 17

汝州市人民医院新生儿监护室成功开展 LISA 技术 17

名家稿件

新型冠状病毒肺炎疫情下如何开展儿童心脏病介入手术的建议 / 付佳 等 18

管理论坛

临床科研大数据资源管理 / 朱明宇 等 21

临床研究

- 颅内高压危象 / 李珂 等 23
- 先天性白血病的临床特点与疗效分析 / 管玉洁 等 26
- 儿童上消化道异物所致并发症及其危险因素分析 / 王跃生 等 30
- 婴幼儿反复喘息相关因素分析 / 李晓 等 34

护理实践

- 适应性训练联合微视频宣教在先天性心脏病患儿术后恢复中的应用 / 冯瑞玲 等 36

药学服务

- 新生儿苯巴比妥的用药合理性分析 / 周宇雪 等 38

典型病例讨论

- 一例反复口腔溃疡、发热、关节疼痛患儿的典型病例讨论 41

名医名科名院

- 【名医】漯河市第三人民医院儿科主任牛玉红 44
- 【名科】邓州市中心医院儿科 45
- 【名院】西峡县人民医院 46

百科医苑

- 科普园地 47
- 法制在线 48
- 博文集萃 49
- 笑口常开 49

成员名单

- 河南省医院协会儿童医院（科）分会常委以上人员名单（89人） 50
- 河南儿科医疗联盟成员单位（199家） 51

封二

河南省儿童医院郑州儿童医院 2020 年中国医师节庆祝暨表彰大会
福棠儿童医学发展研究中心 2020 年青年专家义诊活动

封三

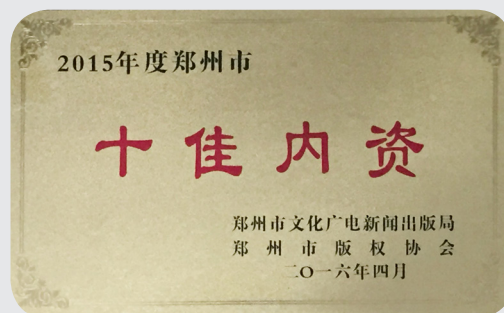
美国心脏协会基础生命支持培训班迎来百期“生日”
2020 年 9 月 16 日，河南省儿童医院成为中国康复医学会会员单位会员
郑州市召开版权（著作权）及出版工作专题会议

河南儿科动态（季刊）

2020 年第 8 卷第 3 期（内部资料、免费交流）

总第 30 期

河南省连续性内部资料 [审郑州连] 00024 号



《河南儿科动态》荣获郑州市“十佳内资”称号

主管单位：河南省医院协会

主办单位：河南省医院协会儿童医院（科）分会
河南省儿童医院

印刷日期：季刊（每季季末）

发送对象：河南省医院协会儿童医院（科）
分会委员及各相关医疗卫生机构

印 数：2000 本

编辑部地址：郑州市郑东新区龙湖外环东路 33 号

邮 编：450018

电 话：0371-85515700

投稿邮箱：hnekdtj@163.com

（河南儿科大家庭首字母）

网 址：<http://www.zzsetyy.cn/newspaper/viewlist.aspx?id=10>

印刷单位：郑州市联合印务有限公司

联 系 人：高 静 15136260197

贾 丹 18627950279

监督电话：0371-67183172

国家儿童区域医疗中心 北京儿童医院郑州医院 管委会第三次会议顺利召开



9月23日，国家儿童区域医疗中心 北京儿童医院郑州医院管委会第三次会议顺利召开。北京儿童医院郑州医院管委会主任、郑州市政府副市长孙晓红，北京儿童医院郑州医院管委会副主任、北京儿童医院郑州医院总院长倪鑫，北京儿童医院郑州医院执行院长聂小莺，管委会成员单位负责同志共同参加会议。

郑州市人民政府与北京儿童医院签约共建以来，合作成效显著，医院取得了平台、技术、科研、人才、教学、管理的“六大提升”，核心竞争力持续增强，成为国家区域医疗中心首批试点建设10家单位之一。接下来，“市院共建”将持续深化，北京儿童医院将派出重点学科主任“常驻”郑州，大力提升河南疑难重症救治技术，拟在河南打造“第二个北京儿童医院”。

会议上，聂小莺首先汇报扎实开展紧密合作、建设国家儿童区域医疗中心、医院核心内涵“六大提升”等工作成效，客观分析医院在学科、人才、科研等方面的短板和不足，下一步将加快区域医疗中心建设、深化引进学科团队和深度合作专业合作、

提升医教研水平和综合管理能力等，统筹抓好疫情常态化防控和医院高质量发展。郑州儿童医院院长周崇臣向国家儿童区域医疗中心创建历程中、特别是2019年国家启动试点项目建设以来在各项工作推进中给予了有力支持并做了大量工作的各位领导，表示最衷心感谢和最诚挚的敬意。他详细汇报了试点建设项目进展情况，就南院区项目推进中的困难和问题、落实试点建设方案协议内容、深化学科发展、院区规划布局等相关事宜，提请管委会协调解决。市卫健委、市委编办、市发改委、市财政局、市人社局、市科技局、儿童医院各委员单位有关同志参会，市自然与资源规划局、市生态环境局、市医保局、市税务局有关同志列席会议。市卫健委作为牵头部门，积极解决区域医疗中心相关工作中的难点和瓶颈问题。各相关委局部门在推动国家儿童区域医疗中心建设中，特别对南院区项目建设工作给予了科学指导、大力支持、有力保障。

倪鑫强调指出，一是尽快完成以东区医院为主体、东三街院区和南院区为两翼的“一体两翼”总布局；二是继续保障学科高质量发展，北京儿童医

院将派驻重点科室主任常驻郑州，让河南患儿享有高质量医疗服务；三是“市院共建”成效显著，在国家首轮三级公立医院绩效考核儿童专科医院排名中，郑州儿童医院位居12名。未来，京豫携手前行，“永远以赶考的心态”，全力做好国家儿童区域医疗中心建设工作，向河南人民交出一份满意答卷。

副市长孙晓红主持会议，并对国家儿童区域医疗中心建设作出部署。她指出，一是由卫健委牵头梳理任务清单，进行任务分解，及时上报周推进、月进展；二是要加快国家儿童区域医疗中心项目建设，尤其是南院区项目建设，各相关委局部门大力配合推进，早日完成投入使用，使国家儿童区域医疗中心有一个完善的体系和布局；三是要做好十四五规划，儿童医院作为国家儿童区域医疗中心建设试点单位，承担着示范、带动作用，辐射周边儿科医疗的发展，要做成标杆医院。

9月23日，北京儿童医院郑州医院总院长、北京儿童医院郑州医院理事会理事长倪鑫主持召开北京儿童医院郑州医院理事会第四次会议。会议听取了北京儿童医院郑州医院工作报告和国家儿童区域医疗中心重要事项汇报，讨论研究了南院区项目、院区布局规划和学科发展等内容，表决通过了有关事项，并安排部署下一步工作。

当天早上，倪鑫来到耳鼻咽喉头颈外科病房，进行疑难病例会诊，一名7个月大的孩子，患有先天性鳃裂瘻管，反复感染，非常棘手。倪鑫院长一边仔细查阅患儿病历、影像等临床资料，一边与主



管医生进行交流，通过对患儿病情进行详细沟通，最后确定患儿下一步治疗方案。另一名3个多月的婴儿患有鼻腔粘液瘤，严重影响呼吸，前期在儿童医院接受手术。倪鑫院长与手术医生认真探讨，肯定了治疗方案，同时针对医生的困惑，探讨下一步治疗方案。倪鑫还针对家长存在的困惑与疑问，与家长进行深入沟通，叮嘱家长回到家后的注意事项，原本被疾病阴霾笼罩的家长也露出了久违的笑容。



河南省儿童医院作为国家儿童区域医疗中心建设试点单位，着力推进“三个共建”，通过向上联合国家儿童医学中心北京儿童医院，同时加强自身建设，向下联动河南儿科医疗联盟，助力构建儿科四级医疗服务体系，取得了“两升两降”的阶段性成效。医院将继续加快转型发展，实现高质量发展，奋力建设高水平的国家儿童区域医疗中心。

河南省儿童医院宣传科 马一禾

山西省政协考察团在河南调研国家儿童区域医疗中心建设情况



9月22日，山西省政协副主席、农工党省委主委、山西医科大学校长李思进率考察团一行20余人，到河南省儿童医院参观调研国家儿童区域医疗中心建设工作。河南省政协常委、教科卫体委员会主任杨丽萍，河南省卫生健康委医政医管处副处长刘笑天等领导陪同。医院党委副书记、院长周崇臣，副院长徐宏伟等热情欢迎。

李思进一行来到医院门诊大厅、河南儿科医疗联盟互联网+儿童健康服务中心等地，参观医联体办公室、96995中心、远程会诊中心、互联网+儿童健康宣教中心，了解国家儿童区域医疗中心创建情况和河南儿科医疗联盟发展情况，对儿童医院的

建设和发展给予赞誉和肯定。他们走进新生儿重症监护室、早产儿重症监护室、新生儿内科病房、内科重症监护室等无陪病房，参观了解科室发展概况。在国家儿科住院医师规范化培训基地、临床能力训练及考核中心，他们参观了模拟病房、电子阅览室、临床技能综合训练室考核系统等，了解到基地设施专业而全面，称赞医院教学工作。

近年来，河南省儿童医院郑州儿童医院在上级部门的关心支持下，大力推进医疗卫生体制改革，积极构建四级儿童医疗服务体系，加快医院转型发展，实现高质量发展，奋力建设高水平国家儿童区域医疗中心，获得社会各界高度肯定和广泛赞誉。

河南省儿童医院宣传科 马一禾

省儿医成功抢救异物卡喉患儿获央视新闻点赞

8月4日，河南省儿童医院上演了一场现实版的“生死时速”，医护人员与死神赛跑，跪地救人，2岁半男童转危为安，此举受到了中央电视台、河南电视台、河南新闻广播、郑州电视台、大河网等多家媒体以及网友的点赞。

2岁半的浩浩中午在家吃花生滑倒后出现呼吸困难、口唇发绀。家人立即将孩子送到附近诊所予以拍背，但并未将异物拍出。家人随即拨打急救电话，由120派出车辆紧急将孩子送往河南省儿童医院。

与此同时，河南省儿童医院急诊科主治医师宋

建刚、护士刘慧迅速到急诊大厅门前等候，同时开启绿色通道，等待患儿来院。刚刚结束门诊的耳鼻喉头颈外科副主任许莹接到住院总医师付高尚的电话后，与医师李檬、杨屈扬迅速赶往急诊抢救室。患儿被转运至儿童医院后，通过急诊绿色通道直达急诊抢救室。随即，急诊科副主任王海军，许莹、付高尚、李檬、杨屈扬到达抢救室。

抢救室内，医护为孩子紧急开通静脉通道，监测生命体征。“当时孩子情况一点都不好，已经是濒死的状态。孩子脸色苍白，一点意识都没有，而且球结膜下出血，可以说，如果不及时抢救，这孩子可能就活不过来了。”许莹说。

时间紧迫，为更快速给孩子气管插管，许莹立即跪地进行操作，氧气通路建立后，准备为孩子进行急诊手术。在前往外科监护室的路上，许莹、付高尚、李檬推着孩子一路狂奔，杨屈扬及急诊科护士在前方“开路”。原本需要约10分钟的路程，大家仅用了3分钟就把浩浩送入了手术室。

手术室内，耳鼻咽喉头颈外科副主任医师任红波与主治医师姜岚通过硬性支气管镜探查孩子右侧支气管，快速用钳子取出很多白色异物碎块，又对患儿左侧支气管进行检查，发现患儿的左侧支气管口也被白色异物碎块堵得严严实实，又用钳子将异物出。最终，堵在孩子左右支气管内的花生均被取出，手术顺利结束。

经过急诊科、耳鼻咽喉头颈外科、外科监护室、麻醉科的密切配合，患儿脱离生命危险。

事后，许莹回看监控视频，与科室医生一起惊

心动魄的奔跑，至今仍感到紧张。她说自己当时就一个念头——快点救这孩子！“医院各个科室、各个环节都配合的很好，患儿在未办理任何手续的情况下，迅速开通绿色通道，为抢救赢得了宝贵的时间，彰显了儿童医院‘永远以孩子为先’的服务理念！”许莹说。同时，她也提醒各位家长：“最好的预防方式，就是不要给3岁以下的儿童吃坚果，在给小孩喂食时应避免大笑、讲话、跑步；对于刚会爬、会走的小儿，周围不可放置小物件，以免抓到后放入口中。”

现实生活中，因为家长的疏忽而导致儿童被异物卡住气管的案例频频出现，如何在第一时间施救？

河南省儿童医院PICU副主任医师苏军介绍，用几分钟时间掌握海姆立克急救法，在孩子遇到异物卡喉时，就能够在第一时间施救，为生命赢得一丝机会。

对于不同年龄段，异物气道卡喉的救治手法是不同的，对于1岁以下的小婴儿采用的是拍背按压法，即左手托住孩子的下颌，前臂靠在家人的大腿上，右手的掌放在肩胛肩区，然后快速拍背。

而对于1岁以上的儿童或成人来说，食物卡喉则要采取海姆立克急救法，它是全球抢救异物误入气管患者的标准方法，被称为“生命的拥抱”。

苏军同时提醒各位家长，在日常饮食中，像鸡骨、鱼骨这样尖锐坚硬的食物会划伤喉咙和食道，家长在孩子进食时要多注意和提醒，一旦出现食物卡喉，一定不要盲目施救，以免划伤气道或食道，应迅速拨打120寻求专业医护帮助。

河南省儿童医院宣传科 王晨

福棠儿童医学发展研究中心义诊让贫困患儿“看得起病、防得住病”

近年来，河南省儿童医院积极参与福棠中心开展的“中国儿童健康扶贫计划”、“师带徒”精准扶贫、青年医师义诊、“靶向帮扶”等活动，依托中心的帮助和影响，带领区域儿科学科建设、人才培养、教育教学等方面共同发展进步，让孩子在家门口就能享受到优质医疗资源，让贫困患儿看得上病，看得起病，看得好病，防得住病”。

3省青年专家赴河南8地义诊

8月23日，福棠儿童医学发展研究中心青年专家义诊活动在中原大地拉开帷幕。来自陕晋豫三地的青年医师专家，分成两支队伍，向洛阳、南阳等八家县级医院出发，开展为期一周的基层送医活动。中华医学会儿科学分会主任委员、首都医科大学附属北京儿童医院党委书记王天有，福棠儿童医学发展研究中心主任郭永丽，郑州市卫生健康委副主任原学岭，河南省儿童医院院长周崇臣为青年医师寄

语、送行。郭永丽寄语义诊青年医师“聚是一团火、散是满天星”。2016年，福棠儿童医学发展研究中心（北京儿童医院集团）成立以来，一直秉持教学、科研、临床、专家、管理、预防共享，积极践行分级诊疗强基层医改政策。周崇臣表示为青年专家义诊活动做好保障，健康扶贫，造福基层；青年义诊，使命光荣。内科监护室（PICU）副主任医师崔利丹作为活动中的一员，前往洛宁县人民医院、嵩县人民医院、汝阳县人民医院等四家基层医疗机构开展义诊、查房、授课等活动。

走出河南深入苏北送去诊疗服务

9月5日，福棠儿童医学发展研究中心2020年青年专家义诊活动江苏站启动仪式在南京市儿童医院召开。参与此次活动的儿科医生来自6家医院——河南省儿童医院、北京儿童医院、四川大学华

西第二医院、南京市儿童医院、苏州大学附属儿童医院。河南省儿童医院选派呼吸科副主任医师李会娟、重症监护室主治医师高刘炯参与本次义诊。医生们分别前往盱眙县人民医院、淮安妇幼保健院、宿迁第一人民医院、宿迁儿童医院、东海人民医院等9家单位，进行健康义诊、查房、疑难病例讨论、授课等活动。一周时间，他们共义诊患儿500余人次，查房近165人次，授课36场次，基层医院听课人数总计458人。

义诊专家团队走进聊城

9月12~19日，福棠儿童医学发展研究中心青年专家义诊聊城站活动在聊城市儿童医院启动。参与活动的儿科医生来自北京儿童医院、河南省儿童医院、河北省儿童医院、聊城市人民医院，17位优秀的青年专家分为3组，分别参与12家基层医疗机构义诊。

本刊综合报道

北京儿童医院钱素云教授来院指导交流

本报讯 8月14日，国家儿童医学中心北京儿童医院重症医学科主任钱素云教授，带领副主任医师李峥、副主任药师杨梅、副主任医师王晓晖一行4人，在河南省儿童医院执行副院长长成怡冰、大内科兼PICU主任金志鹏的陪同下，走进内科监护室（PICU），进行了一系列的学术交流互动。



钱素云走进PICU病房内，在患儿床旁驻足聆听管床医师的病情汇报，她时而拿起听诊器、时而举起影像片，细致耐心的询问着、指导着；李峥拿起

床旁彩超探头，现场讲解重症超声的应用，杨梅在床旁讲解着危重症患儿的选药、用药，这对在场的每一位医护人员来说是一个难得的学习机会。

在PICU远程会诊分中心，钱素云带领大家进行疑难病例讨论。当听完一例脓毒性休克合并AKI的患儿的病例汇报后，钱素云针对标本的留取送检、抗菌药物的选择，提出了自己的治疗观点，结合目前最新的指南共识，在下一步治疗方向上给予了明确的指导。

当日下午，王晓晖前往A3教学科，督导本期3名基础生命支持（BLS）讲师授课，与此同时，在PICU的远程会诊分中心，李峥也开启了讲座《儿童重症超声血流动力学六步法》。钱素云的讲座《儿童坏死性脑病诊断与治疗进展》，从当今前沿讲起，让医护人员了解最新的诊治知识，通过对疾病特点及辅助检查的讲解，避开临床误区，带来临床新的治疗方向的同时，也为患儿带来了更多的希望。

河南省儿童医院内科监护室 郭洁

送旧友迎新朋 “双千” 培训学员队伍持续壮大



6月30日、7月2日，河南儿科医疗联盟“千名医生、千名护士”培训第21期结业、第22期开班仪式在河南省儿童医院学术报告厅举行。

送别了77位“旧友”，迎来73位“新朋”，河南儿科医疗联盟“双千”培训总人数达到1985人次。

第21期“双千”结业 温情脉脉话感恩

6月30日，在第21期“双千”培训结业仪式上，全国人大代表、河南儿科医疗联盟理事长、河南省儿童医院院长周崇臣向学员传达了习近平总书记重要讲话精神以及“两会”精神，并为20名优秀学员颁发证书。

临颖县人民医院医师郭小丹和新密市第一人民医院护士刘焕，作为学员代表回忆了学习期间的点滴感受，字里行间流露着对这次宝贵学习机会的珍惜，和对带教老师的感恩。“带教老师不但在业务上给我悉心指导，在生活上也对我关怀有加。3个月里，我们已经变成无话不说的好友……”简单的话语里流露出的真情实感，令在场人员为之动容。

第22期“双千”开班 踌躇满志来学习

开班仪式上，周崇臣与工会主席王玉英、执行

副院长吴红燕热情欢迎新同学的到来。

观看过往期“双千”培训的记录视频后，吴红燕为学员们介绍了医院基本情况，全面展现了医院的综合实力。

医务科负责人和东阳、护理部副主任时富枝分别介绍了本期学员的科室分布情况，并对学习纪律作出要求。医疗联盟办公室主任宋敏就学员的生活起居作出安排。

周崇臣讲到，当前河南儿科正面临新的机遇和挑战，各级医院儿科应当抓住机遇、积极发展。在各级党委的领导下，成为国家儿童区域医疗中心试点单位的河南省儿童医院，有能力、有责任带领河南儿科发展壮大，合作共赢、错位发展。希望大家尽快熟悉环境，学有所成。

随后，学员们参观了“互联网+”儿童健康医疗服务中心、门诊药房、监控中心、PICU、NICU、检验科、腔镜中心等科室，熟悉新环境，为学习做准备。

“千名医生、千名护士”培训是河南儿科医疗联盟重点工作之一，多年来，河南儿科医疗联盟秉承“河南儿科是一家”的理念，与联盟单位紧密联系，以合作、发展、共赢为宗旨，继续造福全省儿童。

河南省儿童医院医患关系科 陈昊彬

郑州大学附属儿童医院举行 2020 届本科生毕业典礼



本报讯 6月30日上午，郑州大学附属儿童医院隆重举行2020届本科生毕业典礼暨学位授予仪式，受新冠肺炎疫情全球肆虐影响，在这个特殊的毕业季，医院特地举办了一场不“疫”样的毕业典礼。

郑州大学医学院学工部副书记、本科生党委书记张洁，附属儿童医院党委副书记、院长周崇臣，副院长张红霞，工会主席王玉英，纪委书记白晓明，副院长黄河濂等学校和医院党政领导、导师代表、相关职能部门负责人、2020届毕业生等出席典礼，共同见证2020届毕业生的荣耀时刻。毕业典礼由黄河濂主持。

上午9时，毕业典礼暨学位授予仪式在庄严的国歌声中拉开帷幕。周崇臣和第一届郑州大学医学院的毕业生一起见证这个重要的历史时刻，并现场致辞，向同学们提出了殷切期望和谆谆教诲。在阵阵热烈的掌声中，周崇臣满怀深情，为学子拨穗正冠。典礼结束后，学子们依依不舍与老师们合影留念，记录这个珍贵的瞬间。

毕业典礼是每个人一生中经历的最特别、最难忘的时刻。同学们即将启程远航，告别母校走向社会。郑州大学附属儿童医院对同学们最诚挚的祝福将成为这个夏天最热烈、最动人的仪式。

河南省儿童医院教学科 侯立功

安阳市卫生健康委来河南省儿童医院参观交流



8月12日，安阳市卫生健康委副主任张金文带领安阳市人民医院，安阳市妇幼保健院，安阳市卫生健康委规划发展科、医政医管科、妇幼健康科等一行10余人，到河南省儿童医院就安阳市儿童医院建设发展进行参观交流。郑州市卫生健康委副主任

原学岭、医政医管处处长张岚，河南省儿童医院院长周崇臣、副院长徐宏伟等陪同。

张金文一行先后来到医院门诊大厅、河南儿科医疗联盟互联网+儿童健康服务中心等地，参观了医联体办公室、96995中心、远程会诊中心、互联网+儿童健康宣教中心，了解到国家儿童区域医疗中心创建情况和河南儿科医疗联盟发展情况，对河南省儿童医院的建设和发展给予高度赞誉和充分肯定。

张金文介绍了安阳市的儿科资源现状，在市委市政府的支持下，安阳市将整合全市儿科医疗资源，探索儿童医院建设模式，为当地儿童建设一座现代化的儿童医院。当前，安阳市儿童医院建设正处在规划阶段，希望郑州市卫生健康委和河南省儿童医院能够就

建设模式、布局规划方面多提意见和建议，同时在院区建设、人才培养、学科发展等方面给予支持和指导。

原学岭对大家的到来表示欢迎，他表示，安阳、郑州两地卫生健康系统交流频繁，有着深厚的友谊，安阳市多家医院是河南儿科医疗联盟成员单位，有着紧密的合作基础。郑州市卫生健康系统和儿童医院将全力支持其发展，双方共同探讨提升，探索建设安阳儿童医院模式。同时他就人才储备、人才培养等方面给出建议和意见。

座谈会上，周崇臣介绍医院发展情况，分享院区建设、人才培养、学科发展等经验。随着四级儿

科医疗服务体系规划的推进，儿科的建设和发展迎来新机遇、新格局、新发展，河南省儿童医院作为国家儿童区域医疗中心建设试点单位，朝着“三高一低一下沉”建设目标推进，包括将优质医疗资源下沉到基层，解决基层医院实际难题。

近年来，在上级部门的关心支持下，河南省儿童医院秉承“全省儿科是一家”的理念，扎实开展国家儿童区域医疗中心建设，发挥河南省儿童医学中心牵头作用，积极构建四级儿科医疗服务体系，降低区域患者外转率，促进优质医疗资源下沉，辐射带动全省儿科医疗、预防和保健服务水平整体提升。

河南省儿童医院宣传科 马一禾

信阳市残疾儿童康复中心暨信阳市中心医院儿童康复中心揭牌启用

8月25日上午，由信阳市中心医院与市残疾人联合会合作组建的“信阳市残疾儿童康复中心暨信阳市中心医院儿童康复中心”揭牌仪式在市残联举行。信阳市政府副市长邵华、市委宣传部、网信办、教体局、市卫健委、工业和信息化局、公安局、民政局、人力资源社会保障局、生态环境局、交通运输局、应急管理局、文旅局、工会、团市委、妇联、市纪委监委驻民政局纪检监察组、市残联、市中心医院负责同志及媒体朋友等100余人参加了揭牌仪式，共同见证了这一公益项目的落成使用。



揭牌仪式由信阳市政府办公室副主任叶中洲主持。他指出，中心医院和市残联积极探索，大胆实践，优势互补，资源共享，开拓了进一步完善残疾儿童康复融合发展的新模式，打造了民心工程的新亮点，真正实现了信阳市的康复患者不出家门就能享受到优质医疗资源服务，也标志着信阳市残疾人康复事业进入了一个新的发展阶段。

信阳市中心医院党委书记、院长任书伟在致辞

介绍了儿童康复中心的建设过程和功能设施。他指出，在信阳市委市政府、市卫健委的大力支持下，由信阳市残联提供基础场地约5000平方米，市政府和市中心医院投资近1000万元，历时10个月，完成了康复中心的建设。同时，他表示，今天是儿童康复中心揭牌启用的大好日子，也是中国第四个残疾预防日，发展残疾儿童康复事业是帮助残疾儿童健康成长、融入社会的关键环节，更是我们义不容辞的重要职责。中心医院将以此为契机，不断发展新的康复项目，用优质的服务水平，为广大残疾儿童提供康复服务，使他们得到及时康复救治，更好地助力健康扶贫。

在热烈的掌声中，邵华副市长、张金龙理事长、任书伟院长进行了揭牌。

揭牌仪式结束后，参加活动人员在工作人员的引导下，参观了儿童康复中心。在专业治疗师的讲解中，他们对康复中心现代化设施、先进的治疗手段及众多的康复功能给予高度评价。同时，在二楼会议室观看了康复儿童的精彩表演。孩子们的歌声和笑声，让大家感受到了他们充满希望的明天。

信阳市中心医院儿童康复中心设在信阳市残疾人综合服务中心5-9楼，可同时为800余名康复患儿提供康复服务。装修风格贴近儿童特色，每层楼墙体采用不同主题的彩绘图案，仿佛置身儿童乐园，为康复患儿学习和训练提供了良好的环境。中心引进视频脑电仪、水疗机、中药熏蒸等先进康复器械，设有标准化的儿童肢体训练室、多功能训练室、感觉统合治

疗室、按摩室、休息室、娱乐活动室，针对视力、听力、言语、肢体、智力等康复患儿，开展物理治疗、作业治疗、特殊教育、针灸推拿、功能训练、心理治疗、手术治疗、多感官训练、听力言语康复训练、肢体矫治手术后康复训练以及孤独症儿童认知、语言交往、

生活自理和社会适应能力等领域的康复训练。

至此，信阳市中心医院的儿童康复治疗师、针灸师及专业护理人员已集中到位，全面开展各项康复治疗工作，并承担全市儿童康复知识宣传及残疾预防工作。

信阳市中心医院院办公室 陈 静 蒋天骏

省儿医国家级科研项目实现两大新突破

近日，中国博士后科学基金会公布了中国博士后科学基金面上项目及新冠肺炎疫情防控专项资助获资助人员名单。

河南省儿童医院药学博士后张万存获第 67 批中国博士后科学基金面上项目二等资助 1 项、资助经费 8 万元；药学博士后段勇涛获 2020 年中国博士后科学基金新冠肺炎疫情防控专项资助 1 项、资助经费 12 万元。这是医院建立博士后创新实践基地以来，连续两度获批中国博士后科学基金项目，实现了零的突破。

中国博士后科学基金是专门用于资助在站博士后科学研究的基金，旨在资助具有创新能力和发展潜力的优秀博士后研究人员进行创新研究，造就适应社会主义现代化建设需要的各类具有复合型、战略型和创新型特点的博士后人才队伍。

医院始终坚持以人才引进为抓手，持续提升科研内涵建设。2012 年建立省级博士后创新实践基地以来，院党委高度重视，借助郑州大学博士后流动站平台优势，联合招收博士后研究人员 2 名，先后获批河南省博士后科研项目资助、中国博士后科学基金面上项目资助、中国博士后科学基金新冠肺炎疫情防控专项资助，为医院的可持续发展提供有力

的科技人才支撑。

近日，河南省卫生健康委公布了 2020 年度河南省中医药科学研究专项课题目录的通知，河南省儿童医院高超申请的《脊柱推拿介导 miRNA203a 靶向调控 HIF-1 α 对脑瘫大鼠胶质细胞自噬平衡的作用机制研究》获批重点项目，获批经费 8 万元；韩雪、李纪同及杨颖同时获批中医药科学研究专项课题普通项目，共计获批经费 6 万元，4 项课题的成功获批标志着河南省儿童医院中医药类科研立项实现了新突破！

河南省中医药科学研究专项课题是由河南省卫生健康委组织为提高临床疗效和中医药学术水平而设立，包括：重大专项、重点课题、普通课题。该项目遵循中医药自身发展规律，以提高中医药防病治病能力为核心，充分发挥中医药特色优势，培养优秀中医药科研人才和团队，进而促进全省中医药科学技术进步和学术发展。

作为儿童专科医院，院领导高度重视中医药科研的发展，科研管理人员及科研人员积极努力，争取实现由点的突破向系统能力提升的过渡，从量的积累向质的飞跃。中医药科研项目的立项对全院中医药快速发展起到了积极的推动作用，为中医服务临床工作奠定了一定基础。

河南省儿童医院科研办 张 婕 于映映

喜讯！平舆县人民医院顺利通过“二甲”医院复审

8 月 13 日下午，平舆县人民医院门诊七楼综合会议室“二甲”医院复审反馈会现场掌声不断。在驻马店市卫健体委医政科科长冯忠东宣布平舆县人民医院顺利通过“二甲”医院复审之时，会议现场

掌声雷动，经久不息，标示着平舆县人民医院在全市县级医院再次率先通过二级甲等综合性医院复审，为下一步创建三级医院，实现医院发展美好愿景又迈出了坚实的一步！



8月11日，驻马店市卫健体委医院等级评审专家组一行14人莅临医院进行为期三天的“二甲”医院复审工作。此次“二甲”医院复审，专家分为管理、医疗、医德医风、药事、护理、感染、检验用血、病理、财务物价、医学影像等14个小组，各位专家严格按照“二甲”医院评审标准，深入到医院各职能科室和临床科室，采取听取汇报、分别访谈、实地查看、模拟演练、查阅资料等形式，对医院各

项现行管理和功能进行了全面系统的核查。

在13日下午“二甲”医院复审反馈会上，评审组专家们对平舆县人民医院现场评审的情况分别进行了反馈。评审专家一一就检查内容、特色亮点、存在问题及改进建议等方面进行讲评，提出了合理性建议和指导意见，评审专家组成员们严谨细致的工作作风和认真负责的工作态度，给与会人员留下了深刻的印象。

会议现场，医院党委书记、院长王铁珍代表全院党员干部职工向几天来辛勤工作的专家们和长期以来关心支持医院发展的各级部门和领导表示诚挚的谢意！对专家组提出的存在问题及不足之处，表示将迅速整改，逐一落实，不断巩固提高。同时要求全院上下要以“二甲”复审成功为契机，戒骄戒躁，同心协力，努力拼搏，为下一步创建三级医院的目标打下坚实的基础，为平舆县广大人民群众的身心健康提供更加优质、高效的医疗服务。

平舆县人民医院宣传科 夏广勇

在传帮带中提升基层儿科服务能力

河南儿科是一家，义诊帮扶把手拉。作为河南儿科医疗联盟理事长单位，河南省儿童医院一直致力于构建河南儿科四级诊疗服务体系，在国家卫生健康委关于分级诊疗“抓两头、带中间”的方针指引下，积极对县市级医疗单位开展多种多样的帮扶活动。



专家团队走进兰考县开展“一对一”帮扶

7月30日，河南儿科医疗联盟专家团队来到兰考县妇幼保健院，开展儿科医疗联盟“一对一”基层帮扶工作。

因疫情影响，患儿看病难问题亟待解决，医院积极调整医疗联盟帮扶工作方案，统筹推进疫情防控的同时，加强特色学科建设，确保为每一家医疗联盟

成员单位提供精准帮扶。秉承“永远以孩子为先”的服务理念，专家团队下基层为患儿送去健康服务，让患儿在家门口看得上病、看得起病、看得好病。

为提升帮扶质量，变“输血”为“造血”，医疗联盟专家团队不断加强自身建设，为基层单位提供便捷、优质、高效的医疗服务，实现医疗、技术、人才的共享。此次，专家团队深入兰考县妇幼保健院进行查房，在专科特色技术上提供精准的技术支持。

此次帮扶做到了多途径、多层次地开展工作，在人才培养、技术提升等方面予以指导。同时，在联盟内搭建信息共享平台，接下来医院将通过远程会诊为患儿进行疾病诊疗，为更多基层医院提供便利。

此次帮扶工作做到了广联动、深联接、紧密合，得到当地医护人员及患儿家长的一致好评，同时为基层医疗机构提供了精准化服务，开展新业务新技术，通过互联网、下基层等多模式开展帮扶，满足广大基层儿童在家门口就医的需求。

儿医专家“组团”赴获嘉义诊

9月11日，根据河南儿科医疗联盟工作安排，在医患关系服务科科长宋敏、肾脏风湿免疫科副主任医师曹广海的带领下，由内分泌遗传代谢科副主

任医师刘晓景、神经外科副主任医师李涛、肾脏风湿免疫科护士长张洁组成的五人小组赴获嘉县人民医院进行义诊。

宋敏把河南儿科医疗联盟的宗旨和理念带给了儿科同行们，专家们为门诊患儿进行义诊。曹广海为门诊患儿义诊，并为当地医师带来精彩授课。刘晓景为络绎不绝的门诊患儿义诊，为当地医师带来了丰富实用的知识大餐。李涛为门诊患儿义诊，亲切关怀患儿。张洁护士长与当地护士长等沟通交流护理质控和院感质控。

此次义诊，曹广海事先去了解获嘉县人民医院儿科主任的需求，按当地实际需求邀请相关专业专家，对疑难病人进行会诊，同时进行了精彩的授课！

专家团队走进漯河帮扶指导

9月18日，在肾脏风湿免疫科主任刘翠华的引领下，早产儿病房主任孙慧清、东区呼吸科副主任医师张磊、骨科副主任医师孙克明、内分泌遗传代谢科主治医师沈凌花、康复医学科四病区运动康复技师赵迪、肾脏风湿免疫科护士长张洁七人赴漯河市第三人民医院义诊。

刘翠华简单介绍了河南儿科医疗联盟的宗旨及各位专家的情况后，专家们各自进入专业岗位开始工作。刘翠华为门诊患儿进行诊疗。孙慧清为住院的新生儿查房、会诊，同时为申报新生儿危重症救治中心工作指导。张磊不仅为门诊患儿进行诊疗，而且也当地医师带来精彩授课。孙克明为住院病人查房、会诊，并进行现场讲解指导。沈凌花为门诊患儿进行诊疗。赵迪为住院患儿进行运动康复治疗，同时也对当地康复技师进行现场运动康复治疗指导。张洁与当地护士长等护理管理人员沟通交流护理质控和院感质控。

此次义诊活动，刘翠华主任事先征求了漯河市第三人民医院儿科主任的需求，按当地实际需求邀请相关专业专家，对疑难病人进行会诊，同时进行了精彩的授课！参加此次义诊活动的专家最多，规格最高，又恰逢漯河市第三人民医院达标升级三级妇幼保健中心和申报新生儿危重症救治中心，省儿医专家送去了许多宝贵经验，助推该项工作的快速进展。

医疗联盟专家赴博爱义诊

9月24日，河南省儿童医院郑州儿童医院专家义诊团一行，来到博爱县妇幼保健院开展医联体帮扶工作，为当患儿送去健康和温暖。帮扶团队由东三街呼吸科一病区主任靳秀红、康复医学科三病区

主任李靖婕、手术室主任贾英萍、康复医学科三病区护士长史明慧、消化内科医生黄金、儿童保健科医生陈晓利6人组成，主要针对疑难病例的诊断和治疗、疑难疾病患儿的评估、科室管理及青年医生技术能力提升等问题开展帮扶工作。

帮扶现场，靳秀红认真为患儿听诊，探讨疑难病例，指导当地青年医生工作。李靖婕就如何及早发现发育迟滞患儿为当地医生传授实用经验，还亲切地与患儿交流，对患儿进行详细评估。贾英萍分享手术室管理经验，对当地科手术室管理提供指导性建议。消化科医生黄金就患儿的病情、治疗方向及预后等一系列问题耐心地和家长沟通，帮助他们树立信心。儿童保健科医生陈晓利和当地医生一起为患儿做评估，解答家长提出的疑虑。

“一对一”帮扶到许昌

9月25日，由河南省儿童医院肾脏风湿免疫科负责人田明带队，骨科主任姚满叶、康复医学科主任耿香菊、东区呼吸科副主任医师陈超辉、东区消化内科主治医师王欢、肾脏风湿免疫科护士长张洁6人同赴许昌市妇幼保健院义诊。田明事先与许昌市妇幼保健院儿科主任进行沟通，按当地实际需求邀请相关专业专家。在简单介绍河南儿科医疗联盟宗旨及各位专家情况后，义诊活动开启。

义诊当天，田明为住院患儿进行查房、会诊，同时为门诊患儿进行诊疗。姚满叶为住院患儿进行查房、会诊，同时为门诊患儿进行诊疗，也为当地医生进行精彩授课。耿香菊为住院患儿进行查房、会诊，同时为门诊患儿进行诊疗。陈超辉为住院患儿进行查房、会诊，同时为门诊患儿进行诊疗。王欢不仅为门诊患儿进行诊疗，而且也当地医师带来丰盛的知识大餐。张洁与当地护士长沟通交流护理质控和院感质控。

河南省儿童医院通过对县市级医疗单位开展多种多样的帮扶活动，做到了优质儿科医疗资源下沉，惠及当地儿童，解决了当地医师的专业困惑，解除了当地患儿的痛苦，增强了当地儿科专业实力，真正实现了全省儿科是一家的理念，充分发挥国家儿童区域医疗中心的辐射带动作用，真正实施了“医生移动、病人不动”的医改模式。

今后，河南省儿童医院将继续秉承“河南儿科是一家”的理念，扎实开展送医活动，为全省儿童健康贡献自己的力量。

省儿医 2020 年专科医师规范化培训招录考核工作完成

8月6日，河南省儿童医院2020年新生儿围产期医学专科医师规范化培训招录考核顺利完成。考核形式与实施过程均遵照中国医师协会下发的通知要求进行，由教学学科和专培基地共同组织完成了招收考核视频培训会、理论考场布置与调试、临床能力面试考核安排、学员报名与资料审核确认等考核考务有关工作。

本次招录考试内容包括理论考试和临床实践能力考核两部分，共3人参加本次考试。院领导高度重

视本次招录考试，执行院长黄河湍多次强调要落实好招录考试的各项工作，对考核工作进行了全面的部署安排，确保考试公开、公平、公正。考试期间，黄河湍对考试工作进行了巡视检查，详细询问并查看了招录考试组织管理和严肃考风考纪的措施及落实情况。

专科医师规范化培训培养出的临床医师不仅能够胜任日常工作，更要成为将来的临床医学科专家，专培基地将根据本次考核成绩择优录取，严格把控考核招录入口关。

河南省儿童医院教学学科 侯立功 马 歆

焦作市妇幼健康服务专业医联体儿科联盟单位 揭牌仪式暨大型义诊活动圆满举行

7月29日上午，焦作市妇幼保健院与山阳区中星社区卫生服务中心缔结“焦作市妇幼健康服务专业医联体儿科联盟单位”揭牌仪式暨大型义诊活动在中星社区门诊楼前隆重举行。焦作市卫健委薛慧庆副主任、山阳区政府樊彦强副区长、山阳区卫健委郭稳世主任、魏艳燕副主任；焦作市妇幼保健院李小荣院长、王振西副院长携儿童保健部、医联体工作人员参加本次活动，仪式由郭稳世主任主持。



樊彦强代表山阳区政府对焦作市卫健委、焦作市妇幼保健院对山阳区卫生事业的支持表示感谢。今天焦作市妇幼保健院与中星社区卫生服务中心正式结为儿科联盟，是山阳区深化医药卫生体制改革的一次重大探索，也是推进医疗体制改革、落实医疗机构功能定位的一项举措，希望中星社区的各位医务工作者在山阳区委、区政府和焦作市卫健委的

领导下，在焦作市妇幼保健院的大力支持下，努力提升技术和服务能力，虚心向焦作市妇幼的各位儿科专家学习请教，为完善山阳区医疗卫生服务体系，保障山阳区人民群众的身心健康做出新的、更大的贡献！

李小荣代表焦作市妇幼保健院党政领导班子及全院职工对焦作市卫健委、山阳区政府、山阳区卫健委对本次联盟揭牌仪式的重视和支持表示感谢，今后医院将与中星社区加强合作共建、广泛深入交流，以“儿童保健指导、中医儿科门诊建设”为先导，定期安排儿童保健部各科室专家坐诊、带教，充分发挥医院的儿科、中医等学科优势和管理经验，助力山阳区基层卫生事业快速、有序发展，为人民提供更加优质、便捷的的医疗保健服务。

随后，薛慧庆代表焦作市卫健委对山阳区政府对医联体建设的高度重视表示感谢、对焦作市妇幼保健院深入推进专科联盟建设表示肯定，并希望山阳区医务工作者要以儿科联盟的成立为契机，坚持统筹兼顾，推动全区妇幼保健事业高质量发展，同时预祝本次揭牌活动圆满成功。

伴随着大家热烈的掌声，薛慧庆、樊彦强、李小荣、郭稳世共同为“焦作市妇幼健康服务医联体儿科联盟单位”揭牌。

揭牌仪式结束后，焦作市妇幼保健院王振西带领儿童保健部各位主任进行大型宣传义诊活动。社区群众知悉后纷纷前来就诊咨询，很快义诊台前排起了长龙。各位主任们耐心的为居民群众答疑解惑、

妙手除疾。

儿科联盟的正式缔结，标志着焦作市妇幼保健院与中星社区的儿科发展将更加密切，同时也标志着医院与山阳区的合作关系迈向了新台阶。

焦作市妇幼保健院医联体办公室 李凌霄

“健康中原行·大医献爱心”专项行动走进荥阳

7月30日，河南省儿童医院“健康中原行·大医献爱心”健康扶贫志愿服务专项行动走进荥阳市人民医院，为当地儿童送上一份健康大礼。

为提升基层医院的综合服务能力，河南省儿童医院组织西区普通内科一病区主任医师孙晓敏、东区呼吸科副主任医师甄兴刚、西区普通内科一病区护士长李冰组成医疗专家团队，走进荥阳市人民医院进行专家讲座、病例会诊、联合查房等医疗业务方面“一对一”帮扶，让当地儿童在家门口就能享受到免费的医疗服务。随后，专家们为前来咨询问诊的患儿开展义诊活动，详细询问患儿病史、了解病情，并耐心细致地就患儿家长咨询的问题进行讲解，同时发放宣传彩页，普及医学常识及健康知识，对儿童日常保健、近期常见病、多发病的预防进行指导，帮助当地儿童及家长建立以预防为主的健康观念。孙晓敏为荥阳市人民医院儿科医护人员开展《牛奶蛋白过敏的预防策略和理念》科普讲座。甄兴刚为家长们发放《城乡居民健康素养读本》，还现场新增了新冠肺炎防控的科普知识，从人感染冠状病毒后有什么症状、可能被感染的途径有哪些、如何预防新型冠状病毒的感染3个方面进行宣传，真正实现了健康教育传播的精准化。

8月28日，河南省儿童医院“健康中原行·大医献爱心”活动走进荥阳市东南河村，把健康送到了村民的家门口。河南省儿童医院医务科负责人和东阳带领心血管内科、呼吸内科、儿保科、眼科、口腔科等专家组成的医疗队来到东河南村，为当地儿童进行免费健康体检、义诊宣教活动。一大早，很多群众慕名而来，早早在村委会等候，活动现场首先由医院呼吸科专家甄兴刚为大家带来《孩子发

烧怎么办》健康科普讲座。小儿发热是困扰每个家长的事情，如何正确的认识小儿发烧，怎样快速控制发烧，是每位家长最为关心的问题。甄兴刚带领大家认识小儿发烧的原因，处理方法等，用生动、易懂的语言普及健康知识。随后，义诊专家为前来问诊的患儿带来优质健康服务，他们详细询问患儿病史、了解病情，耐心细致地就患儿家长咨询的健康疾病问题进行讲解，对儿童日常保健、常见病、多发病的预防进行指导，免费发放药品，讲解用药常识。家长们既感动又高兴，“你们医院真好啊，那么远来到我们家门口为我们免费看病送药，太感谢你们了！”体检现场，专家们为当地儿童免费测量身高、体重、视力、口腔检查，详细了解儿童的病史、生活饮食习惯，并提出合理化建议：“小朋友，以后要多吃青菜，不挑食，好好刷牙呀。”医院通过发放健康教育处方、义诊咨询等方式，普及医学常识及健康知识，帮助当地居民建立以预防为主的健康观念。活动当天共诊疗群众50余人次，发放宣传资料550余份，免费发放药品。

据了解，活动开展期间医院会定期进家庭、进乡村、进学校，深入推进健康促进“321”工作模式在基层落地生根，加强基层健康教育阵地和队伍建设，将健康扶贫政策、健康素养知识送到群众身边，扩大健康促进与健康教育的影响，整体促进郑州市健康素养水平的提升。

2020年郑州市“健康中原行·大医献爱心”健康扶贫志愿服务专项行动是由郑州市卫健委、文明办、教育局、农委、科协联合开展，旨在普及健康素养基本知识与技能，倡导健康文明的生活方式，全面提升广大群众文明素养。

河南省儿童医院医务科 潘志华

河南省儿童医院举办新生儿窒息复苏技术培训班

9月24日，新生儿复苏技术培训班在河南省儿童医院住培基地举办。本次培训主要针对基层骨干医师、医联体进修人员及本院新生儿疾病诊疗中心医护人员。

新生儿疾病诊疗中心、NICU主任康文清从指南的目标和原则、复苏前的准备、复苏的基本程序中矫正通气步骤环节、新的肾上腺素使用时机和复苏后的监护等等知识点，进行了理论授课。

早产儿病房主任孙慧清、小婴儿病房主任王江涛、新生儿内科主任许邦礼以及李朝晖、李明超、郭静、张雨、李雪琴医师、护士长作为培训师资，按照复苏流程对医护人员依照临床真实病例设计的模拟实训场景，进行情景教学，让受训者更快更好更精准地掌握新生儿的窒息复苏，从而提高临床危

重新生儿救治水平。

参加培训的人员纷纷表示，此次培训内容实用、针对性强，夯实新生儿窒息复苏理论基础的同时，切实强化了大家独立实施新生儿窒息复苏抢救的技能，为临床工作中降低新生儿死亡率奠定了坚实基础。

培训结束，康文清主任给考核前三名的优秀学员颁发了新生儿窒息复苏合格证书，并叮嘱大家，回去后将所学知识运用到临床，按照操作流程规范的去救治患儿。

本次新生儿窒息复苏培训，重视真实情节模拟，详细的理论讲解结合丰富的操作训练，极大调动大家学习的积极性，为危重新生儿的救治提供了系统的诊疗思路，增强了团队合作能力和紧急应变能力，为广大危重新生儿保驾护航。

河南省儿童医院新生儿疾病诊疗中心 蒋名丽

汝州市人民医院新生儿监护室成功开展 LISA 技术

2020年8月6日清晨，汝州市人民医院新生儿重症监护室郭伟芳大夫接诊了一个胎龄28周的早产儿，宝宝出生体重仅有880g，由于胎龄小，体重过低，发育极不成熟，出生后很快出现呼吸窘迫，面色及口唇发绀，点头呼吸，三凹征阳性，生命垂危，急需抢救。



在科主任芦超峰的带领下，医护立即将患儿置入暖箱保暖，无创呼吸机辅助呼吸。胸片显示宝宝双肺透亮度减低，有支气管充气征，明确诊断为由肺泡表面活性物质分泌不足引起的“新生儿呼吸窘

迫综合征”。

时间紧迫，芦超峰主任立即决定采用LISA (lessinvasive surfactant administration) 技术进行抢救，即微创技术气管内注入肺泡表面活性物质 (pulmonary surfactant, PS)。相比传统的经气管插管给药技术，LISA技术能显著减少对患儿的创伤，降低早产儿出生后72小时内气管插管率，取得更好的治疗效果。芦超峰主任通过喉镜将细细的LISA管插入声门下，大约2分钟后药物注入完毕，期间宝宝未出现药物返流、烦躁不安、心率下降等不良反应，呼吸困难明显缓解，生命体征渐趋平稳。

今年5月份开始，新生儿重症监护室就积极开展此项业务的前期准备工作，全体医护多次讨论，制定方案，并数次模拟演练。这是汝州市新生儿专业首次开展LISA技术，该技术有效降低了新生儿呼吸窘迫综合征早产儿的气道损伤，减少了远期并发症的发生。此项技术的开展，标志着汝州市人民医院在成功抢救小孕周、低体重的极早产、超早产儿方面又上了一个新台阶！

汝州市人民医院新生儿内科 王利杰

新型冠状病毒肺炎疫情下 如何开展儿童心脏病介入手术的建议

中国医师协会儿科分会心血管病专业委员会

中华医学会心电生理与起搏分会小儿心律学工作委员会

新型冠状病毒普遍存在人群易感性，报道最多的是与呼吸系统、消化系统相关，若病情进一步发展，可导致多脏器功能衰竭，严重者危及生命。2020年1月24日在线发表于Lancet有关新型冠状病毒感染患者临床表现的回顾性研究发现，新型冠状病毒也可造成心肌损害，甚至推测危重型冠状病毒肺炎的一个重要原因可能是感染后出现暴发性心肌炎^[1]。介入治疗是治疗儿童心脏病的重要手段，已在全国范围内得到广泛开展，在目前疫情形势严峻的情况下，如何正确选择儿童心脏病介入治疗的时机，对于疑似或确诊的新型冠状病毒感染患儿应制定怎样的紧急心血管介入手术预案，以及目前形势下如何进行术后随访都是值得思考的问题。

1. 新型冠状病毒肺炎疫情下心脏病患儿介入治疗时机的选择

目前采用介入治疗的儿童心脏疾病主要包括两大类：①结构性心脏病，如房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄、主动脉瓣狭窄等。②心律失常，室上性心动过速、室性心动过速和频发室性期前收缩、心脏传导阻滞等。在疫情期间，需要根据患儿的病情轻重缓急将介入手术分为择期手术、限期手术以及急诊手术，避免不必要的医务人员、患儿及相关人员的医源性感染，从而能在疫情期间起到优化诊疗过程、节约医疗资源的作用。

1.1 新型冠状病毒肺炎疫情下如何应对择期心血管介入手术

对于病情稳定的心脏病患儿，手术实施的迟早不会明显影响治疗效果，通常采用择期手术。这类心脏病类型主要包括大部分先天性心脏病，如未合并明显心功能不全或肺动脉高压的单纯房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭等，以及对血流动力学

影响不大的心律失常，如可药物控制发作的阵发性室上性心动过速、室性心动过速和室性期前收缩等。对于此类患儿，专科医师可充分利用各互联网医疗平台的网上诊室或交流软件、科室电话，及时解答患儿家长关心的问题。通过减少面诊次数，最大限度地缓解门诊就诊压力，减少患儿和家长因反复来院就医而导致的暴露风险，待疫情消除以后，再考虑安排介入手术或心血管专科门诊复诊。

1.2 新型冠状病毒肺炎疫情下如何应对限期心血管介入手术

对于病情相对稳定，短期之内不会对预后产生影响的心脏病患儿可采用限期手术，包括合并肺动脉高压或心功能不全的先天性心脏病以及部分心律失常患儿（如频繁发作的室上性、室性心动过速，药物虽能转复但不能长时间维持者）。由于疫情持续的时间目前尚无法准确预测，如果一味强调等待疫情完全结束后再安排介入手术，可能会因手术推迟时间过长而对患儿预后造成不良影响。此时，专科医师需动态利用各互联网医疗平台的网上诊室或交流软件、科室电话加强对患儿的定期回访，此类患儿居家期间如有心率增快、呼吸增快、进食较少、尿量少、反复呕吐、面色欠佳、口唇青紫等病情变化，建议及时就诊，以避免因介入手术的延误导致病情的恶化，从而错失手术时机。

1.3 新型冠状病毒肺炎疫情下如何应对急诊心血管介入手术

对于病情不稳定甚至危重心脏病患儿，需在短时间内紧急施行急诊手术，以挽救患儿生命。此类疾病包括危重症先天性心脏病，如新生儿动脉导管依赖性先天性心脏病、重度肺动脉瓣狭窄、重度主动脉瓣狭窄等；儿童暴发性心肌炎合并高度或完全性房室传导阻滞出现经药物难以控制伴明显的血流

动力学改变，应予以临时起搏器置入；频繁且持续发作的室上性及室性心动过速，药物控制不佳需急诊行射频消融手术；恶性室性心律失常如多形性室性心动过速、室颤患儿需行急诊埋藏式心律转复除颤器（ICD）植入。对于这类患儿，应遵照新型冠状病毒肺炎诊疗指南，在做好围术期标准预防的基础上，尽快施行介入手术以挽救患儿生命。介入手术前，明确患儿是否存在新型冠状病毒感染非常必要。首先，所有患儿应排查流行病学接触史。在流行病学接触史和临床症状不能除外新型冠状病毒感染的情况下，如有条件，应对患儿行新型冠状病毒核酸检测。但因检测需要一定时间，且往往需要多次标本采集，如果术前无法通过新型冠状病毒核酸检测确诊或排除新型冠状病毒肺炎时，建议对患儿行肺部CT扫描。有条件开展快速检测新型冠状病毒核酸的单位，可以考虑采取核酸检测排查^[2]。当然，对于病情不允许进行长时间检查的患儿，仍应按照疑似病例进行三级防护，并立即行急诊介入手术，挽救患儿生命。

2. 对疑似或确诊新型冠状病毒肺炎感染患儿实施急诊心血管介入手术预案

对于疑似或确诊新型冠状病毒肺炎感染患儿应及时上报传染病卡，同时制定好急诊心血管介入手术预案非常重要，对术后出院及解除隔离也应实施严格管理。

2.1 院外转运

根据《新型冠状病毒肺炎疫情防控期间心血管急危重症患者临床处理原则的专家共识》^[3]所指出的：“疫情第一、风险评估、首选保守、确保防护”的原则进行诊疗，原则上不宜为新型冠状病毒肺炎疑似或确诊患者施行择期或限期手术，如为新型冠状病毒肺炎患儿实施紧急心脏介入手术，应在儿童新型冠状病毒肺炎定点医院且同时具备儿童心血管病介入治疗资质的单位进行，由经验丰富的儿童心血管病介入治疗医师操作。对于不具备上述医疗条件的单位，宜尽快将需要紧急介入手术的疑似或确诊新型冠状病毒肺炎患儿转诊至有条件的医疗单位（具体定点医疗救治名单见各自省市区的公告）。转诊应按照国家卫生健康委员会制定的《新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方案（暂行）》进行^[4]。转诊前需评估疫情期间所特有的问题，即“疫情相

关的时间延长”对患者救治可能产生的影响，充分权衡转诊的利弊。转诊过程中做好转诊人员和陪护人员的防护，配备抢救设备及抢救药品，严密监测患儿生命体征，转诊需提前通知转入医院的相关部门做好交接，尽最大可能缩短救治时间。

2.2 院内转运

疑似或确诊的新型冠状病毒肺炎感染患儿实施紧急心血管介入手术时，应按照国家相关规定进行规范化的转运^[5]。转运途中需预先规划好转运路线，转运过程中的防护，采取专用转运电梯，尽量减少院内转运过程中滞留，将交叉感染风险降至最低，转运完毕后对转运物品和转运通道严格消毒。

2.3 介入导管室的防护

施行介入手术前，应报备医务处及医院感染科，与患儿监护人沟通病情并签署介入手术知情同意书（包括疫情期间实施手术的风险）。急诊心血管介入手术在条件允许下最好在负压导管室进行手术，但若导管室无负压条件，需在具备单独专用并能进行标准消毒操作的符合感染控制标准的导管室施术，且需关闭中央空调（包括层流与通风），同时依据国家卫生健康委员会、当地卫生行政主管部门及所在医疗机构的相关防护规定，启动有关导管室应对新型冠状病毒肺炎或特殊感染手术的应急预防，分别从患儿、施术人员、环境、消毒灭菌、急救物品以及器械耗材等多个方面落实术前准备和综合管理^[5]，并告知心血管内科、麻醉科、导管室、重症监护室、超声室提前做好应急预防措施。手术医师行三级防护，操作轻柔，避免血液及体液溅污，高效完成手术，尽量缩短暴露时间。儿童心脏介入手术通常需在全麻下行呼吸机辅助通气，故麻醉医师对儿童施行气管插管过程中一定要按照三级防护标准执行操作；术中开铅门传递手术器材时，责任护士及相关人员需三级防护；对手术用物和医疗废物应做好标识、分类、统一隔离处理^[2]。铅衣、铅围脖、铅帽、术中非一次性设备及导管室需按照新型冠状病毒肺炎的特点进行终末消毒，经院感科确认合格后方可再次使用。

2.4 介入术后防护

术后在拔除气管插管及转运过程中，传染发生风险高，相关操作人员及转运人员需做好三级防护，同时避免转运过程中与其他人员接触。术后患儿如

因需持续吸氧、鼻饲等原因而无法规范佩戴口罩时，会增加患儿高危暴露及传染风险。因此，术后患儿应转入疫情期间专用的负压综合重症监护室（ICU）治疗；若无负压条件，则须关闭隔离病房中央空调（包括层流与通风）并进行无陪护管理。

儿童介入术后需密切关注两个方面：①新型冠状病毒肺炎的相关监测（有无发热、呼吸道或消化道症状、呼吸道冠状病毒核酸监测、实验室检查、肺部CT检查等）；②心脏病术后的相关监测（观察患儿体温、呼吸、面色、尿液颜色、足背动脉搏动及心脏杂音情况、胸片、心电图、彩色多普勒超声心动图等）。需严格做好诊疗及护理过程中的三级防护措施，并将相关污染物按照传染病污物处理原则统一废弃处理。

2.5 介入术后心理干预

落实国家卫生健康委员会《新型冠状病毒肺炎紧急心理干预指导原则》，注重评估患儿的心理健康状况。介入术后患儿尤其是年长儿本身对手术可能会有心理阴影，对疑似或确诊新型冠状病毒肺炎感染患儿无论有无症状，进行隔离和医学观察都将不可避免地给患儿造成不良的额外心理压力，可能影响患儿的免疫功能，非常不利于介入术后的恢复，因此更需关注其细微心理变化，及时进行心理疏导和心理干预，必要时可求助于儿童心理医师。有条件者可定期与其家属进行视频通话等增强其战胜疾病的信念。

2.6 介入术后出院及解除隔离标准

对于介入术后患儿的出院及解除隔离应进行严格管理。《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第七版）》出院标准：疑似或确诊的冠状病毒肺炎病例体温恢复正常3天以上，呼吸道症状明显改善，肺部影像学显示急性渗出性病变明显改善；连续2次呼吸道新型冠状病毒核酸检测阴性（采样时间间隔至少1天），且介入术后各项指标（血常规、胸片、24小时动态心电图、彩色多普勒超声心动图）在正常范围，经医院新型冠状病毒肺炎专家组专家和心血管内科介入手术专家会诊评估后，方可出院。

出院后还需在当地政府或社区指定的隔离点14天医学观察。医学观察内容包括至少每6-8小时监测一次体温，观察有无呼吸道或消化道等其他症状，如咳嗽、胸闷、气促、流涕、腹泻、恶心、呕吐、头

痛、乏力等及时记录，若有不适，及时就诊。

3. 新型冠状病毒肺炎疫情下心脏介入手术后的随访

在目前新型冠状病毒肺炎疫情下，对于心脏病介入治疗后的患儿不宜按常规方法进行随访。疫情期间若无特殊不适，建议居家观察，但可利用各种互联网医疗平台的网上诊室或交流软件、科室电话与专科医师进行交流，若出现胸痛、心慌、胸闷、气短、尿液改变（尿少、血尿）等，尤其是精神和面色改变等临床症状，建议及时去施行手术的医院或有相关经验的医院就诊。术后部分患儿因病情需要口服阿司匹林等药物，疫情期间应保证药物储备，避免因缺药、少药而被迫停药。

参考文献

- [1] Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. Lancet, 2020, 395 (10223): 497-506.
- [2] 黄耿文. 新型冠状病毒肺炎疫情下实施普通外科手术的思考和建议 [J]. 中国普通外科杂志, 2020, 29 (2): 127-130.
- [3] 中华医学会心血管病学分会, 《中华心血管病杂志》编辑委员会. 新型冠状病毒肺炎疫情防控期间心血管急危重症患者临床处理原则的专家共识 [J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48: E001.
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方案（试行）[EB/OL]. (2020-01-28) [2020-02-06]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202001/ccee6ec0942a42a18df8e5ce6329b6f5.shtml>.
- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）[EB/OL]. (2019-05-23) [2020-02-06]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/201905/d831719/a5ebf450f991ce47baf944829.shtml>.

执笔人：付佳，张勇，李奋，傅立军，李涛

参与制定者：河南省儿童医院心血管内科负责人，冯迎军

文章来源：《临床儿科杂志》第38卷第4期2020年4月

临床科研大数据资源管理

朱明宇

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：对临床科研数据资源进行管理。方法：通过对科研数据需求与挑战的分析，找到管理临床科研大数据的方法和途径。结果：有效解决临床科研人员数据处理难题，满足临床医生多层次的科研数据诉求，加快科研成果产出。结论：利用人工智能技术对临床数据进行有效治理，为临床研究利用奠定基础。

【关键词】大数据；人工智能；临床科研；数据治理

随着医疗信息化的发展，医疗机构积累了大量的临床诊疗数据。当前已有研究人员利用自然语言处理技术处理非结构化文本，构建病历智能分析系统的研究^[1]。而如何有效地利用临床数据，更好地服务于临床研究和循证医学，实现其资源价值，已经越来越为管理者所关注^[2]。国务院办公厅印发《科学数据管理办法》也指出要加强和规范科学数据管理，保障科学数据安全，提高开放共享水平，更好地为国家科技创新、经济社会发展和国家安全提供支持。吴宇皓等人^[3]已经利用医疗大数据分析管理系统，建立20个专业科研数据库，完成科研查询200余项次，加快了临床科研进展。王雪萍等人^[4]基于医疗大数据设计了临床科研平台，有效地提高了数据的利用率、分析的准确性、降低了科研难度、促进了医疗科研成果的发表。随着真实世界研究的兴起，我国也有众多医院利用医疗大数据来完成评价医疗实践过程、治疗模式、病人迁徙、疾病特征、患者依从性、疗效评价、患者预后、资源消耗等方面的真实世界研究^[5]。

随着大数据与人工智能技术的快速发展，对医疗数据的分析、建模、挖掘、智能化应用，已经成为医疗信息化的发展方向。本研究将从大数据下科研需求与挑战、基于大数据的科研管理与实践方面进行阐述。

1. 大数据下科研需求与挑战

我院临床业务系统已相对完善，建立了集成平台和临床数据中心、运营数据中心，积累了大量的

诊疗数据。这些诊疗数据包含临床研究三要素（研究对象、研究因素和效应指标）的全部内容，为临床研究提供了大量的选题空间^[2]。临床科研大数据在分析和挖掘上虽然有较好的机遇和前景，但也存在大量文本非结构化、数据质量偏低、诊疗与科研数据不统一等困难和挑战。

1.1 诊疗数据不完整，与科研数据不统一

诊疗数据来源于医疗实践，与临床研究要求的数据还存在一定差距。如回顾性研究因不同数据系统标准不一，无法分析影响疾病结局的风险因素。前瞻性研究会由于原始研究方案不够严谨造成数据缺失；此外，病例随访难也会导致数据缺失，给数据采集带来很大的困难。在运用单病种数据库进行疾病发生率调查的总结、疾病特征的总结、风险因素分析、诊疗方法及效果的评定时，由于数据缺乏标准，再加上海量数据的采集以及数据监管等，给数据收集和分析带来很大的困难。

1.2 数据质量欠佳，有效利用程度低

随着医院信息化系统的运行，积累了海量的病历数据，但也存在许多的数据不规范、错误、缺失等问题，例如针对同一种疾病“2型糖尿病”，医生可有“T2DM”“Type2DM”“非胰岛素依赖型糖尿病”等多种描述；针对阴性症状的描述，则可能有“否认某症状”“无某症状”“某症状(-)”“未发现某症状”等多种描述。科研数据分析是通过变量与变量之间的关系分析来回答研究假说，需要所有被分析的数据是结构化的^[2]。由于存在大量非结构化资料，给临床研究分析挖掘带来困难。

1.3 患者隐私无法保护，数据标准不统一

不同医院、个人对病种、治疗方法、治疗结局

作者简介：朱明宇，信息科主任，河南省卫健委信息化咨询专家，河南省数字化医院评审专家

所使用的定义和专业术语不同,使临床数据缺乏统一的标准,导致研究人员在数据采集和分析时无从插手。同时由于中文医学语言的模糊性和随意性,以及语法、语义结构的多样性,抽取病历文本的变量颗粒度、数据多维度、过程自动化、结果重用性等方面还存在严重不足。传统的ETL方法和数据挖掘技术,通过数据抽取转化、清洗分析等过程,一定程度上提高了病历数据质量,但患者的隐私数据无法去除,不利于对患者的保护。

2. 临床科研大数据管理

合理、有效地利用临床科研大数据不仅能解决科研工作中遇到的难题,还能有效提高诊断准确性、改善治疗效果等。医疗大数据的管理需明确各方职责分工,具体应当体现“谁拥有、谁负责”“谁开放、谁受益”。因此,如何管理和应用临床科研大数据、提高数据质量和标准化是重中之重。

2.1 数据标准与质量管理

为提高临床数据质量,则必须对原有临床数据中心海量的非结构化和不标准、低质量的数据进行整合治理。临床数据中尤其是主诉、现病史、既往史、手术记录和检查报告、心超报告、病理报告、病程记录等临床科研信息丰富,但病历文本中医生书写语言的模糊性和随意性以及语法、语义结构的多样性,给临床科研目标变量的提取带来困难。医院需要设定模板实现数据的规范采集,同时为了数据更好地利用,还需要制定单病种数据集,采集科研所需数据。

2.2 数据采集与完整性管理

在进行临床科研过程中,必须要对患者的全病程数据进行采集,保证单一患者纵向数据的完整性。在此则需要以患者为中心,实现各学科临床数据的汇集(如小儿心内科与心外科的数据汇集)。同时考虑到前瞻性科研的需要,需结合随访平台,采集患者报告结局(ePRO),进一步补充丰富科研数据库。

2.3 数据共享与利用管理

为保证数据的长期保存和有效利用,需要加强数据积累和科室间、课题组之间的开放共享。最好的结果是实现不同课题组针对同一份数据的不同层

面,得出不同的研究成果。

为提高对数据的利用率,针对大量的非结构化文本的问题,需要使用自然语言处理等人工智能技术对文本进行自动化地后结构化、标准化和归一化处理,解决院内历史文本数据的非结构化和非标准化问题,提高对临床数据的利用率,从而满足科研变量提取的需要。

2.4 数据安全与隐私管理

权限管理可根据发起人、临床监督员、研究员、临床协调员、统计师等不同角色,由PI项目发起人管理团队,并分配功能权限。不同角色用户对CRF表单的操作权限、数据访问权限也有所不同。

同时,临床数据涉及患者姓名、身份证号码、手机号码、家庭住址等隐私信息,科研人员需在保护患者隐私的前提下进行科研。可使用加*号等手段进行数据脱敏处理,去除患者隐私信息,规范这样的安全管理行为,体现出对临床数据知识产权的尊重。

3. 总结

医疗行业的临床大数据只有利用有效的工具和手段,从数据治理管理、数据完整性管理、数据利用率管理、数据权限管理等多个角度和方向进行数据治理与管理工作,提高临床大数据质量,才能为临床研究的利用奠定基础。

参考文献

- [1] 王志勇,高白,张少典,等.病历智能分析系统的研究与实现[J].中国数字医学,2017,12(10):72-74.
- [2] 季聪华,曹毅,王伟.医院诊疗大数据的研究应用[J].中医药管理杂志,2016,24(14):142-144.
- [3] 吴宇皓,蒋琳,周奕.医疗大数据分析管理系统的设计与科研应用[J].中国数字医学,2017,12(6):53-55.
- [4] 王雪萍.基于医疗大数据的临床科研平台应用设计[J].中国卫生产业,2017,14(17):59-60.
- [5] 宣建伟.真实世界医疗大数据研究及其应用[N].中国劳动保障报,2018-02-06(003).

本文发表在《中国数字医学》2020年第15卷第8期

颅内高压危象

李珂 成怡冰 金志鹏

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】 颅内高压危象是儿童颅内高压 (Intracranial Hypertension, ICH) 的危重状态, 常发生于急性颅内高压, 为脑疝前兆, 需要及时识别和紧急处理。儿童急性颅内高压和颅内高压危象的治疗和预后是关系到儿童远期发展的重要问题。本文围绕儿童急性颅内高压和颅内高压危象病因、发病机制、早期识别、监测及干预的研究现状进行阐述, 冀望能对临床医师有所帮助。

【关键词】 急性颅内高压; 儿童; 颅内高压危象; 脑疝

急性颅内高压 (Intracranial Hypertension, ICH) 指各种原因引起的颅内内容物体积增加, 导致颅内压超过正常上限, 从而引起的一系列临床综合征。儿童正常颅内压随年龄增长而变化, 足月新生儿 1.5 ~ 6mmHg, 幼儿 3 ~ 7mmHg, 年长儿 10 ~ 15mmHg^[1]。ICH 是儿科神经系统损伤的严重并发症, 持续 ICH 可导致脑组织灌注不足, 引起缺血、缺氧加重脑组织损伤, 严重情况下可发生颅内高压危象, 甚至脑疝危及生命^[2]。早期识别、动态监测评估、及时正确处理对降低死亡率和减少神经系统后遗症具有重要意义。

1. ICH 病因及发病机制

1.1 ICH 病因

创伤性颅脑损伤是儿童急性 ICH 最常见原因, 颅内感染、脑缺氧缺血、中毒、颅内占位等也是较常见的原因^[3] (见表 1)。

表 1 儿童颅内高压常见原因^[3]

病因	举例
创伤性脑损伤 / 颅硬膜下、硬膜外出血, 脑实质出血等内出血	
颅内、颅外感染	脑炎、脑膜炎、脑脓肿、颅内寄生虫感染等, 痢疾、脓毒症、重症肺炎等引起的中毒性脑病
颅内占位 / 结构畸形	脑肿瘤、脑积水、脑血管畸形等
脑缺氧缺血	心搏骤停、窒息、休克、癫痫持续状态、严重贫血、严重心律失常、脑卒中等
水电解质平衡紊乱	急性低钠血症、酸中毒、水中毒等
中毒	各种药物、农药及重金属等中毒, 如一氧化碳、氰化物、酒精、毒鼠强、有机磷、铅

作者简介: 1. 李珂, 医学硕士, 住院医师
2. 通讯作者, 金志鹏, 医学硕士, 硕士生导师, 主任医师, 大内科主任兼内科监护室主任, 北京儿童医院集团学科带头人
基金项目: 河南省科技攻关项目 (182102310427)

病因	举例
免疫结缔组织病	多发性硬化、免疫性脑炎、SLE、脱髓鞘疾病等
其他	高血压脑病、遗传代谢性疾病、骤停激素、瑞氏综合征、输液输血反应等

1.2 ICH 发病机制

颅内压 (Intracranial Pressure, ICP) 是指颅内容物对颅壁产生的压力, 根据 Monro-Kellie 假说^[4], 颅内空间是一个恒定的封闭空间, 颅腔内容纳着脑组织 (80%)、脑脊液 (10%) 和血液 (10%), 正常情况下 ICP 具有自动调节的机制, 当颅内容量增多时, 通过大脑静脉血池调节、脑脊液流动进入椎管, 及脑血管自动调整颅内小动脉阻力等维持稳定的 ICP。急性 ICH 的发病机制较复杂, 任何原因导致脑脊液、脑血容量、脑组织及其他成分的增加, 超过自身调节代偿能力, 即发生 ICH (图 1)。成人 ICH 诊断标准较为明确, 为 ICP > 20mmHg, 且持续 5 分钟以上^[2, 5], 对于儿童 ICH 标准尚未统一, 但儿童严重创伤性脑损伤 (traumatic brain injury, TBI) 的治疗目标阈值为 ICP < 20mmHg。ICH 脑损伤机制主要是脑灌注压 (Cerebral perfusion pressure, CPP) 降低, 引起脑血流减少的缺血性损伤, CPP 是平均动脉压 (mean arterial pressure, MAP) 与 ICP 之差, 即 CPP = MAP - ICP, 可影响脑血流量 (Cerebral blood flow, CBF) 并最终影响氧的输送。成人 CPP 正常值为 50 ~ 70mmHg, 儿童正常范围尚未明确。目前推荐 TBI 婴幼儿应保证最低 CPP 为 40mmHg, 青少年接近成人 50mmHg, 脑血流在 CPP 一定范围内 (成人 50-150mmHg) 通过自动调节机制可维持相对不变, 低于此范围会引起脑灌注不足, 高于此范围将引起脑水肿。CBF 不仅取决于 CPP, 还与脑血管阻力 (Cerebral vascular resistance, CVR) 有关, 即 CBF = CPP / CVR。生理状态下 CBF 依靠内在自动调节

机制，主要通过改变 CVR 来维持 CBF 相对恒定。脑血流调节还受动脉血 CO₂ 及 O₂ 分压影响。低氧血症会导致脑血管舒张，尤其是当 PaO₂ 低于 50mmHg 时影响显著；高碳酸血症会导致脑血管舒张和 CBF 增加，而低碳酸血症可减少 CBF，CBF 对 PaCO₂ 变化反应迅速。

根据颅内容量 - 颅内压曲线（见图 2），曲线中的 A 阶段属于颅内压调节代偿阶段，颅内压维持在正常范围，CBF 正常，临床症状常不明显；随着颅内容量进一步增加，颅内压调节潜能逐渐消耗，颅内压增高，CBF 减少，并出现高内颅压征象，即曲线中的 B 阶段；随着代偿潜能耗竭，曲线中的 C 阶段，ICP 急剧升高，进入脑缺血半暗带期，CBF 显著减少，累及脑干，激活延髓血管运动中枢的代偿加压反应，即 Cushing 反应，临床进入颅高压危险阶段；曲线 D 阶段 CPP 急剧降低，CBF 也急剧减少，甚至无灌注，临床进入脑疝阶段。

图 1 颅内高压机制

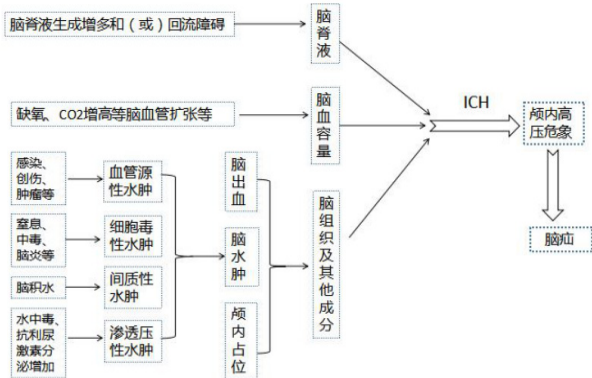
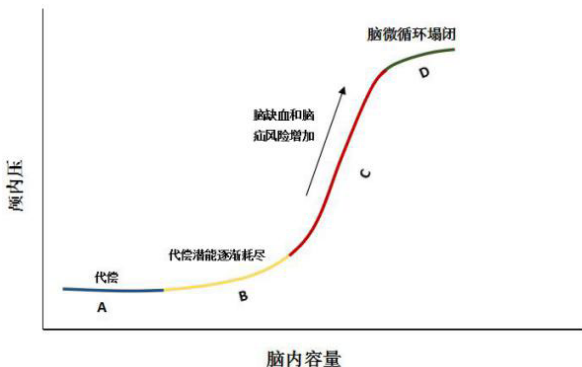


图 2 脑内容量 -- 颅内压变化曲线



2. 急性 ICH 识别及危重情况评估

2.1 急性 ICH 识别

急性 ICH 临床表现取决于颅内高压的病因、年龄、ICH 进展速度等，年龄越小症状越不典型。存在以下情况时要考虑急性 ICH。

头痛：头痛是急性 ICH 的早期征象，见于 85.5-

96.5% 的 ICH 儿童。婴幼儿可以表现为烦躁、易激惹。

呕吐：表现为与进食无关的频繁性呕吐，见于 12.7%-52% 的患儿。

神志改变：突然精神萎靡、意识混沌或昏迷。

体征：突发血压增高伴心动过速或心动过缓，呼吸改变，突发的运动障碍及肌张力改变，凝视、瞳孔改变（缩小、扩大，或忽大忽小），婴儿前囟明显膨隆张力增高等。

2.2 危重情况评估

颅内高压危象：血压增高伴心率减慢、呼吸改变称为“Cushing”三联症，即颅内高压危象。常为脑疝的前兆。值得注意的是，三种征象并不一定同时出现。

脑疝：脑组织在压力的作用下，通过狭小的孔隙被挤压到压力较低的位置所产生的病理状态。脑疝是严重神经后遗症或死亡的前兆。脑疝临床证据包括：（1）神经系统恶化征象：GCS 评分下降，和 / 或瞳孔对光反射消失、瞳孔散大；（2）头颅 CT 提示脑疝征象，即严重弥漫性脑水肿，或单侧弥漫性脑肿胀伴占位效应，脑中线结构移位 >5mm 和 / 或中脑周围脑池闭塞。ICH 中常见小脑幕切迹疝：颅内压增高时颞叶内侧海马沟回疝入小脑幕前缘与蝶鞍斜坡构成的裂孔，压迫脑干和动眼神经，表现为中脑受压的症状；枕骨大孔疝：后颅窝内容物扩张，小脑可通过延髓尾部的枕骨大孔向下突出。这会导致心肺功能紊乱、呼吸节律改变和意识障碍。

3. 监测

3.1 有创监测

3.1.1 颅内压监测

ICP 有创测量是确诊颅内压增高的的重要手段，但因感染和出血等潜在风险，所以仅适用于危重患儿，持续监测时间一般 ≤ 7d。分为直接颅内压监测法、侧脑室穿刺测压及腰椎穿刺脑脊液压力监测三种方法。直接颅内压监测是将感应器放置在脑室、蛛网膜下腔、硬膜外，实时观察颅内压波形，该方法常用于颅脑外伤（和）或颅脑手术的患儿；目前推荐头部创伤后 GCS ≤ 8 分，且病情有加重风险的可进行直接颅内 ICP 监测。侧脑室穿刺测压法，该方法监测最为准确，临床应用较多，但严重急性脑水肿导致脑室变小、移位，穿刺常不成功；腰椎穿刺脑脊液压力监测，方法简单，但准确性不高，监测时取病人侧卧位，双腿和头伸直的情况下进行测量，若有梗阻则测得数值不准确。必须注意，颅内压明显增高时，腰椎穿刺有导致脑疝的风险。

3.1.2 脑组织氧分压 (brain tissue oxygen,

PbrO₂) 监测: 直接测量局部脑组织氧分压来反映脑组织氧合状态的指标。其正常范围是 16 ~ 40mmHg, PbrO₂<10mmHg 为重度缺氧, 与不良预后相关。

3.2 无创监测

无创监测颅内压方法较多, 需要结合临床表现、和(或)有创监测综合评价。影像学检查依然是目前常用的监测工具, 新近研究发现经颅多普勒和视神经鞘直径评估是监测颅脑创伤患儿 ICP 很有应用前景的工具。

3.2.1 影像学检查

脑部 CT 扫描是检测急性 ICP 增高的首选方法, 并且对确定病因也有一定价值。与 ICP 增高一致的头颅 CT 表现: 中线结构移位、脑沟消失、基底池消失、拇指征(Thumbprinting)、视神经鞘直径增加。注意对于 TBI 昏迷患儿, 不推荐根据初始(伤后 0 ~ 6h) 头颅 CT 正常的检查结果来排除颅内高压的可能性。

头颅 MRI 检测 ICP 增高的准确性高于 CT, 与 CT 检查一样, 中线移位和基底池或脑沟消失, 则提示 ICP 增高; 此外可通过评估弹力指数(心动周期内 ICP 改变与容积改变比值), 脑脊液流经大脑水管的流速及视神经鞘直径来预测 ICP。

3.2.2 多普勒超声(Transcranial Doppler, TCD) 检查

TCD 是利用超声技术监测脑血流速度来评估 ICP, 是一种安全、可重复、可靠的方法。基于 Gasling 公式, 目前常用大脑中动脉搏动指数(Pulsatility Index, PI) 及舒张末期流速预测颅内压升高。大量研究显示 PI 与 ICP 高度相关, 相关系数可达 0.89 到 0.938。不足之处是, TCD 受到包括生理差异带来的混杂效应和病理差异(如狭窄闭塞性血管疾病) 影响, 同时需要一个足够大的声学窗口, 并由经验丰富的超声科医师进行检测。

3.2.3 其他方法: 前囟测压法、鼓膜移位法、闪光视觉诱发电位、视网膜测压法、近红外波谱分析技术、量化脑电图监测及激光多普勒等技术, 但由于监测数据可靠性不确定, 目前临床应用较少。

4. 颅内高压危象治疗与管理

儿童急性 ICH 常进展迅速, 尤其是颅内高压危象, 一旦识别需要紧急处理, 并要积极寻找病因给予治疗。救治目的在于优化脑灌注和满足脑代谢需求, 避免发生脑疝。

4.1 一般管理

头部保持正中位, 以免头部到胸部的静脉回

流受阻, 同时头肩抬高 15° ~ 30°, 有利于颅内血液回流, 但头部抬高超过 40° 可能引起 CPP 下降, 应避免; 出现颅内高压危象及脑疝时, 采用平卧位。保持呼吸道畅通, 保证足够的氧供, 维持氧饱和度 94% 以上, 避免误吸和痰液堵塞; 对于昏迷患儿, 有条件应建立高级气道, 呼吸机控制通气, 高级气道建立宜采用快速诱导气管插管(rapid sequence intubation, RSI), 可给予咪达唑仑(0.2 ~ 0.3mg/kg · iv)、芬太尼(1~5 μg/kg · iv)、短效肌松药物维库溴铵(0.1mg/kg · iv), 避免使用氯胺酮。避免各种不必要刺激, 必要时给予镇痛、镇静药物, 降低氧耗。保持正常体温, 体温每上升 1°, 脑代谢需求增加 5%, 应积极控制体温。早期(脑外伤后 72h 内) 开展肠内营养支持可降低病死率和改善预后。监测生命体征、内环境及脏器功能, 留置 Foley 导管导尿。

4.2 降颅压治疗

4.2.1 降颅压管理: 渗透性药物降颅压的方法是基于跨毛细血管膜的“渗透反射系数”原理和 Starling 平衡机理, 形成跨壁渗透梯度, 将水从脑组织转移, 减轻脑水肿, 从而降颅压。值得注意的是, 在颅内感染、创伤、肿瘤等所致的血管源性脑水肿时, 渗透反射系数会降低, 长时间或反复应用有加重脑水肿风险。临床上常用的渗透性降颅压药物是甘露醇和高渗盐水。一项关于高渗盐水和甘露醇在治疗 TBI 导致的 ICH 综合征患者 Meta 分析显示, 两者在神经功能结局、降低颅内压及病死率方面无统计学差异, 但在成功控制颅内压方面, 高渗盐水较甘露醇更有效。甘露醇: 推荐剂量为 0.25 ~ 1g/kg 经外周或中心静脉导管在 20 ~ 30min 内静脉输入, 其后推荐每 4 ~ 6 小时给予低剂量 0.25 ~ 0.5 g/kg 静脉输入。出现颅内高压危象或脑疝征象时, 20% 甘露醇 0.5~1g/kg · iv, 10~20 分钟, q2~4h 重复使用。因病因不同, 甘露醇有效降颅压作用时间可能不同, 维持时间为 90min 至 6h。注意: 对甘露醇及其成分过敏者禁用, 对合并急性肺水肿、肾功能损害、充血性心力衰竭及低血压等要慎用, 对颅内活动性出血患者慎用(需手术者除外)。高渗盐水: 高渗盐水控制颅压效果较甘露醇更显著, 尤其是在 TBI 患儿, 目前指南推荐静脉推注 3% 高渗盐水, 有效剂量范围为 2 ~ 5ml/kg, 使用时间 > 10 ~ 20min。颅内高压危象时 3% 氯化钠 3~5ml/kg · iv, 10 分钟, 必要时 30min~60min 重复, 目标血钠值 145~155mmol/L, 后可按 0.5~1.5ml/kg · h 维持, q2~4h 监测血钠, 最高血钠控制不超过 160mmol/L。

4.2.2 过度通气策略：过度通气使血 CO_2 分压降低，脑血流减少从而降低 ICH。虽然作用迅速，但因潜在脑缺血缺氧风险，不建议常规应用。仅应用于颅内高压危象或脑疝紧急情况，用药前或一般治疗无效且计划外科手术前。目标值动脉血 $\text{PaCO}_2 \approx 30\text{--}35\text{mmHg}$ （最低不低于 25mmHg ），药物降颅压治疗后可逐渐调整通气量，过度通气时间一般不超过 2 小时，可通过呼气末二氧化碳及血气分析监测。当颅内高压危象症状缓解、生命体征稳定后动脉血 PaCO_2 维持在 $35\text{--}40\text{mmHg}$ 。

4.2.3 其他：对于难治性 ICP，可使用脑脊液引流，外科骨瓣减压，巴比妥昏迷疗法等降颅压措施。

4.3 对症处理

惊厥性和非惊厥性发作都会增加脑代谢率，而导致脑血流量改变和颅内压升高；目前指南建议使用预防性抗癫痫治疗来降低早期（7d 内）创伤后癫痫的发生率，常用咪达唑仑及苯巴比妥钠等。积极纠正电解质紊乱及代谢性酸中毒；避免低钠血症，低钠血症会加重脑细胞肿胀，引起颅内压波动。血糖维持在正常水平对于防止继发性脑损伤非常重要；成人研究表明，血糖在 $6\text{--}9\text{mmol/L}$ 是维持适当脑代谢功能的最佳水平，但目前尚缺乏儿童相关的研究数据。维持充分的 MAP，建议进行有创 MAP 监测，MAP 是脑血流的前提，出现低血容量时，给予等张液体进行纠正，但应避免容量过高；中枢神经系统或脊髓损伤引起的分布性休克，及时应用血管活性药物。

总之，急性 ICH 是儿童神经系统疾病急危重症，病因和发病机制复杂病情进展迅速，可快速出现颅内高压危象，甚至发生脑疝危及生命。早期识别，解除病因、及时、正确处理对减少后遗症和降低死亡率至关重要。在临床工作中，要提高对儿童急性 ICH 的认识，识别颅内高压危象，选择合适的监测手段和降颅压措施，强调综合管理措施的重要性。

参考文献

1. Harary, M., R.G.F. Dolmans, and W.B. Gormley, Intracranial Pressure Monitoring—Review and Avenues for Development. *Sensors (Basel)*, 2018. 18 (2).
2. Sacco, T.L. and S.A. Delibert, Management of Intracranial Pressure: Part I: Pharmacologic Interventions. *Dimens Crit Care Nurs*, 2018. 37 (3): p. 120–129.
3. D, F.W., Management of Intracranial Pressure. *Continuum*, 2015. 21 (1): p. 1299–323.
4. Allen, C.H. and J.D. Ward, An evidence-based approach to management of increased intracranial pressure. *Crit Care Clin*, 1998. 14 (3): p. 485–95.
5. Potapov, A.A., et al., [Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. Part 3. Surgical management of severe traumatic brain injury (Options)]. *Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko*, 2016. 80 (2): p. 93–101.

先天性白血病的临床特点与疗效分析

管玉洁 李彦格 宋丽丽 毛彦娜 刘 炜

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：探讨先天性白血病的诊疗方法及影响其预后的主要因素。方法：回顾性收集整理郑州儿童医院 2007 年 7 月至 2017 年 12 月收治的先天性白血病患儿的临床资料，分析其临床特点、化疗方案以及影响其长期生存的因素。结果：共收治先天性白血病 23 例，多以“白细胞增高、皮肤结节、皮肤出血”就诊。其中放弃 10 例，经随访无一例存活。治疗 13 例，男 7 例，女 6 例，其中有 1 例为双胞胎之一；AML 8 例，ALL 5 例；融合基因检测，1 例未做，2 例 MLL 基因阳性，10 例 MLL 基因阴性，未检测出其他融合基因；染色体核型分析 1 例为 21-三体，12 例染色体核型正常。13 例患儿均接受了对症及（或）减量化疗，中位随访 4 年 11 个月，其中痊愈 6 例，死亡 7 例。1 例为出生后 6d 时外院确诊急性淋巴细胞白血病未予及时治疗，于 32d 时全身多发包块来我院，检查后确诊并发中枢白血病及睾丸白血病，给予较强化疗后合并肺部、脑内重症感染，经美国卢里芝

作者简介：1. 管玉洁，医学硕士，副主任医师，河南省医师协会儿科医师分会小儿血液肿瘤学组委员
2. 通讯作者，刘炜，主任医师，血液肿瘤科主任，中华医学会儿科学分会血液学组委员

加哥儿童医院远程会诊因感染较重仍未挽回生命,余6例患儿均在治疗过程中出现重症感染并多脏器损伤死亡,无一例死于白血病复发。结论:减量化疗可能是先天性白血病患者获益的重要方法。

【关键词】先天性白血病; 减量化疗; 获益; 影响因素

先天性白血病 (congenital Leukemia, CL) 是儿童罕见的恶性血液病,因其发病急、进展快、预后差,临床上绝大多数 CL 患儿被放弃治疗,文献报道多以个案报告形式出现^[1],且多局限在临床特点的描述上,对于 CL 的治疗国内国外均罕见报道。随着全民医保的普及,CL 治疗的病例越来越多,现就郑州儿童医院收治的 23 例 CL 的临床资料进行回顾性分析,以供广大医务人员治疗 CL 参考。

1. 材料与方法

1.1 一般临床资料 入组标准: (1) 年龄为出生后 4 周内确诊的白血病患者; (2) 在郑州儿童医院首次确诊或首次治疗的 CL 患儿; (3) 依照 2006 年中华医学会儿科分会血液学组制定的“儿童急性髓细胞(和急性淋巴细胞)白血病诊疗建议”标准(后简称“06 方案”)^[2-3],经骨髓细胞形态学检查同时经骨髓流式细胞技术检查确诊为 CL 的患儿; (4) 经检查无巨细胞病毒、风疹病毒、弓形体、单纯疱疹病毒、EB 病毒、HIV 等宫内感染证据的 CL 患儿。排除标准: 仅行骨髓细胞形态检查未行骨髓细胞流式技术检测诊断的 CL。自 2007 年 7 月-2017 年 12 月郑州儿童医院共诊断 34 例 CL 患儿,其中 11 例仅行骨髓细胞形态检查诊断为 CL,未行骨髓细胞流式技术等检测,未列入其中。另 23 例患儿符合入组条件,男 14 例,女 9 例; 年龄为 8d (1~26d),急性髓细胞白血病 (AML) 与急性淋巴细胞白血病 (ALL) 发病率为 AML:ALL=12:11。23 例患儿中,有 10 例患儿骨髓流式细胞技术确诊后即放弃治疗,经随访无一例存活,仅参与患儿整体概况分析,本研究重点分析治疗的 13 例患儿的临床特点及疗效。

1.2 检查及治疗 治疗的 13 例患儿,入院后均给予骨髓细胞形态学检查及骨髓细胞流式技术检测确诊,同时给予染色体核型及融合基因检测。因前期我院尚不能进行融合基因聚合酶链反应 (Polymerase chain reaction, PCR) 技术检测,仅给予荧光原位杂交 (fluorescence in situ hybridization, FISH) 检测融合基因,后期患儿除 FISH 技术外,同时进行骨髓细胞 PCR 技术检测 43 种预后基因筛查。治疗初期,白细胞 $> 50 \times 10^9/L$ 者,均给予口服羟基脲降白治疗及别嘌吟醇降酸处理,治疗 2d 后白细胞仍 $> 100 \times 10^9/L$ 者,加用阿

糖胞苷 $20 \sim 30 \text{mg}/(\text{m}^2 \cdot \text{d})$ 持续 24h 泵入,治疗 3d~7d,待白细胞降至 $50 \times 10^9/L$ 以下,开始按 2006 年中华医学会儿科分会血液学组制定的“儿童急性髓细胞(和急性淋巴细胞)白血病诊疗建议”化疗(后简称“06 方案”)。考虑患儿为新生儿,脏器功能发育不完善,耐受性差,首次化疗剂量给予 06 方案中剂量的 $1/2 \sim 3/4$,依据患儿化疗后的一般情况给予及时剂量调整,如患儿出现吃奶较差、呕吐、腹泻、发热、骨髓严重抑制等任何症状,我们采取继续减量,给予 $1/4$ 剂量甚至停止化疗,以保证患儿一般情况不受明显影响。13 例患儿中,无一例按 06 方案全量化疗。

1.3 随访指标 血常规、骨髓常规、骨髓细胞白血病微小残留水平 (MRD)。

1.4 主要研究终点 本研究的主要研究终点设为 5 年总生存率 (OS)。实际为所有存活者随访至截稿时。

2. 结果

2.1 临床病例特点 13 例接受了治疗的患儿,男 7 例,女 6 例; AML 8 例, ALL 5 例; 1 例为双胞胎兄弟之一,1 例为 21 三体患儿; 死亡 7 例,存活 6 例。存活的 6 例患儿,仅 1 例为 ALL,且为双胞胎兄弟其一,按 06 方案仅进行了前期治疗,后期未行强化及维持治疗; 存活的 5 例 AML 患儿,2 例减低剂量后按 06 方案走完全疗程; 1 例 21-三体患儿仅给予输血、输注白蛋白等对症治疗,未给予任何化疗药物; 1 例仅接受了 1 个疗程化疗; 1 例 AML 减剂量后仅进行了 06 方案疗程的一半。病初病例特点详见表 1,治疗详见表 2。

(1) 就诊原因: 13 例患儿中,白细胞增高 6 例,皮肤结节 2 例,皮肤出血 2 例,颌下肿物 1 例,咳嗽 1 例,腹胀伴血小板减少 1 例,其中 3 例伴有发热。(2) 淋巴结肿大: 13 例中仅有 1 例伴有浅表淋巴结轻度肿大。(3) 肝脾肿大: 13 例患儿中,肝脾无肿大者 7 例,轻度肿大者 3 例,巨肝或巨脾或均巨大者 3 例。(4) 白细胞数: 13 例患儿中,白细胞最高是 $986.82 \times 10^9/L$,最低者 $7.72 \times 10^9/L$; $> 100 \times 10^9/L$ 者 7 例, $(50 \sim 100) \times 10^9/L$ 者 1 例, $< 50 \times 10^9/L$ 者 5 例。(5) 血小板数: 13 例患儿中,血小板最低者 $7 \times 10^9/L$,最高者 $612 \times 10^9/L$,

50×10⁹/L 以上者 8 例。(6) 融合基因: 13 例接受治疗患儿中, 有 1 例未行融合基因检测, 有 2 例 MLL 基因阳性, 10 例 MLL 基因阴性, MLL 基因阳性率 2/12, 其余融合基因均未检测到阳性。(7) 染色体: 13 例患儿中, 1 例为 21- 三体, 其余患儿均为正常染色体核型。

2.2 生存情况 13 例患儿, 有 6 例随访无事件存活至今, 其中 5 例为 AML, 仅 1 例 ALL, 随访最长者 11 年 3 个月, 最短者 1 年 5 个月。存活的患儿中均无 MLL 基因重排, 2 例 MLL 基因重排者无一例存活。

2.3 死亡原因 13 例患儿, 有 7 例在治疗过程中死亡, 均在治疗初期出现严重并发症。11 号病儿, 病初即有皮肤巨大结节约 3.0cm×4.0cm, 眼部浸润亦较明显, 且伴有中枢神经系统白血病及睾丸白血病, 按儿童急性髓系白血病 06 方案的 3/4 剂量化疗后, 结节很快消失, 患儿巩固治疗后骨髓完全缓解, 脑脊液及睾丸仍有白血病细胞浸润。但因患儿化疗剂量偏大及鞘内注射化疗药物频次较多, 致使患儿第 3 个化疗之后骨髓抑制期出现重症感染, 伴多系统损伤, 虽给予机械通气, 并请美国卢里芝加哥儿童医院远程会诊亦未挽回患儿生命。其余死亡的 6 例患儿, 均在化疗初或化疗后出现重症感染或腹泻

伴多脏器功能衰竭而死亡, 无一例死于复发。

表 1 13 例先天性白血病患者初诊时整体概况

临床特征	例数 (%)
性别	
男	7 (53.8)
女	6 (46.2)
分型	
急性髓细胞白血病	8 (61.5)
急性淋巴细胞白血病	5 (38.5)
发热状况	
有	5 (38.5)
无	8 (61.5)
皮肤结节	
有	4 (30.8)
无	9 (69.2)
淋巴结肿大	
有	1 (7.7)
无	12 (92.3)
肝脾肿大	
有	6 (46.2)
无	7 (53.8)
白细胞计数	
≤ 50	5 (38.5)
>50	8 (61.5)
血小板计数	
≤ 50	5 (38.5)
>50	8 (61.5)
融合基因 (MLL)	
阴性	10 (83.3)
阳性	2 (16.7)

表 2 13 例患儿的化学治疗情况及预后

病例编号	治疗方案	治疗期间严重并发症	治疗疗程	随访结局	确诊后生存时间
1. AML (M5)	DAE + DA + HA + MA + EA + DA + EA + EA	诱导及巩固治疗期间顽固性腹泻	治疗 1 年	无事件生存	11 年 5 个月
2. AML (M4)	DAE + EA + HA + MA + EA	无	6 个月后自行结束治疗	无事件生存	8 年 9 个月
3. B-ALL	EA	重症肺炎、败血症	治疗 1 月感染死亡	死亡	1 月
4. B-ALL	VDLP + CAM + HD-MTX (3 个疗程) + VDLD* + EA	无	按 06 方案前期治疗后自行结束, 未维持	无事件生存	7 年 1 个月
5. B-ALL	降白细胞治疗后 VDLP 诱导	腹泻, 伴发热	1 月 3d	死亡	33d
6. AML (M4)	水化碱化抗感染	多脏器功能衰竭	7d	死亡	7d
7. B-ALL	降白细胞治疗及水化碱化等对症支持治疗	白细胞持续升高达 275.10×10 ⁹ /L, 血小板及红细胞进行性快速下降, 皮肤、消化道出血	10d	死亡	10d
8. B-ALL	给予悬浮红细胞等对症治疗	颅内出血	2d	死亡	2d
9. AML (M5)	EA + DA + MA + EA + DA + EA + MA	无	8 个月	无事件生存	2 年 10 个月
10. AML (M7)	仅给予白蛋白、红细胞、血小板及碱化水化等对症治疗	无	治疗共 2 月余	无事件生存	2 年 8 个月
11. AML (M4)	降白治疗后给予 MEA + DA + AE*	治疗期间患儿曾骨髓完全缓解, 治疗共 5 个月, 曾请于第 3 次化疗后出现多脏器功能损伤伴重症感染	美国卢里芝加哥儿童医院远程会诊	死亡	5 个月
12. AML (M5)	降白治疗后给予 DAH + IAH + MA + HACL + EA	重症肺炎	治疗 8 个月余	无事件生存	1 年 5 个月

病例编号	治疗方案	治疗期间严重并发症	治疗疗程	随访结局	确诊后生存时间
13. AML (M7)	入院后给予输注悬浮红细胞、住院治疗16d, 患儿骨髓抑制期, 血小板及水化碱化治疗, 并三系减低, 合并重症感染, 放行DA化疗	弃治疗, 后死亡	16d	死亡	1个月

注: AML: 急性髓细胞白血病; ALL: 急性淋巴细胞白血病; A: 阿糖胞苷; C: 环磷酰胺; D: 柔红霉素; D*: 地塞米松; E: 依托泊苷; E*: 替尼泊苷; H: 高三尖杉酯碱; L: 左旋门冬酰胺酶; M: 米托蒽醌; MTX: 甲氨蝶呤; V: 长春新碱; P: 泼尼松; I: 去甲氧柔红霉素。

3. 讨论

CL 又称新生儿白血病, 指生后 4 周内发病的白血病, 常于出生时即有皮肤浸润性结节 (蓝莓松饼征), 肝脾肿大, 皮肤出血点, 外周白细胞数升高, 血小板减少, 进行性贫血加重等表现, 是新生儿罕见病, 如无警惕, 易被漏诊和误诊^[4]。CL 在儿童白血病中所占比例不超过 1%^[5], 近年来其发病率有明显上升趋势。

有文献报道 CL 以 ALL 为主, 但也有报道 CL 以 AML 为主, 20% 为 ALL。在 van der Linden 等的综述中引用了两个中心的数据共 262 例 CL, AML 占 56%–64%, ALL 占 21%–38%, 并报道 AML 中约有一半患有急性单核细胞白血病 (M5), 而 ALL 中以 B 细胞白血病最常见, T 细胞型罕见, 且 ALL 与 AML 可相互谱系转化, 或者病初即表现为混合表型。Gyárfás 等的报道中也提到 MLL 基因阳性患儿易出现谱系转换, 常是 ALL 转换为 AML。2017 年 Furudate 等就报道了 1 例新生儿 MLL-AF4 阳性的 B-ALL, 在诱导缓解后转换成了急性单核细胞白血病, 后从父亲那里接受了半相合骨髓移植而获得了完全缓解, 截止其发稿已存活 3 年 7 个月。而在另一篇综述中, Moura 等报道的 77 例 CL 患儿, 除 42 例是 21- 三体外, 最常见的异常为 MLL 基因重排, 主要为 ALL 的 MLL-AFF1 和 AML 的 MLL-MLLT3, 未发现 FLT3 突变。无论是 AML 还是 ALL, 两篇综述均强调了 MLL 基因重排是 CL 患儿最常见的分子遗传学改变。在 Knez 等报道的 5 例新生儿 B-ALL 均存在 MLL 基因重排, 发生率为 100%。本组研究 23 例 CL 患儿, AML (12) 例稍多于 ALL (11 例), 这可能与地区差异及统计病例不全有关。治疗的 13 例 CL 中, M5 和 M4 各有 3 例, M7 有 2 例 (其中 1 例为唐氏综合症患儿), 而 5 例 ALL 全为 B-ALL, 融合基因检测上共有 2 例阳性, 均为 MLL 基因重排, 这与国外报道基本一致。

CL 的治疗, 目前为止国内外均无成熟、系统及共识性的统一方案可借鉴。虽然国内外 CL 自然缓解的个案报告不罕见, 但 CL 如不积极治疗, 死亡率极高, 达 90% 以上^[1], 国外有一篇报道 24 个月存活率也只有 23%。在最近展世宏的报道中, 14 例

CL 患儿, 随访后仅有 2 例唐氏患儿较长时间存活。因此, CL 白血病一旦确诊, 及时的、积极的治疗显得很重要。但治疗上, 各专家的观点认识不一。在 van der Linden 等的报道中, 认为 CL 有较高的复发率, 治疗强调多药联合, 建议给予较强化疗。而另一篇 van der Linden 等报道的 30 例 CL 接受 Interfant-99 方案化疗, 结果仅有 17% 的较长期生存率。然而较强的化疗带来的治疗相关死亡率也在增高, 一些专家在治疗 CL 中根据患儿情况减少了化疗药物剂量获得了较好的结果。而在 Halliday 等的报道中, 一例先天性红白血病患儿, 仅接受了 5d 的低剂量阿糖胞苷治疗即获得了持久的缓解, 而同期的另 5 例 CL 患儿未接受细胞毒性药物治疗下均死于疾病, 强调 CL 应及早治疗并避免使用高强度多剂化疗。还有一些报道认为 t (8; 16) (p11; p13) 可能与自发性缓解相关联, 给予对症治疗后即可获得自行缓解。而 Ikawa 等也报道了 1 例伴有新型 MOZ-p300 融合的 CL 患儿获得了深度自行缓解。在 Barrett 等的报道中提到 t (8; 16) (p11.2; p13.3) 的鉴定可以作为先天性 AML 自发缓解的生物标志物, 约 5% 的先天性 AML 患儿自发性缓解, 建议对这部分患儿要识别出来加以管理, 保守治疗, 避免化疗, 虽然有较高的复发率, 但对标准治疗仍有良好的反应。而我们的研究中, 13 例治疗的患儿, 生存 6 例, 治疗的患儿存活率达 46.2% (6/13), 远高于强化疗后 17% 的报道, 我们给予的化疗均为 06 方案的减量治疗, 甚至只进行了阶段性部分治疗即获得了长久生存, 究其原因, 可能为国内外的种族差异或入组病例在生物学上是不同的群体。

依据我们对本组病例的回顾性分析研究结果, 我们认为: (1) CL 有自然缓解的可能, 甚至可能是短暂的骨髓增生异常, 预后不一定差; (2) 减量化疗是 CL 患儿获益的重要方法, 治疗上参考儿童急性白血病的化疗方案给予剂量折扣, 使患儿能够耐受为原则, 强调依据患儿一般情况给予剂量调整, 不必严格限定化疗药物剂量及疗程, 出现可能危及患儿生命的任何并发症之一如严重腹泻或感染发热等应立刻停止化疗, 给予支持对症处理, 待其完全

恢复后再行下一化疗方案。(3) 极高白细胞数目并不预测患儿预后, 整体上 AML 预后好于 ALL; (4) MLL 基因阳性在 CL 中预后亦较差, 但 CL 患儿也可能存在可自发性缓解的特殊生物分子学标志; (5) 随着患儿年龄增长, 患儿免疫功能逐渐完善, 免疫监视功能建立, 即便未完全缓解, 剩余较小的残留细胞可能会被自身免疫系统清除而达到完全缓解并长期无病生存, 疾病复发的可能性减小, 所以总疗程不宜过长, 以减少化疗相关死亡及第二肿瘤的发生; (6) 初诊时尽可能完善骨髓瘤细胞的形态学、流式细胞学、融合基因和染色体的检测, 摸索阳性结果对治疗的指导意义及预后关系, 为今后新生儿白血病的诊治提供探索方向, 为达成共识性治疗方案做出贡献。CL 的治疗任务仍很艰巨, 恰当的疗程和适度的剂量仍需要不断探索, 这就要求我们不断

积累经验, 总结教训, 为 CL 患儿获得长久无病生存贡献微薄之力。

参考文献

- [1] 张明东, 宋华, 张玉辉, 等. 先天性白血病 1 例并文献分析 [J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29 (11): 1430-1432.
- [2] 顾龙君. 儿童急性髓细胞白血病诊疗建议 [J]. 中华儿科杂志, 2006, 44 (11): 877-878.
- [3] 顾龙君. 儿童急性淋巴细胞白血病诊疗建议 [J]. 中华儿科杂志, 2006, 44 (5): 392-395.
- [4] 蔡宝珍, 刘晓光, 刘晓红, 等. 先天性白血病误诊 4 例 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2002, 17 (2): 101.
- [5] 邵肖梅, 叶鸿瑁, 丘小汕. 实用新生儿学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 625.

儿童上消化道异物所致并发症及其危险因素分析

王跃生 张敬 李小芹 于志丹 周方

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的: 探讨儿童上消化道异物引起的并发症及相关危险因素。方法: 收集 2014 年 1 月至 2018 年 12 月门诊或住院治疗的上消化道异物患儿 772 例的临床资料进行分析, 通过多因素 logistic 回归分析上消化道异物患儿发生并发症的危险因素。结果: 772 例患儿异物均由电子胃镜取出, 男 414 例, 女 358 例, 中位年龄 2.8 岁。消化道异物主要发生在年龄 <3 岁婴幼儿组 (59.5%); 异物主要分布于食管段 (57.5%) 和胃内 (28.9%); 异物滞留时间 ≤ 24 h 465 例 (60.2%), >24 h 307 例 (39.8%)。异物的类型主要为圆形金属异物 (37.2%)、长条形异物 (24.7%)、尖锐异物 (16.2%)、电池 (14.4%)、腐蚀性物质 (4.8%) 和磁铁 (2.7%)。根据并发症发生情况分为轻度并发症 (368 例, 47.7%)、严重并发症 (98 例, 12.7%) 及无并发症 (306 例, 39.6%)。经 logistic 回归分析结果显示, 年龄 <3 岁、基础疾病、异物位置、异物类型、异物滞留时间 >24 h 是引起上消化道异物并发症发生的危险因素 (分别 $OR=2.141$ 、 7.373 、 6.658 、 8.892 、 6.376 , $P<0.05$)。结论: 通过对上述导致消化道异物并发症的高危因素地了解, 在临床上及时准确地选择恰当的干预方式, 可降低各类严重并发症的发生。

【关键词】上消化道异物; 并发症; 危险因素; 儿童

儿童消化道异物可发生在各年龄段, 是儿科门急诊常见病种之一^[1]。因儿童自我保护意识差, 缺乏识别危险的能力, 监护人缺乏防范意识, 易发生消化道异物误吞事件。异物可嵌顿在消化道各个位置, 食管异物嵌顿最常见, 症状最明显, 误吞后多

表现为哭吵、拒食、流涎增加、咽下不适或疼痛, 严重并发症为消化道出血、穿孔、纵隔感染、食管主动脉瘘等, 急诊无痛内镜为首选方案^[2]。国内文献关于儿童消化道异物处理时机及危险因素研究较少, 临床若不及时识别及处理, 后期并发症严重, 治疗费用较高, 且影响生长发育。本研究对 2014 年 1 月至 2018 年 12 月在郑州大学附属儿童医院诊断上消化道异物并经内镜取出异物患儿的临床资料进行总结分析, 旨在探讨儿童上消化道异物临床特点, 同时分析引起上消化道异物并发症的危险因素, 为

作者简介: 1. 王跃生, 消化科副主任医师, 中国医师协会儿科医师分会儿童消化专业委员会委员
2. 通讯作者, 李小芹, 主任医师, 消化科主任, 河南省医学会儿科消化学组组长

儿科内镜医师选择急诊或择期救治提供理论依据。

1. 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2014 年 1 月至 2018 年 12 月在郑州大学附属儿童医院消化内科门诊就诊或住院治疗的上消化道异物患儿 772 例为研究对象。纳入标准：(1) 年龄 <14 岁；(2) 通过异物摄入病史、影像学及内镜下检查发现异物，确诊有消化道异物；(3) 消化道异物均由内镜下取出。排除标准：(1) 术前有消化道大出血，失血性休克；(2) 术前出现心肺功能不全，感染性休克；(3) 术中探查内镜下无法取出，转外科剖腹手术。

1.2 临床资料收集

通过查阅病历资料收集以下信息：(1) 患儿性别、年龄、异物摄入时间；(2) 异物嵌顿位置，包括食管的第一处狭窄位于食管的起始处为食管上段，食管的第二处狭窄位于食管与左主支气管交点处为食管中段，食管的第三处狭窄位于食管穿过膈的食管裂孔处为食管下段，胃内及十二指肠（球降移行部）；(3) 异物类型，包括圆钝形金属硬币、不规则玩具、长圆形磁铁、尖锐果核、大小不等的纽扣电池、长扁形鱼刺、不规则钉子、各种手饰；(4) 合并基础疾病，包括相关的上消化道疾病、消化道畸形、消化道手术后吻合口狭窄、消化道手术后消化道形态改变；非消化道疾病，包括神经肌肉运动病变、脑性瘫痪、精神运动发育落后、精神心理疾病。

1.3 电子胃镜处理方法

术前详细询问病史及体格检查，评估患儿的一般情况及并发症发生情况；经胸片或 CT 检查明确异物的存在、位置、大小、形态和数量，有无食管壁损伤。经监护人同意，签署手术知情同意书。术前禁食 4~6h，术前 5min 口服达克罗宁胶浆去除胃内泡沫，七氟烷吸入联合静脉用丙泊酚全身麻醉。依据患儿年龄大小，以及异物的大小、类型、形状、性质、滞留或嵌顿部位等情况选择常用的辅助器材。电子胃镜（PANTX-EG27-i10）循腔进镜，依次探查咽喉、食管、贲门、胃、十二指肠部位，发现异物滞留，观察异物所在位置与周围组织黏膜紧密关系；取尖锐异物时，内镜前端置透明帽，处理异物嵌顿端，尖端拖入透明帽后拖出消化道。异物取出后再次进镜观察异物滞留处黏膜损伤情况、继发活动性出血及有无异物残留等。术后应用黏膜保护剂、抑酸剂等药物，必要时抗生素治疗；内镜下发现穿孔或出血者，转外科介入治疗。

1.4 并发症评估

消化道异物引起并发症分为无并发症、轻度并发症及严重并发症^[3]。轻度并发症：异物导致消化道黏膜水肿糜烂，或黏膜撕裂，但不伴明显临床症状；严重并发症：异物导致血管破裂出血、黏膜腐蚀损伤、食管狭窄、幽门狭窄、十二指肠狭窄、食管穿孔、胃穿孔、十二指肠穿孔或需要外科手术干预。

1.5 统计学分析

应用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计数资料以构成比或率 (%) 表示，两组比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法，异物相关并发症的危险因素分析采用多因素 logistic 回归， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 一般情况

772 例消化道异物患儿中，男 414 例 (53.6%)、女 358 例 (46.4%)；年龄 1 个月至 14 岁，中位年龄 2.8 岁。消化道异物主要发生在年龄 <3 岁婴幼儿组 (459/772, 59.5%)， ≥ 3 岁儿童组为 40.5% (313/772)；无基础疾病患儿 407 例 (52.7%)，有基础疾病患儿 365 例 (47.3%)；异物位置主要分布于食管段 444 例 (57.5%)、胃内 223 例 (28.9%)、十二指肠 105 例 (13.6%)；异物类型主要为圆形金属异物 287 例 (37.2%)、长条形异物 191 例 (24.7%)、尖锐异物 125 例 (16.2%)、电池 111 例 (14.4%)、腐蚀性物质 37 例 (4.8%)、磁铁 21 例 (2.7%)；异物滞留时间 ≤ 24 h 465 例 (60.2%)、 >24 h 307 例 (39.8%)。

2.2 上消化道异物引起的并发症

772 例消化道异物患儿中，轻度并发症 368 例 (47.7%)，严重并发症 98 例 (12.7%)，无并发症 306 例 (39.6%)。轻度并发症主要发生在 <3 岁婴幼儿组 (225/368, 61.1%)，主要表现为黏膜水肿糜烂，其发生率 (170/459, 37.0%) 明显高于 ≥ 3 岁儿童组 (39/313, 12.5%) ($P < 0.001$) (表 1)；重度并发症多见于黏膜腐蚀损伤、食管狭窄、食管穿孔，其发生率在两组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.001$) (表 2)。各种并发症内镜下改变情况见图 1。

表 1 上消化道异物引起的轻度并发症 [例 (%)]

年龄	<i>n</i>	黏膜水肿糜烂	黏膜撕裂
<3 岁	459	170 (37.0)	55 (12.0)
≥ 3 岁	313	39 (12.5)	104 (33.2)
χ^2 值		12.842	5.183
<i>P</i> 值		<0.001	0.047

表2 上消化道异物引起的重度并发症 [例 (%)]

年龄	n	血管破裂出血	黏膜腐蚀损伤	食管狭窄	食管穿孔	幽门狭窄	胃穿孔	十二指肠狭窄	十二指肠穿孔
<3岁	459	0 (0)	10 (2.2)	15 (3.3)	9 (2.0)	6 (1.3)	6 (1.3)	3 (0.7)	3 (0.7)
≥3岁	313	0 (0)	18 (5.8)	6 (1.9)	11 (3.5)	4 (1.3)	2 (0.6)	3 (1.0)	2 (0.6)
χ^2 值		-	15.706	18.435	14.905	0.327	5.584	1.042	0.749
P 值		-	<0.001	<0.001	<0.001	0.765	0.045	0.053	0.583

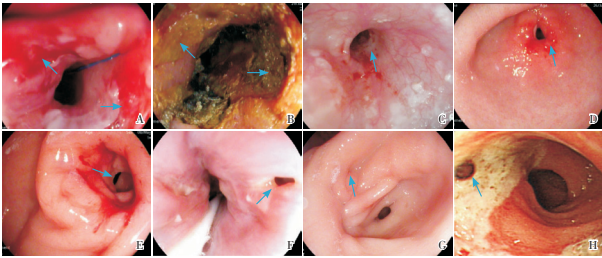


图1 消化道异物并发症内镜下改变

A: 黏膜水肿糜烂 (箭头所示); B: 黏膜撕裂 (箭头所示); C: 食管狭窄 (箭头所示); D: 幽门狭窄 (箭头所示); E: 十二指肠狭窄 (箭头所示); F: 食管穿孔 (箭头所示); G: 胃穿孔 (箭头所示); H: 十二指肠穿孔 (箭头所示)。

2.3 上消化道异物并发症相关危险因素单因素分析

单因素分析提示上消化道异物并发症与患儿性别、异物位置为胃、异物类型为圆形金属异物无相关性 ($P>0.05$), 而与年龄、有基础疾病 (消化道或非消化道疾病)、异物位置 (食管、十二指肠)、异物类型 (尖长异物、磁铁、电池、腐蚀性物质) 及异物滞留时间等因素相关性明显 ($P<0.05$), 见表3。

表3 上消化道异物并发症相关危险因素单因素分析 [例 (%)]

因素	n	无并发症	有并发症	χ^2 值	P 值
性别					
男	397	150 (37.8)	247 (62.2)	2.894	0.105
女	375	156 (41.6)	219 (58.4)		
年龄					
<3岁	459	162 (35.3)	297 (64.7)	8.457	<0.05
≥3岁	313	144 (46.0)	169 (54.0)		
基础疾病					
消化道疾病	209	52 (24.9)	157 (75.1)	15.736	<0.001
非消化道疾病	156	60 (38.5)	96 (61.5)	7.707	<0.05
无基础疾病	407	194 (47.7)	213 (52.3)	1.023	0.472
异物位置					
食管	444	139 (31.3)	305 (68.7)	18.587	<0.001
胃	223	128 (57.4)	95 (42.6)	7.798	0.054
十二指肠	105	39 (37.1)	66 (62.9)	12.041	<0.001
异物类型					
圆形金属异物	287	164 (57.1)	123 (42.9)	1.203	0.231
长条样异物	191	67 (35.1)	124 (64.9)	16.087	<0.001
尖锐异物	125	41 (32.8)	84 (67.2)	18.178	<0.001
磁铁	21	6 (28.6)	15 (71.4)	18.342	<0.001
电池	111	26 (23.4)	85 (76.6)	20.276	<0.001
腐蚀性物质	37	2 (5.4)	35 (94.6)	26.024	<0.001
异物滞留时间					
≤24h	465	260 (55.9)	205 (44.1)	22.064	<0.001
>24h	307	46 (15.0)	261 (85.0)		

2.4 上消化道异物并发症相关危险因素多因素分析

为探讨上消化道异物并发症发生的危险因素将以上单因素分析中差异有统计学意义的指标纳入多因素 logistic 逐步回归分析, 各因素的赋值说明见表4。

表4 上消化道异物发生并发症的危险因素与赋值说明

因素	变量名	赋值说明
年龄 <3岁	X_1	否=0, 是=1
基础疾病	X_2	否=0, 是=1
异物位置	X_3	胃内异物=0, 食管异物=1, 十二指肠异物=2
异物类型	X_4	圆形金属异物=0, 长条样异物=1, 尖锐异物=2, 磁铁=3, 电池=4, 腐蚀性物质=5
异物滞留时间 >24h	X_5	否=0, 是=1
是否发生并发症	Y	否=0, 是=1

多因素 logistic 回归分析结果显示, 年龄 <3岁、基础疾病、异物位置、异物类型、异物滞留时间 >24h 是上消化道异物并发症发生的危险因素 ($P<0.05$)。其中食管异物导致并发症的发生风险是胃内异物的 9.127 倍 ($P<0.05$); 误服尖锐异物、长条样异物、磁铁、电池、腐蚀性物质导致并发症的发生风险分别是圆形异物的 8.625、8.532、9.127、11.961、9.765 倍 ($P<0.05$)。见表5。

表5 上消化道异物并发症相关危险因素多因素分析

因素	B	SE	Wald χ^2	OR	P	95% CI
年龄 <3岁	0.817	0.534	8.321	2.141	0.035	1.832-5.318
基础疾病	2.598	1.291	9.713	7.373	0.018	2.315-10.145
异物位置 [#]	2.197	0.725	8.335	6.658	0.015	4.413-10.314
食管异物	4.315	2.307	15.317	9.127	0.011	4.013-14.382
十二指肠异物	0.847	0.053	2.306	0.436	0.556	0.215-2.319
异物类型 [*]	1.869	0.574	10.783	8.892	<0.001	4.623-13.013
尖锐异物	1.856	0.735	18.593	8.625	<0.001	3.013-13.131
长条样异物	2.897	0.863	10.634	8.532	<0.001	4.024-15.104
磁铁	2.352	0.824	7.953	9.127	<0.001	3.543-14.617
电池	2.906	0.674	16.965	11.961	<0.001	4.145-16.785
腐蚀性物质	2.794	0.856	11.869	9.765	<0.001	3.867-14.633
异物滞留时间 >24h	1.968	0.536	14.723	6.376	0.037	3.514-12.613

注: [#] 异物位置以胃内异物为参照; ^{*} 异物类型以圆形金属异物为参照。

3. 讨论

消化道异物是指各种不能被消化, 又不能及时排出体外的物体, 滞留在消化道腔内, 对消化道有一定的损害作用, 占急诊内镜诊疗疾病中的 4%^[4]。依据自诉或代诉病史、临床体征表现及 X 线等辅助检查, 可以基本明确诊断, 非金属不透光的特殊异

物需要高分辨CT或内镜进一步诊断评估。既往儿童消化道异物治疗困难、风险大,但随着麻醉监护技术的改进,临床应用无痛电子胃镜技术安全便捷,使得患儿内镜检查操作舒适化,极大地缩短了内镜诊疗时间^[5],有效提高了异物取出的成功率,为目前首选治疗手段。

儿童因其消化道管腔相对狭小的发育特点,80%~85%的上消化道异物发生于儿童,6月龄至6岁为高发年龄段,误吞消化道异物种类繁多,包括圆钝形金属硬币、不规则玩具、长圆形磁铁、尖锐果核、大小不等的纽扣电池、长扁形鱼刺、不规则钉子、各种手饰等,其中以硬币类异物所占比例最高,可能与儿童喜欢把小而圆的物体含在嘴里,进食时蹦跳活动及家长看护不到位有关,应加大预防意外事件宣传,避免意外伤害发生。儿童消化道异物应快速确诊,详细了解异物的数目、大小、形状、质地等,查无禁忌证后尽早拟定治疗方案。目前对于可能造成消化道黏膜损伤或不能及时自行排出体外的异物,消化内镜是首选治疗方法,尤其是无痛胃镜具有微创损伤小、极低并发症、易操作、成功率高的优点,可在临床广泛推广应用。

消化道异物嵌顿位置最常见于食管上段第一狭窄。生理上,横纹肌向平滑肌的转变可解释为什么食管上部是最常见的嵌顿部位。50%的尖锐物体倾向于停留在食管上部,经常导致穿孔,特别是在多次尝试内镜取出后。最后,可能需要进行严格的内镜检查或颈段食管切开术/胸廓切开术。

儿童消化道异物大多为健康儿童误吞引起消化道异物滞留;部分为吞咽反射受损、先天性或继发性食管狭窄、食管运动障碍、嗜酸性食管炎等患儿容易发生异物嵌顿。本研究显示大部分异物嵌顿滞留在食管上段及胃内,多见于正常儿童误吞引起,其次为消化道疾病患儿异物易滞留,且以婴幼儿发病比率最高。因此,儿童发生消化道异物,依据患儿自身情况、临床症状及异物的特征,制定相应的诊疗方案。大多数异物能经腔道自然排出体外,10%~20%需内镜处理,约1%需外科干预。

本研究中,无并发症发生率39.6%;轻度并发症发生率47.7%,多为黏膜水肿糜烂;严重并发症12.7%,穿孔者仅占4.3%,未发生血管破裂出血。危险因素分析结果显示患儿年龄<3岁、基础疾病、异物位置、异物类型、异物滞留时间>24h是上消化道异物发生并发症的独立危险因素。异物嵌顿在食管第一狭窄会增加并发症发生的风险,第一狭窄处异物与周围组织接触紧密,易压迫缺血,形成深溃疡乃至食管穿孔;尖锐性异物直接刺入黏膜,易造

成组织穿孔;磁性异物可合并金属相互吸引,易嵌顿消化道、阻塞管腔或引起黏膜缺血坏死、穿孔等损伤;纽扣电池局部放电或化学物质外漏腐蚀组织黏膜,导致溃疡或穿孔;误服强酸、强碱接触上消化道黏膜,引起组织炎症、坏死、损伤;异物嵌顿时间延长,压迫局部黏膜坏死,增加感染风险,超过24h并发症发生率明显增加。因此,误吞尖锐异物、纽扣电池,误服强酸强碱化学物质、多个磁性异物或磁性异物合并金属、大而不规则异物,尤其发生于食管内异物者或异物滞留时间>24h,应急诊胃镜处理,对于无腐蚀性、体积小的胃内或十二指肠内异物,若患儿无明显不适症状,可等待其自然排出。

我中心收治儿童上消化道异物主要为:圆形金属异物、长条样异物、尖锐异物、电池、腐蚀性物质、磁铁等。根据异物特点及滞留位置,总结以下内镜诊治经验:(1)圆形金属异物,多嵌顿于食管第一狭窄处,采用透明帽联合异物钳,钳夹金属异物。若硬币嵌顿于食管入口处,内镜附件不能打开,可将其推至胃内,再使用附件取出。(2)棒棒糖棍等长条样异物,采用透明帽联合圈套器,使异物轴向与食管平行,助手辅助病人头后仰,使异物顺利通过咽喉。(3)枣核、鱼刺等尖锐异物,钳紧异物后将尖锐端收入透明帽内。若伴消化道出血,应高度警惕异物刺入食管第二段狭窄处主动脉的可能,需与胸外科、心脏外科、麻醉科及重症监护等多学科联合治疗。(4)误吞纽扣电池,易损害食管组织,形成穿孔、食管气管瘘,继而纵隔感染、胸腔感染,严重者可致死亡。需第一时间安排内镜急诊取出。术后留置鼻胃管至遗病、穿孔处,胃肠减压器持续引流,同时留置胃空肠营养管,鼻饲背养支持治疗。瘘口不愈合行食管支架治疗,或转外科手术修补。(5)误服强酸、强碱等腐蚀性物质,导致食管管腔扭曲变形、穿孔、节段性狭窄、纵隔脓肿、侵蚀主动脉破裂大出血等严重并发症甚至导致死亡”。内镜下保留大号胃管支撑食管黏膜组织,预防不规则狭窄。早期留置鼻空肠营养管行营养支持,预防蛋白质营养不良。(6)误弄多个磁铁若不能同步排出时,磁铁与食管、胃、十二指肠、小肠等组织相互吸引,压迫组织缺血,导致水肿、糜烂、溃疡、穿孔。如患儿出现发热、腹痛、血常规异常,应考虑可能出现如腹膜炎、肠瘘、肠梗阻等,需急诊行外科剖腹探查。随着内镜技术的发展,内镜下评估并发症越来越精准。早期发现,及时内镜下临补,避免外科手术治疗,同时,内镜处理并发症可显著影响临床疗效及预后同。临床中,消化道异物手术时既要关注异物造成的并发症,又要关注内镜操作的医源性损伤。因此,规范化操作,适当地使用内镜及配件,全身麻醉

无痛内镜,多学科介入,可确保患者最大获益。

综上所述,儿童消化道异物可发生在各个年龄段,重在预防,早期诊断,及时就诊,避免严重并发症的发生。内镜治疗作为首选,具有创伤小。安全性好、成功率高、并发症少等优势。根据病史、异物的类型及危险因素,预判可能的并发症,选择合适的方案,确保患儿生命健康。但某些特殊异物,需要术前充分评估,多学科会诊,选择内外科联合治疗,患者获益会更多。

参考文献

[1] 任晓侠,方莹.儿童消化道异物的内镜下取出技巧及

注意事项[J].中国实用儿科杂志,2018,33(11):828-831.

[2] 方莹.儿童消化道异物的内镜处理[J].中华消化内镜杂志,2017,34(2):80-82.

[3] Zhong Q, Jiang R, Zheng X, et al. Esophageal foreign body ingestion in adults on weekdays and holidays: a retrospective study of 1058 patients[J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(43): e8409.

[4] 林金欢,徐晖,李兆申.上消化道异物内镜处理进展[J].中华消化内镜杂志,2015,32(12):864-866.

[5] 郭城,张琳.无痛消化内镜在儿童消化道疾病诊治中的优势[J].中国实用儿科杂志,2018,33(11):825-828.

婴幼儿反复喘息相关因素分析

李 晓 许春娜 汤 昱

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的:探讨婴幼儿反复喘息相关因素。方法:选择2018年7月~2019年7月我院收治的喘息性支气管炎或喘息性支气管肺炎等疾病住院的患儿65例为观察组,并选取65例同期来我院进行体检的健康婴幼儿为对照组。婴幼儿反复喘息相关因素进行分析。结果:观察组在被动吸烟、家族哮喘史、居住地、家族过敏性鼻炎史方面与对照组比较差异显著, $(P<0.05)$ 。有被动吸烟、有家族哮喘史、在城市居住、有家族过敏性鼻炎史是婴幼儿反复喘息危险因素, $(P<0.05)$ 。结论:有被动吸烟、有家族哮喘史、在城市居住、有家族过敏性鼻炎史容易导致婴幼儿反复喘息,父母及医护人员应给予针对性的干预措施以改善婴幼儿的发病率。

【关键词】婴幼儿反复喘息;被动吸烟;环境因素;父母过敏性鼻炎或哮喘史

喘息属于婴幼儿常见的呼吸道疾病,反复喘息为呼吸道症候群,部分患儿最终会转化为支气管哮喘(哮喘),给婴幼儿呼吸系统带来较大伤害^[1]。相关报道指出,婴幼儿喘息的主要致病因素是感染,尤其是呼吸道合胞病毒感染,部分患者能够自行缓解,但约有45%的患儿出现反复喘息至6岁以后^[2]。目前,针对能够持续至学龄期及发展为哮喘的喘息类别无法准确预测,因此,提高对反复喘息的危险因素的识别,以便制定并采取安全有效的早期干预措施,早期识别可能发展为哮喘的患儿,对提高其预后具有重要意义。本研究以反复喘息婴幼儿为主要研究对象,探讨婴幼儿反复喘息相关因素,具体报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选择2018年7月~2019年7月我院收治的喘息性支气管炎或喘息性支气管肺炎等疾病住院的患

儿65例为观察组,其中男34例,女31例。年龄30d~3岁,平均年龄 (1.93 ± 0.26) 岁。纳入标准:

(1)患者年龄30d~3岁。(2)患儿一年内发生喘息次数 ≥ 3 次。(3)患儿表现出胸闷气促、喘息鸣音等症状,对肺部进行体检显示广泛哮鸣音。排除标准:(1)合并先天性支气管异常、呼吸道畸形、先天性肺气肿等患儿。(2)先天性心血管疾病、心源性哮喘以及异物吸入等。(3)合并肺部变态反应性疾病、过敏性肺炎等。

并选取65例同期来我院进行体检的健康婴幼儿为对照组。其中包括男32例,女33例,年龄30d~3岁,平均年龄 (1.86 ± 0.35) 岁,两组一般资料无明显差异 $P>0.05$ 。

1.2 方法

对两组婴幼儿的资料进行收集,主要包括:分娩方式,喂养方式,有无被动吸烟,有无家族哮喘史,有无饲养宠物,居住地在何处,有无家族过敏性鼻炎史。并对两组资料进行单因素和多因素的分析。

1.3 统计分析

作者简介: 李晓,医学硕士,住院医师

采用 SPSS 18.0 软件处理, 计数资料行 χ^2 检验, 采用 n (%) 表示, 计量资料行 t 检验, 采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 多因素分析采用 Logistic 条件回归分析, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 单因素分析

观察组在被动吸烟、家族哮喘史、居住地、家族过敏性鼻炎史方面与对照组比较差异显著, ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 婴幼儿反复喘息危险因素单因素分析 ($n, \%$)

因素	类别	观察组 (65)	对照组 (65)	χ^2 值	P 值
分娩方式	剖宫产	40	31	2.514	0.113
	自然分娩	25	34		
喂养方式	非母乳喂养	32	27	0.776	0.378
	母乳喂养	33	38		
被动吸烟	有	21	9	6.240	0.012
	无	44	56		
家族哮喘史	有	17	6	6.392	0.011
	无	48	59		
饲养宠物	有	23	19	0.563	0.453
	无	42	46		
居住地	城市	37	22	6.983	0.008
	非城市	28	43		
家族过敏性鼻炎史	有	19	8	5.626	0.017
	无	46	57		

2.2 多因素分析

有被动吸烟、有家族哮喘史、在城市居住、有家族过敏性鼻炎史是婴幼儿反复喘息危险因素, ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 反复喘息危险因素多因素 Logistic 回归分析

项目	β	SE	Wald χ^2 值	OR	95% CI	P
有被动吸烟	1.008	0.446	5.944	2.970	1.238~7.124	0.015
有家族哮喘史	1.248	0.513	5.914	3.483	1.274~9.521	0.015
在城市居住	0.949	0.363	6.849	2.583	1.296~5.257	0.009
有家族过敏性鼻炎史	1.079	0.466	5.731	2.943	1.181~7.332	0.020

3. 讨论

婴幼儿喘息属于异质性疾病, 在婴幼儿中比较常见^[3]。大部分反复喘息患儿具有慢性持续性特异性体质, 患儿喘息均有反复性。同时, 支气管哮喘的主要特征之一是反复喘息, 反复喘息患儿发展为支气管哮喘的几率较高。该病对患儿的身心健康产生严重影响, 给家庭带来较大的经济压力。因此, 本研究对婴幼儿反复喘息相关因素进行分析, 以期对喘息患儿尽早识别, 尽早采取针对性的措施, 进而起到能够预防喘息反复发作的效果。

经单因素和多因素分析可知, 有被动吸烟是婴

幼儿反复喘息危险因素。近年来, 多数相关研究表明^[4, 5], 胎儿期环对婴幼儿喘息性疾病的影响较大, 母亲在妊娠期持续吸烟, 能够提高婴幼儿喘息的发生风险, 本研究结果中, 与此研究结果基本相符。主要机制为: 香烟对胎盘发育产生危害, 其在胎盘的发育过程中, 对细胞滋养层增殖及分化的平衡产生影响, 对新生儿免疫反应产生影响。因此, 孕期吸烟能够损害婴儿气道, 损害其肺功能, 引起早期喘息。同时二手烟也是婴幼儿发生反复喘息的主要因素, 女性孕期长期接触二手烟能够对胎儿免疫系统造成损伤, 使其过敏性疾病的风险增加, 影响胎儿健康。为此, 孕期妇女应当戒烟同时尽量远离二手烟。有家族哮喘史以及有家族过敏性鼻炎史是婴幼儿反复喘息危险因素, 说明, 遗传因素能够增加婴幼儿反复喘息的发病率。与赵德育学者相关研究基本相符。这就要求有父母做到提早预防、发现患病今早就医。同时居住环境也是婴幼儿反复喘息发生的影响因素。主要是由于城市人口、车辆相对密集, 城市周边工厂较多。导致城市环境污染严重, 空气中粉尘含量较高。空气质量相对较差有关。具有过敏性体质的婴幼儿发生反复喘息的几率大大增加。父母带婴幼儿出门的时候应尽量避免在工厂附近逗留, 冬季温度较低雾霾严重出门时应及时佩戴口罩。有条件的家庭应配以空气净化器、新风系统等改善空气质量的设备, 已减少婴幼儿发病的几率。

综上所述, 有被动吸烟、有家族哮喘史、在城市居住、有家族过敏性鼻炎史容易导致婴幼儿反复喘息, 父母及医护人员应根据实际情况给予针对性的干预措施。

参考文献

- [1] 单文婕, 卢燕鸣, 李亚琴, 等. 上海浦江地区婴幼儿反复喘息危险因素的病例对照研究及 Logistic 分析 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32 (4): 292-295.
- [2] 余小河, 何苗, 郑湘榕, 等. 喘息婴幼儿外周血气道炎症相关介质水平的研究 [J]. 中国当代儿科杂志, 2019, 21 (9): 861-867.
- [3] 唐海娟, 曾文, 张建全, 等. 第 419 例反复发作性喘息—阻塞性通气功能障碍—两肺多发斑片影—嗜酸粒细胞增多 [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (44): 3505-3508.
- [4] 陈赛男, 王宇清, 郝创利, 等. 儿童毛细支气管炎反复喘息的发生情况及危险因素分析 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2019, 34 (9): 660-664.
- [5] 王慧敏, 刘传合. 年幼儿童反复喘息发作的远期预后及影响因素 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2019, 34 (12): 957-959.

适应性训练联合微视频宣教 在先天性心脏病患儿术后恢复中的应用

冯瑞玲 宋 瑞 石彩晓

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：探讨适应性训练联合微视频宣教对先天性心脏病患儿术后恢复的影响。方法：选择先天性心脏病手术患儿 400 例，随机分为观察组和对照组各 200 例，术后对照组给予常规护理，观察组在常规护理的基础上对照顾者增加适应性训练联合微视频宣教，比较两组患儿术后恢复情况。结果：观察组患儿术后吃奶呛咳次数低于对照组 ($\chi^2=3.584, P<0.05$)、吸氧时间低于对照组 ($t=2.12, P<0.05$)、住院日低于对照组 ($t=0.98, P<0.05$)，照顾者满意度高于对照组 ($\chi^2=234.0, P<0.05$)，照顾者焦虑程度低于对照组 ($\chi^2=11.2840, P<0.05$)，两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论：适应性训练联合微视频宣教作为先天性心脏病患儿术后简便易行的干预措施之一，有助于患儿的术后恢复。

【关键词】适应性训练；微视频；先天性心脏病；照顾者

先天性心脏病 (Congenital heart disease, CHD) 简称先心病，具有病种类型多、复杂程度高、治疗困难大、易早期死亡等特点^[1]。研究发现^[2-5]，亚洲新生儿的 CHD 发病率最高 (9.2%)，而欧洲新生儿的 CHD 发病率位居第二 (8.2%)。随着先心病治疗技术的发展，手术患儿趋向于低龄化、低体重化，患儿从重症监护室转回普通病房时，患儿仍在较高危险状态中，这些因素可导致照顾者紧张、惧怕、焦虑，照顾不当可导致患儿重返监护室的几率增加。适应性训练联合微视频宣教是以术前预见性护理为核心，由专业人员指导、协助患者及家属提前进行机体活动的一种方式，让患儿的主要照顾者提前掌握看护要点，减轻其焦虑紧张情绪。本文针对适应性训练联合微视频宣教在先心病患儿术后恢复中的应用效果加以探讨。现报道如下：

一、问题分析

回顾性分析 100 例先心病术后患儿的资料，调查 100 例主要照顾者，32 例表示难以掌握喂奶的姿势；20 例表示难以掌握扣背的方法；28 例表示难以掌握抱孩子的方法；20 例难以掌握管道护理方法；40 例表示感到惧怕、焦虑。

二、资料与方法

1. 一般资料 选择 2018 年 1 月至 2019 年 1 月

作者简介：1. 冯瑞玲，副主任护师，胸心外科护士长，郑州市第九届外科护理专业委员会委员
2. 通讯作者，宋瑞，硕士研究生，护师

收入我院的先心病患儿。纳入标准：年龄小于 3 岁，确诊为先心病且需外科手术治疗者；照顾者意识清楚，视听功能良好，知情同意。排除标准：IV 级心功能不全；合并严重其它脏器功能不全；合并其它系统疾病；术后出现严重并发症；基础营养状态差（体重低于同年龄组正常儿童标准值的 50% 者）。共入选患儿 400 例，其中男 226 例，女 174 例；年龄小于 3 岁；其中室间隔缺损 (VSD) 125 例，房间隔缺损 (ASD) 120 例，法洛四联症 (TOF) 60 例，动脉导管未闭 (PDA) 75 例，卵圆孔未闭 (POF) 20 例。用序贯随机的方法分为对照组和观察组各 200 例。两组患儿年龄、性别、疾病构成及手术方式比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。本研究获本院伦理委员会审核批准。

2. 方法

2.1 对照组：实施常规护理，包括严密观察患儿生命体征，给予饮食、心理方面的指导。对照顾者讲解抱患儿姿势、喂奶及叩背方法，给予心理护理，缓解紧张焦虑情绪。

2.2 观察组：观察组在常规护理的基础上对先心病患儿术后转出监护室之前，对照顾者进行适应性训练联合微视频宣教，以利于照顾者有充分的时间掌握看护要点。具体实施分三个阶段进行，第一阶段（微视频播放）：视频内容包括先心病患儿术后照顾者需要掌握的理论知识、基本技能及各种管道及呼吸道护理相关知识。第二阶段（适应性训练）：由工作经验丰富的护士协助模拟人（婴幼儿）

仰卧于病床上，模拟各种管道护理方法，抱患儿姿势、喂奶及叩背方法。①管道护理归纳为“管道四步骤”：a 观察，穿刺点有无红肿、渗液、皮肤是否溃烂；b 测量，测量管道外露长度；c 干燥，保持敷料清洁干燥；d 固定，妥善固定管道，抱患儿时如何避免管道牵拉。②抱患儿姿势：患儿半卧位，头部抬高 60 度。③叩背方法：患者取半卧位或者侧卧位，操作者将手固定成隆掌空状，即手背隆起，手掌中空，手指弯曲，拇指紧靠示指，有节奏地从肺底至下而上，由外向内轻轻叩打。护士按护理常规操作，照护者一旁观看，观察操作要点。第三阶段（实践体验）：照护者亲自操作，用模拟人替代患儿，让照护者按照护士的操作要点护理管道，抱孩子，喂奶，叩背，护士一对一进行指导，直到照护者掌握为止。适应性训练联合微视频宣教每周组织 3 次，参加人员为术前或术后未转回普通病房的先心病患儿照护者，可重复参加，直到掌握护理要点为止。

3. 评价方法

比较两组患儿术后吃奶呛咳次数、吸氧时间、住院日以及照护者的焦虑度和满意度。家长满意度分为不满意、满意、非常满意，满意度 = (满意例数 + 非常满意例数) / 总例数 × 100%。焦虑自评量表由 20 个项目组成，焦虑的临界值标准值为 50 分，其中伴发焦虑情绪（即 SAS 标准分 > 50），轻度焦虑（60 > SAS 标准分 > 50），中度焦虑（70 > SAS 标准分 > 60）重度焦虑（SAS 标准分 > 70），研究结果显示 Cronbach' α 系数为 0.847。

4. 统计学方法

统计采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析。计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用 *t* 检验，计数资料采用百分率表示，组间对比采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

三、结果

1. 两组患儿术后恢复情况比较：结果表明，观察组患儿术后呛咳情况低于对照组、吸氧时间低于对照组、住院时间低于对照组，两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。（详见表 1 和表 2）

表 1 两组患儿术后恢复情况比较

组别	例数	吸氧时间 (h)	住院日 (d)
观察组	200	24.1 ± 3.8	10.9 ± 1.9
对照组	200	35.5 ± 2.1	12.5 ± 1.4
<i>t</i>		2.12	0.98
<i>P</i>		< 0.05	< 0.05

2. 两组照护者满意度情况比较：结果表明，观察

组照护者护理的满意率 (96.7%) 较对照组 (76.7%) 更高， $P < 0.05$ 。具体结果见表 2。

表 2 两组患儿呛咳情况和家长满意度情况比较

组别	例数	呛咳情况		照护者满意度情况			
		呛咳 (n)	呛咳率 (%)	不满意	满意	非常满意	满意率 (%)
观察组	200	1	0.50	1	5	24	96.7
对照组	200	6	3.0	7	15	8	76.7
χ^2		3.584		234.0			
<i>P</i>		0.058		0.000			

本研究发现，先心病患儿术后，照护者通过适应性训练联合微视频宣教，观察组患儿术后吃奶呛咳次数低于对照组、吸氧时间低于对照组、住院日低于对照组，照护者满意度以及焦虑程度两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这表明适应性训练联合微视频宣教对先心病患儿术后恢复有显著的效果。随着先心治疗技术的不断发展，先心病手术患儿趋向于低体重、低年龄，因照护者缺乏护理经验导致惧怕、焦虑，照护者术后见到患儿时手足无措，因此，在患儿转回普通病房前采用适应性训练联合微视频宣教对照护者进行干预，提前让照护者掌握照看患儿的基本技能，有利于提高照护者的参与度，促进先心患儿术后康复。

综上所述，通过临床观察可见，适应性训练联合微视频宣教作为先心病患儿术后简便易行的干预措施之一，对于患儿的术后恢复有着明显的益处，能够有效降低患儿呛奶次数，减少患儿住院日和吸氧时间，提高照护者对护理工作的满意度，值得在临床护理工作中推广。

参考文献

- [1] Almeida LE, Crott GC, Okido MM, et al. Epidemiological@ risk factors and perinatal outcomes of congenital anomalies [J]. Rev Bras Ginecol Obstet, 2016, 38 (7) : 348-355.
- [2] 克里斯纳. 经导管介入治疗儿童先天性心脏病 652 例中远期疗效的单中心回顾性研究 [D]. 广西医科大学, 2018.
- [3] 段雷雷. 先天性心脏病术后呼吸管理及循环维持的临床研究 [D]. 北京协和医学院, 2017.
- [4] Delos E, Roach ES Neurologic complications of congenital heart disease and its treatment [J]. Handb Clin Neurol, 2014, 119 : 49-59 .
- [5] Chiu S N, Shao P L, Chen H C, et al. Risk of Respiratory Syncytial Virus Infectionn Cyanotic Congenital Heart Disease in a Subtropical Area [J] Journal of Pediatrics 2016, 171 : 25-30. e.

新生儿苯巴比妥的用药合理性分析

周宇雪 李 燕 吕 萌 彭诗荣 孙 冲

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：了解住院新生儿患者的苯巴比妥的用药情况及其合理性，为临床合理用药提供依据。**方法：**通过检索河南省范围内5家医院的信息系统内数据信息，随机抽取2018年2、5、8、11月使用苯巴比妥的新生儿病历，并对患儿基本情况、临床诊断、超说明书用药等进行调查分析。**结果：**共抽取病例数768例，其中适应证不合理为32.42%，用法用量不合理为93.49%，超说明书用药为19.40%。**结论：**新生儿苯巴比妥用药存在临床诊断不完善，适应证不合理的情况；用法用量不合理比重较高，建议药师与医师加强沟通交流，减少此类处方的出现；注射用苯巴比妥钠用于新生儿高胆红素血症属于超说明书用药，应当加强管理。

【关键词】苯巴比妥；新生儿；适应证；用药合理性

苯巴比妥为长效巴比妥类药物，其中枢抑制作用随剂量而异，具有镇静、催眠、抗惊厥作用^[1]。苯巴比妥在儿科临床有着广泛应用，近年来，在新生儿科的应用也较多^[2]。新生儿是儿童中的特殊群体，其药代动力学和药效学与儿童和成年人有显著差异，由于其身体各组织器官发育不够成熟，因此，在进行药物治疗时，极易发生不良反应，所以新生儿用药更需谨慎^[3]。而苯巴比妥由于肝药酶诱导作用，以及长期应用时的毒副作用，因而在用药期间需对患儿密切观察，防止不良反应的发生。现对河南部分医院新生儿苯巴比妥用药情况进行调查分析，为临床合理用药提供参考。

1. 资料与方法

1.1 资料与方法

选取河南地区5家开设新生儿病区的医院作为调查单位，抽取2018年2、5、8、11月应用苯巴比妥的新生儿病历进行检索，共计768例。采用Excel 2010软件对患儿性别、出生体重、入院时间、出院时间、苯巴比妥的给药剂量、开始使用时间、停止使用时间、入院主要诊断和出院主要诊断等相关资料进行统计分析。

1.2 合理性评价标准

苯巴比妥使用的合理性参考苯巴比妥的药品说明书、《中国国家处方集：化学药品与生物制品卷

(儿童版)》^[4]、《英国国家处方集(儿童版)》[British National Formulary (Children edition)]^[5]中关于适应证和用法用量等相关的内容。

2. 结果

2.1 基本情况

768例患儿男女比例为462:306，平均入院体重3.32kg，其中早产儿为218例，足月儿为550例。

2.2 诊断类型

苯巴比妥说明书中的适应证是主要用于治疗焦虑、失眠(用于睡眠时间短早醒患者)、癫痫及运动障碍，也可用作麻醉前用药。结合《中国国家处方集：化学药品与生物制品卷(儿童版)》、《英国国家处方集(儿童版)》，苯巴比妥在新生儿中的使用主要是治疗惊厥持续状态。所调查的768例患儿的主要诊断及所占比例见表1。

表1 苯巴比妥诊断类型分布

用药诊断	例数(n)	构成比(%)
脑损伤(含新生儿缺氧缺血性脑病46例)	177	23.05(5.99)
高胆红素血症	174	22.66
早产儿	155	20.18
新生儿肺炎	80	10.42
新生儿窒息	62	8.07
新生儿败血症	55	7.16
新生儿惊厥	29	3.78
糖尿病母亲婴儿综合症	11	1.43
新生儿低血糖	7	0.91
围生期感染	4	0.52
咽下综合征	4	0.52
消化道疾病	4	0.52

作者简介：周宇雪，硕士研究生，主管药师

基金项目：2018年度河南省科技攻关项目(项目名称：河南省住院新生儿超说明书用药现状调查及支持体系构建；项目编号：182102310422)

用药诊断	例数 (n)	构成比 (%)
心律失常	3	0.39
梅毒儿	3	0.39
合计	768	100.00

2.3 用法用量

查阅国内苯巴比妥说明书中对高胆红素血症的使用在片剂中有说明,但是在注射剂以及针剂中并未有此适应证。苯巴比妥用于抗高胆红素血症,每次按体重 $5 \sim 8\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,分次口服;用于惊厥持续状态,初始量每次 $15 \sim 20\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,以后每次 $2.5 \sim 5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,一日 $1 \sim 2$ 次。注射用苯巴比妥钠用于抗高胆红素血症属于超说明书用药。而在抽查的病历中,仅有 6.51% 的病历符合苯巴比妥给药方案中先给予符合剂量然后维持治疗,718 份病历直接给予维持剂量用药。

2.4 苯巴比妥使用的合理性

在本次研究中的 768 例患儿,适应证不合理使用共 235 例,占比为 30.60%,用法用量不合理 718 例,占比为 93.49%。另有部分超说明书用药的处方,占比为 19.40%,主要为高胆红素血症使用注射用苯巴比妥。

表 2 苯巴比妥的使用的合理性

具体分类	例次	构成比 (%)
适应证不合理	249	32.42
用法用量不合理	718	93.49
超说明书用药	149	19.40

3. 讨论

苯巴比妥属于长效作用的巴比妥类药物,主要抑制中枢神经系统,特别是对脑干网状结构上行激活系统有直接抑制作用,减弱传入冲动对大脑皮质的影响,促进大脑皮质抑制过程,降低大脑皮质兴奋性,产生镇静、催眠、抗惊厥作用。

苯巴比妥用于新生儿惊厥属于一线治疗药物。随着对药物苯巴比妥的深入研究,发现它除了用于镇静、催眠、抗惊厥外,其显著的脑保护、降颅压、预防反复高热惊厥等作用也受到了临床学者的关注,一项多中心的研究表明苯巴比妥对早产儿脑室内出血具有良好的预防作用,尤其可以肯定苯巴比妥在稳定病情、减轻脑室内出血严重程度方面的效果,可以推荐对早产儿在出生后早期常规应用苯巴比妥预防脑室内出血,以降低我国早产儿脑损伤发生率。本研究中也发现所抽查的病例中包含早产儿(占比

20.18%),但并未详细描述其他临床诊断,对于其在早产儿中的应用是否获益无法得到确认。

3.1 诊断类型

苯巴比妥在新生儿中的适应证是新生儿惊厥、镇静。而临床上引起新生儿惊厥的病因有很多,目前最主要病因是缺氧缺血性脑病(hypoxic ischemic encephalopathy, HIE),其次是代谢紊乱性疾病,如低血钙、低血糖、低血钠、核黄疸、碱中毒、维生素 B6 缺乏症、尿毒症、低血镁等,颅内感染、颅内出血等,其它原因还包括缺血性脑梗塞,产伤,撤药综合征,神经系统的先天畸形,先天性的代谢缺陷,良性家族性癫痫等,还有部分病因未明。而新生儿惊厥危险因素则包含产前孕母妊娠期糖尿病等。

本研究根据引起新生儿惊厥的原因并结合患儿的临床情况,对比 768 例用药,对临床诊断进行不重复分类统计,诊断类型中新生儿败血症、缺氧缺血性脑病、脑损伤、出生窒息、围生期感染、新生儿低血糖等均为引起新生儿惊厥的主要原因,因此将这些诊断列入新生儿惊厥范畴,适应证不存在不合理性,这一结果不可避免地存在主观性。而 155 份病历均使用苯巴比妥钠作为早产儿用药,并未详细填写其他相关临床诊断;80 例用于新生儿肺炎,也未填写其他临床诊断,存在适应证不合理现象。咽下综合征,消化道疾病,心律失常,梅毒儿也未填写其他临床诊断,存在不合理现象。

而在临床当中,如何准确判定新生儿惊厥及其严重程度并给予药物治疗,也是新生儿科医生面临的困难问题。对于是否预防性应用抗惊厥药物,Singh 等对 22 例惊厥新生儿出生后 6h 进行预防性应用苯巴比妥,结果表明,虽然可以减少新生儿惊厥的发生,但不能降低新生儿死亡率和改善神经系统预后。也有相关指南表明,预防性应用苯巴比妥并不能降低足月儿的病死率和严重伤残发生率,但惊厥可引起脑的进一步损伤。但是也有研究表明对于有惊厥高危因素的早产儿,出生后应给予预防性应用抗惊厥药物,减少惊厥发生,预防惊厥所致的脑损伤。因而是否预防性使用抗惊厥药物,国内外临床研究并未形成一致意见。

3.2 用法用量

苯巴比妥说明书中未标注新生儿人群用药剂量,《中国国家处方集儿童版》和《英国国家处方

集(儿童版)》对新生儿用量的叙述为:初始量为初始量一次 $15 \sim 20\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,以后每次 $2.5 \sim 5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,一日 $1 \sim 2$ 次。所抽查的病历中仅有50例采用负荷剂量治疗,718例采用只采用维持疗法剂量进行治疗,占比93.49%,在临床工作中能否起到较好的抗惊厥作用还需进一步和临床进行沟通验证。分析用法用量不合理比重较高的原因主要是一方面临床存在不合理使用,另一方面也可能与病例收集过程中数据收取存在一定的关系,一部分负荷剂量治疗在数据收集中可能未在统计范畴造成的。

有研究表明,新生儿期体内苯巴比妥的半衰期较长,给1次负荷量后易于维持血中有效浓度,对呼吸中枢的抑制作用相对较小,临床应用比较安全。苯巴比妥在新生儿中应用剂量过大时可出现嗜睡、吮奶少、肌张力降低,更严重者可出现呼吸抑制、心动过缓、血压下降、昏迷,甚至死亡。在临床使用时应密切监测血药浓度水平,避免引起苯巴比妥中毒。苯巴比妥由肝脏代谢肾脏排出,肝、肾功能的改变可影响药物的代谢和排泄而导致中毒,有条件的医院还需进行血药浓度监测。

3.3 苯巴比妥在新生儿中不良反应

苯巴比妥为长效巴比妥类药物,对中枢神经系统有广泛抑制作用,长期用药可使精神或躯体产生药物依赖性。当新生儿抗惊厥使用负荷剂量时,应注意监测患儿血浆苯巴比妥药物浓度,评估是否存在药物毒性作用。有研究表明,苯巴比妥在成人的半衰期为100h,但足月和早产儿分别为103h和141h,相对延长,这也表明对应用苯巴比妥患儿进行血药浓度监测是必要的,同时在使用过程中也需警惕苯巴比妥与其他药物间的相互作用。

新生儿是特殊的儿童群体,其药代动力学和药效学与年长儿和成年人有显著差异同时由于新生儿药物临床试验存在费用高、风险大、伦理学问题及受试者招募困难等问题,新生儿临床用药研究仍亟待加强^[3]。因而在医院实际工作中新生儿科医师及临床药师有必要加强合作并且加大新生儿用药研究,确保新生儿用药的安全性和有效性。

4. 结论

综上所述,本研究收集的新生儿苯巴比妥的使用适应证及用法用量两方面存在不合理用药的现象,注射用苯巴比妥钠在用于新生儿高胆红素血症中存

在超说明书用药现象。药品说明书的更新一般落后于临床医学实践的发展,尤其是新生儿的临床研究较少,导致超说明书用药的普遍存在,由于药品说明书并不能代表医疗水平的前沿,因此超说明书用药不能等同于不合理用药。但应警惕超说明书用药会增加药品不良反应发生几率,医院尽快建立更完善的超说明书用药管理体系,如对超说明书用药按照用法用量、超适应证等进行分级管理,对超说明书用药的处方定期进行点评,临床药师对已经备案的超说明书用药应当持续关注并监测不良反应。新生儿处于快速生长发育期,每日间的个体内差异亦很明显,临床医师应根据患儿情况,及时对临床诊断进行更新,规范开具处方。此外,考虑到新生儿生长发育特性以及苯巴比妥药物的特性,可结合药物治疗监测等技术手段开展个体化药物治疗。在下一步研究中还可开展新生儿苯巴比妥的群体药动力学研究,为苯巴比妥的个体化用药提供参考依据。

参考文献

- [1] 陈新谦,等.新编药理学[M].第17版.北京:人民卫生出版社,2011:228.
- [2] 李茂勇,秦立莉.苯巴比妥在儿科的临床应用[J].中国当代医药,2009,16(16):30-31.
- [3] 母得志.重视新生儿临床用药研究[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2015,11(1):1-3.
- [4] 中国处方集编委会.中国国家处方集:化学药品与生物制品卷(儿童版)[M].北京:人民军医出版社,2013:82.
- [5] British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society. British National Formulary for Children[M].2016-2017 edition. London:BMJ Group and Pharmaceutical Press,2016:203.



一例反复口腔溃疡、发热、关节疼痛患儿的典型病例讨论

时 间：2020年8月7日

地 点：河南省儿童医院东区医院负一楼学术报告厅

提 供 者：河南省儿童医院肾脏风湿科一病区

主 持 人：副院长张迎辉

参与科室：肾脏免疫科、内分泌遗传代谢科、内科监护室等 23 个科室

一、患儿主治医生汇报病例（摘要）

患儿男，12岁，以“反复口腔溃疡2年”为代主诉入院。2年前无明显诱因出现口腔溃疡，反复发作，伴痛感，间断于当地诊所按“口腔溃疡”予以口服药物治疗（中药、西药均有，具体不详），症状逐渐加重。7月前（2019.12）出现发热，热峰38.6℃，双足跟疼痛，先后至当地诊所给予药物治疗，体温可降至正常，药效过后体温易反复，且伴随双髌关节疼痛，后至当地医院按照“白塞病？”，给予口服“甲泼尼龙片”药物治疗，逐渐减停过程中体温再次出现波动，再次至当地住院治疗，行多学科会诊考虑风湿性疾病可能性大，具体分型不明确，有白塞病可能，予以调整激素用量、加用甲氨蝶呤片及叶酸、钙片治疗，院外仍反复口腔溃疡，未再发热、关节疼痛，1周前自行停用甲泼尼龙片。为求进一步治疗，今由门诊以“反复口腔溃疡（白塞病？）”收入我科。发病以来，患儿精神反应一般，食欲一般，夜眠一般，大便正常，小便正常。

查体：体温：36.9℃ 脉搏：83次/分 呼吸：19次/分 血压：116/72mmHg，神志清，精神反应一般，全身皮肤黏膜无黄染、皮疹、出血点。口腔内多发溃疡，分布于舌根、舌黏膜、颊黏膜、唇黏膜等处，咽充血，双侧扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音，心音有力，未闻及异常杂音。腹平软，无压痛，无反跳痛，未触及肿物，肠鸣音正常。右侧“4字征”阳性，右侧髌关节外旋、外展稍受限，局部无肿胀，无触痛，局部皮温不高，余关节无肿痛，活动自如。病理征及脑膜刺激征未引出。

辅助检查：

	WBC ($\times 10^9$ /L)	RBC ($\times 10^{12}$ /L)	HB (g/L)	N%	NE ($\times 10^9$ /L)	L%	LY ($\times 10^9$ /L)	PLT ($\times 10^9$ /L)
2020.3.16	13.4	-	-	72.9	-	17.1	35.4	-

	WBC ($\times 10^9$ /L)	RBC ($\times 10^{12}$ /L)	HB (g/L)	N%	NE ($\times 10^9$ /L)	L%	LY ($\times 10^9$ /L)	PLT ($\times 10^9$ /L)
2020.3.20	9.7	4.0	104	65.7	6.37	23.5	2.28	355
2020.3.27	10.8	4.12	110	66.4	7.17	22.0	2.38	374
2020.4.22	15.91	4.96	135	66.3	10.55	26.1	4.15	322
2020.7.7	8.6	4.88	127	67.4	5.79	21.7	1.87	284
2020.7.16	9.55	4.62	120	65.1	6.21	22.8	2.18	275
2020.7.24	9.68	4.27	110	68.0	6.58	18.4	1.78	330

	CRP (mg/L)	ESR (mm/h)	PCT (ng/ml)
2020.3.16	35.4	20	< 0.05
2020.3.20	33.48	54.0	0.2 (参考值 < 0.2)
2020.3.27	17.79	66.0	-
2020.4.22	4.6	20.0	0.02
2020.7.7	2.39	43.0	0.036
2020.7.24	37.69	51	0.072

2020.3.20, EB病毒抗体全套：EB病毒壳抗原IgG抗体阳性，余阴性；

淋巴细胞亚群计数：总T淋巴细胞绝对数目2108/u1, NK细胞百分比3.8%, NK细胞绝对数目94/u1, 余无异常；

心电图：窦性心律不齐；

彩超：双侧颈部淋巴结肿大（左侧较大26mm*7mm，右侧较大约13mm*5.4mm）。

髌关节MRI：双侧股骨上段、双侧股骨颈及转子间、双侧髌骨及髌臼、双侧髌髌关节髌髌关节面、双侧髌后上棘、髌前上棘多发病变，考虑炎性改变，双侧髌关节周围肌肉、右侧耻骨肌异常信号，考虑炎性改变。

2020.4.21 骨盆MRI：双侧股骨上段、双侧股骨颈及转子间、双侧髌骨及髌臼、双侧髌髌关节髌髌关节面、双侧髌后上棘、髌前上棘异常信号，对比老片整体范围变化不大，老片所示软组织异常信号，本次检查不明确，基本消退。

2020.7.7, 我院检查

神经元特异性烯醇化酶测定27.180 ng/ml ↑；白介素IL-6 16.67 pg/mL ↑；

胸部CT（2020.7.6, 我院）右肺上叶前段及中叶内侧段可见条片状阴影。T3椎体局部骨质密度欠均匀，上缘边缘毛糙。印象：1. 右肺条片影，2. T3椎体局部骨质密度欠均匀，上缘边缘毛糙，请结合临床。胸部CT（2020.7.7）1. 右肺条片影，2. T3椎体局部骨质密度欠均匀，上缘边缘毛糙，请结

合临床。

双髋及骶髂关节 MRI (2020.7.8, 我院): 双侧髋关节对位可, 左侧髂骨、双侧股骨颈、双侧坐骨及 S1、2 可见片状 T2 压脂高信号, 双髋关节腔内见少许液性长 T2 信号, 关节间隙未见狭窄及增宽, 关节面光整, 关节周围软组织不肿, 骶髂关节双侧对称, 左侧髂骨、双侧坐骨及 S1、2 可见片状 T2 压脂高信号, 印象: 1. 双侧髋关节腔少量积液; 2. 左侧髂骨、双侧股骨颈、双侧坐骨及 S1、2 片状 T2 压脂高信号—骨髓水肿, 请结合临床病史复查;

心脏彩超 (2020.7.7): 主动脉右冠窦略凸向右室侧并局部回声薄弱。

右膝关节 MRI (2020.7.21, 我院) 右膝关节腔及髌上囊内见液性长 T2 信号。前、后交叉韧带连续性可, 未见明确异常信号影。内外侧半月板形态可, 未见明显异常信号。右膝关节诸组成骨未见明确异常。印象: 右膝关节腔及髌上囊积液。

粘膜病理 (2020.7.9): 胃窦部粘膜慢性浅表性炎症, 横结肠黏膜慢性炎症, 嗜酸性粒细胞计数 15 个/HP, 降结肠黏膜慢性炎症, 直肠黏膜慢性炎症, 免疫组化结果显示: HP (-), 原位杂交结果显示 EBER (-), 特殊染色结果显示: 抗酸 (-)。

骨髓形态学 (2020.7.17): 髓小粒 (-), 脂肪滴 (-), 骨髓增生: 活跃, 粒: 红 = 5.16:1, 粒系比值增高, 占 66.0%, 分叶核比值增高, 各阶段粒细胞形态大致正常, 红系比值减低, 占 12.8%, 中晚幼红比值减低, 幼红细胞大小形态大致正常, 成熟红细胞大小形态大致正常, 色素充盈可, 淋巴细胞占 18.8%, 比值正常, 幼淋占 1.6%, 全片见巨核细胞 74 个, 血小板散在或聚集可见。

胸部 CT: (2020.7.25, 我院) 右肺上叶前段仍可见条片状阴影。T3 椎体局部骨质密度欠均匀, 上缘边缘毛糙。对比前片 (DCT200706084) 右肺中叶条片影明显吸收, 上叶条片状略有吸收。T3 椎体情况变化不著。印象: 1. 右肺条片影复查, 2. T3 椎体局部骨质密度欠均匀, 上缘边缘毛糙, 请结合临床。

发热全套 (2020.7.17): 流行性出血热抗体 IgM、IgG 阴性, 肥达氏试验和外斐氏试验无异常, 布鲁菌抗体检测无异常。

入院诊断: 反复口腔炎 (白塞病?)

治疗经过: 入院后给予维生素 B6 静滴, 口腔炎喷剂喷口腔, 康复新液漱口, 头孢他啶抗感染, 继续口服甲氨蝶呤 (10mg qw), 7.18 加用羟氯喹, 甲氨

蝶呤加量为 12.5mg qw (10mg/m²), 7.20 患儿诉右膝关节疼痛, 逐渐加重, 右髋出现疼痛, 疼痛较剧, 追问病史, 于 7.21 加用白芍总苷胶囊, 7.22 加用萘普生。关节疼痛稍缓解, 口腔溃疡无明显好转。7.24 患儿出现发热, 热峰 38.4℃, 发热间隔 12-24 小时, 发热时关节疼痛加重, 热退后疼痛减轻, 复查 CRP 较前升高, 抗生素升级为头孢哌酮舒巴坦。患儿体温好转, 仍有关节疼痛, 口腔溃疡逐渐加重。

二、讨论目的

1. 患儿可能的诊断?
2. 完善哪些检查及采取什么治疗方案?

三、讨论意见 (摘录)

心血管内科苏林博住院医师分析: 患儿以“反复口腔溃疡 2 年”为代主诉入院, 伴间断发热、足跟疼痛、髋关节疼痛, 查体: 右侧“4 字征”阳性, 右侧髋关节外旋、外展稍受限, 局部无肿胀, 无触痛, 局部皮温不高, 余关节无肿痛, 活动自如。CRP 高, ESR 增快, 心脏彩超示主动脉右冠窦略凸向右室侧并局部回声薄弱, 需警惕血管炎; 建议进一步完善血管彩超、CT 血管造影协诊。

患儿主治医师回复: 患儿四肢血管、腹部大血管彩超无异常, 查体未闻及血管杂音, 故不考虑血管炎。

西区普通内科张凌云主治医师分析: 患儿以反复口腔溃疡起病, 病程中出现发热、关节疼痛, 胃肠镜未见异常, 完善相关检查排除感染性疾病、肿瘤性疾病、系统性红斑狼疮、皮炎等, 白塞病可能性大, 建议完善针刺试验, 必要时行胶囊内镜了解全消化道情况。

患儿主治医师回复: 白塞病诊断的必要条件为复发性口腔溃疡, 1 年内发作 3 次以上口疮样或疱疹样溃疡。其他诊断条件为: 复发性生殖器溃疡、典型局限性眼损伤、典型局限性皮肤损害、针刺试验阳性。其他诊断条件中 4 条满足 2 条。该患儿其他条件中前 3 条均无, 平素静脉穿刺时无针刺试验类似皮疹, 即使针刺试验阳性也无法诊断白塞病, 故未做针刺试验。

魏磊主治医师表示:

该患儿后来的检测结果及治疗与大家分享一下。

补充: 双髋关节、骶髂、右大腿 MRI (2020.07.30, 我院) 1.5T 磁共振双侧髋关节平扫 (DMR200729071): 对比前片 (DMR200707043): 1. 双侧

髌关节腔少量积液；2. 左侧髌骨、双侧股骨颈、双侧坐骨及S1、2片状T2压脂高信号—骨髓水肿，其中左侧髌骨、双侧坐骨异常信号较前范围减小，双侧股骨颈及骶骨异常信号较前范围略显著；3. 右侧髌骨旁局部软组织水肿；4. 右大腿MRI平扫未见明显异常。

结合患儿病史、查体及辅助检查，诊断：幼年特发性关节炎（与附着点炎症相关关节炎）。治疗：甲氨蝶呤调整为柳氮磺吡啶，并给予泼尼松（20mg bid, 1mg/kg/d）口服，体温正常，关节疼痛缓解，口腔溃疡逐渐愈合。

刘翠华主任医师总结：患儿以“反复口腔溃疡2年”为代主诉入院，近7月间断发热、足跟疼痛、髌关节、双膝关节疼痛。患儿病史长，患儿关节肿痛，局部软组织无明显肿胀，结合关节MRI结果，白塞病尚不能明确诊断，幼年特发性关节炎可诊断，结合患儿病史，诊断幼年特发性关节炎（与附着点炎症相关的关节炎），可给予非甾体抗炎药、抗风湿病药物治疗；必要时可应用糖皮质激素及生物制剂，多喝水，均衡营养。

副院长张迎辉总结：疑难病例讨论是病种之间、学科之间、理论和实践之间联系的重要平台，旨在切实提高医务人员的临床诊断思维和技能，不断改进医疗服务质量，保障医疗安全，提升医院的整天医疗服务能力。它反映了一个医院对疑难疾病诊治的水平，此类多学科共同参与疑难病例讨论形式有助于尽早明确诊断、制定最佳治疗方案、提高医疗质量、确保医疗安全，是提高诊断率、治愈率的重要措施。

知识链接：幼年特发性关节炎

根据国际风湿病学联盟（ILAR）的定义，幼年特发性关节炎（JIA）是指16岁以下儿童持续6周以上的原因不明的关节炎，此概念代替了以往欧洲沿用的幼年慢性关节炎（JCA）和北美沿用的幼年类风湿性关节炎（JRA）。JIA为儿童时期最常见的风湿性疾病，其疾病的异质性给临床诊断和治疗带来了很大困难。

按照ILAR的定义，JIA的诊断并不困难。JIA的诊断成立后应进一步进行亚型的分类，目前常用的是ILAR2001年提出的JIA分类标准，将JIA分为7个亚型。幼年特发性关节炎为一组原因不明的于16周岁之前发病，症状持续6周以上，与附着点炎症相关关节炎是其中一型。

目前JIA的病因及发病机制未完全阐明，一般认为与感染、遗传、免疫等因素有关，发病机制可能为各种感染作为外来抗原，作用于具有遗传背景等人

群，激活免疫细胞，通过直接损伤或分泌细胞因子，触发机体异常免疫反应，引起自身组织的损伤。

幼年特发性关节炎（与附着点炎症相关关节炎，ERA）临床特征：关节炎合并附着点炎症或关节炎或附着点炎症，伴有以下情况中至少2项：①骶髌关节压痛和（或）炎症性腰骶部疼痛②HLA-B27阳性③6岁以上发病的男性患儿④急性（症状性）前葡萄膜炎⑤一级亲属有强直性脊柱炎、附着点炎症相关的关节炎或骶髌关节炎，伴有炎症性肠病、瑞特综合征或急性前葡萄膜炎。需除外全身型、银屑病、类风湿因子阳性的JIA。关节外的表现：①虹膜炎：表现为眼充血、疼痛、畏光、流泪和视物模糊。②心肺病变：心脏受累不常见，偶尔会出现主动脉瓣关闭不全和非特异性传导障碍。③中枢神经系统病变：比较罕见。④肾脏病变：较为罕见，有报道IgA肾病，部分患儿有肾功能损害和高血压，或者是淀粉样变。

幼年特发性关节炎（与附着点炎症相关关节炎）诊断时需采取排除法，需进一步排除：①明确感染源之前，病程迁延的反应性关节炎②炎症性肠病相关性关节炎③儿童时期反应性关节炎及疼痛综合征泛发性骨骼肌痛（伴轻度附着点炎）。特异性检查如下：风湿六项、HLA-B27、骶髌关节MRI、眼科（裂隙灯）、足MRI、自身抗体谱、ANCA、PPD、T-spot等。

治疗：1、健康教育：维持适当的姿势和步态非常重要。避免脊柱弯曲姿势的体位，如长时间懒散的坐在椅子上，或是斜靠在桌旁等。2、物理治疗：热水澡、热敷改善疼痛和僵硬。3、药物治疗：①非甾体类抗炎药：是治疗本病的基本药物，需定期足量服用。常用的有萘普生、布洛芬等。②传统改善病情抗风湿药：包括甲氨蝶呤、来氟米特、柳氮磺胺吡啶等。③糖皮质激素：在治疗急性虹膜炎时局部应用糖皮质激素是有效的。④肿瘤坏死因子拮抗剂：目前国内常用的有依那西普和英夫利昔单抗。

随访和监测：JIA应定期随访，即使疾病似乎是不活动的。JIA的监测频率基于临床表现和所采用的治疗。监测包括患儿的症状、体征、实验室检查和影像学检查。

预后：一般而言，JIA的病情进展较为缓慢，持续髌关节病预示关节功能预后不良，大约1/3的患儿可发生髌关节破坏或狭窄，最终导致关节强直，需行全髌关节置换。急性虹膜炎一般来说预后良好，个别遗留严重的病变。

参考文献（略）

【名医】漯河市第三人民医院儿科主任牛玉红

座落在风景如画的沙河之滨的漯河市第三人民医院（漯河市妇幼保健院），是一所集医疗、预防、保健、科研、教学、急救为一体的城市二级综合医院和妇幼保健专科医院，也是“全省新生儿筛查工作先进单位”。其中儿科被漯河市卫计委命名为“市级特色专科”。

牛玉红作为漯河市第三人民医院儿科主任，她同时也是一名倍受赞誉的儿科医生。她热爱儿医工作，发自内心地喜欢可爱的孩子们，她最大的心愿就是可以一直守护着祖国的花朵，呵护他们健康成长。从医三十年来，她始终以强烈的责任心，脚踏实地的刻苦钻研精神，视医疗事业如生命，认真对待每一位患儿，珍惜每一个小生命。以良好的职业道德赢得了患儿家属的信任和好评。

作为一名从医三十年的儿科临床医生，她精于学习，勤于实践，精益求精，兢兢业业，成就了扎实的临床经验。为了掌握儿科最新前沿技术知识，提升科室技术水平，多次外出学习进修，积极开展新业务，却无暇顾及自己的家庭。担任儿科主任十余年来，先后开展了儿童哮喘的规范化治疗、儿童脑瘫的康复治疗、儿童内分泌疾病的诊疗等技术。她严格带教，和蔼待人，深得实习生、进修生和同事的敬仰和爱戴。临床工作中，她以高超的技术和博爱精神挽救了无数个危重患儿的生命，让那些家庭重拾希望。想病人之所想，视病人如朋友，她向患儿家长公示自己的电话，24小时接听病患的咨询。面对家庭经济困难的患儿，想尽办法让患儿家庭花最少的钱得到最有效的治疗。对待疑难杂症，及时组织各级会诊，确保患儿得到最及时的救治。为方便学龄儿童就医，她常常放弃法定节假日坚守在岗位。十余年来，她坚持每周六坐诊，未休过双休。遇到危重症患者，无论白天黑夜，无论严寒酷暑，

只要患儿有需要，随叫随到，没有半点犹豫。设身处地为病人着想，全心全意服务每一位患者，让她成为当地患儿家长心目中值得信任的好医生。

牛玉红担任儿科主任10余年来，科室连年被医院评为先进科室，同时也将医院儿科建设成为了市级特色专科。目前科室拥有开放病床60余张，拥有医护人员30余名，主任医师2名，副主任医师4名，主治医师3人，住院医师2人，副主任护师2名、主管护师5名，本科以上学历10人。她在科室建设上倾注了大量心血，尤其注重科室人才队伍建设，即使科室工作再紧张，自己加班加点，也坚持派人员外出进修学习，提高技能。十年来科室技术水平迅速提升，病种也由简单变得复杂多样，各亚专业规范诊疗也呈现良好发展势头。在科室人员管理上，刚柔并济，严格要求业务技术的同时，也让科室人员感到科室如家的温暖。视患者如朋友，尽全力让每个患儿家长都放心满意。三十年来，在业务上精益求精，不计得失，不求名利。在科室建设上呕心沥血，鞠躬尽瘁，成为全科人信赖的好主任、患儿家长公认的好医生。

牛玉红



主任医师，儿科主任，河南省医师协会儿科分会委员，河南省医学会儿科分会心血管学组委员、肾脏学组委员，河南省预防医学会内分泌专业委员会委员，漯河市医学会儿科分会副主任委员，发表论文20余篇，获得市科技成果3项，擅长儿科危重症、儿科呼吸、神经、内分泌疾病诊治，尤其是儿童哮喘诊治有较深的造诣。

症、儿科呼吸、神经、内分泌疾病诊治，尤其是儿童哮喘诊治有较深的造诣。

【名科】邓州市中心医院儿科



邓州市中心医院儿科成立于1984年11月，是邓州市历史最早、规模最大、技术力量最强、功能最全，集医疗、教学、科研、康复、预防保健为一体的综合性科室。是河南省儿童医院和南阳市中心医院医联体单位。也是南阳理工学院，南阳科技职业学院和南阳医专的临床教学基地。

医院儿科现有医护人员123人，其中，高级职称11人，中级职称42人，初级职称70人，硕士研究生2人，床位编制158张；学科分6个亚专业，即：普通儿科、NICU、PICU、小儿康复科、小儿外科专业组、儿科急诊等。拥有有创呼吸机、无创呼吸机、纤维支气管镜、腹腔镜、儿童滑轨悬吊康复单元、经颅磁治疗仪、多功能吊塔、新生儿冷光源黄疸治疗仪、婴儿培育箱、多参数无创心电监护仪等百余台件。年收治住院病人约7000余人次，接诊门诊人次约4万余人次。

近年来，医院儿科在临床实践中严格遵守核心制度、认真落实医疗质量管理相关规章制度，诊疗及护理各项指标均达标。尤其是医院整体搬迁后，

科室注重人才梯队的培养，在小儿呼吸、消化、新生儿、康复等疾病方面的诊疗技术不断完善提高，科室采取“请进来、送出去”等多种形式，不断学习新理论、新技术，选派医护人员外出学习、外请专家讲课、召开学术会议等形式加强教学管理，开展并拓宽新业务，如：婴幼儿哮喘的规范化治疗；小儿纤维支气管镜的临床应用；矮小症的诊断治疗；有创、无创机械通气；冷光源蓝光照射治疗新生儿黄疸；儿童滑轨悬吊康复技术；语言康复训练；小儿针灸康复治疗；小切口疝囊高位结扎术；经腹腔镜疝囊高位结扎术；肠套叠还纳复位术；阑尾切除术等方面，在区域内一直处于领先地位，填补了区域内的多项空白。

近年来，先后发表学术论文二十余篇，形成了一定的学术影响。儿科先后被评为“南阳市医学特色专科”、“邓州市重点专科”、“邓州市危重儿童及新生儿救治中心”、“邓州市青年文明号”、“南阳市青年文明号”、“河南省临床重点专科”等荣誉称号。

【名院】西峡县人民医院



西峡县人民医院是一家集医疗、教学、科研、康复、预防、急救为一体的现代化综合性国家二级甲等医院。医院始建于1950年，目前拥有干部职工1151人，高级职称80人，中级职称207人，卫生专业技术人员1036人；核准床位750张，建筑面积14万平方米，设立32个临床科室、18个医技科室。

医院与河南省儿童医院等多家上级医院建立远程会诊系统。以西峡县人民医院为龙头，全县19个医疗单位建立了医疗卫生健康服务集团，并在集团内成立了远程会诊中心、医学影像中心、心电会诊中心、医学检验中心、消毒供应中心；建成了中国基层胸痛中心、示范防治卒中中心、河南省县级标准化危重孕产妇救治中心、河南省县级标准化危重新生儿救治中心、中国创伤救治中心建设单位五大救治中心网络体系；肿瘤科、儿科、心血管内科、产科4个河南省县级临床医学重点专科。其中儿科成立于2001年，现有医务人员102人，其中主任医师1人，副主任医师8人，主治医师4人，硕士研究生3人，本科学历90人，2008年评为“南阳市临床医学重点专科”，2016年被评为“河南省县级临床重点专科”，2018年荣获河南省县级危重新生儿救治中心。儿科分为普儿一病区、普儿二病区、

新生儿科、小儿康复科、PICU、NICU、门诊治疗中心、儿童保健中心，目前开放病床180张。

医院目前拥有的大型设备有美国GE3.0T核磁共振、美国GE1.5T核磁共振，东芝64排螺旋CT、美国GE64排宝石能谱CT、美国GE16排CT、3100数字化血管减影系统、飞利浦FD系列数字化血管减影系统，双光子直线加速器治疗系统等。开展了心血管介入治疗、脑血管介入治疗、肿瘤血管介入治疗、胸腹腔镜、经内镜粘膜剥离等治疗技术，尤其是心脑血管介入治疗技术处于市内县级领先水平。

门诊综合楼和病房大楼安装有微信支付系统、支付宝支付系统、银行卡支付系统、病人信息查询系统、检查结果自助打印系统等，安装HIS、LIS、PACS、电子病历、移动护士站、护理管理信息化平台、医院感染管理、临床路径、合理用药、不良事件上报、护士到家、24小时保安、消防监控系统、中心供氧、中央负压、智能呼叫系统等信息化网络系统。

医院秉承“关爱生命 呵护健康”的宗旨，以“敬业 创新 诚信 协作”为核心价值观，十四五达到三级综合医院水平为目标，努力打造豫鄂陕毗邻地区具有较强影响力的区域性医疗中心，为山区群众的健康保驾护航。

预防儿童溺水 我们应该怎么做？

暑期很多儿童选择游泳嬉水的消暑活动。由于缺少防范措施、家庭监管等原因，溺水事故时有发生。如何提高防溺水意识，防止溺水事故的发生，让青少年安全健康的成长呢？

如果孩子配备游泳圈或者充气玩具，是不是就可以很好地保护孩子安全了？

塑料吹气的水上玩具、游泳圈都只是一种帮助儿童暂时漂浮在水面上的辅助工具或者玩具，不是专业用的漂浮装备。当水流发生变化，或儿童未抓住游泳圈时，游泳圈在水流的推动下可能会突然翻转，导致儿童跌入水中，引发溺水。游泳圈发生漏气也可能发生溺水。所以，吹气的水上玩具、游泳圈不是专业的救生器材，不能保证儿童不发生溺水。家长要牢记，没有任何设备可以代替有效看护。

现在公共游泳池都配有救生员，这样孩子们是不是就安全了？

游泳池救生员的主要职责是维护整个泳池的秩序和安全，使其可以在发生意外的时候，尽可能在第一时间给予救助。因此，他不会专门去看护某一个儿童。而时刻有效看护水中的儿童，是家长的第一责任。

孩子发生溺水时，都可能会有哪些表现？家长该如何识别？

在溺水发生的时候，儿童不一定能够拼命拍水或大喊，反而往往是无声且短暂的。溺水时可能呈现出的状态有以下几种：头离水面很近，嘴巴位于水面。头向后倾斜，嘴巴张开。腿不动，身体垂直于水面。急促呼吸或喘气。双眼无神，无法聚焦。紧闭双眼。头发盖住了额头或者眼睛。试图游向某个方向，却未能前进。试图翻转身体。做出类似攀爬梯子的动作。这样的状态会让人误以为他在游泳、练习憋气、玩水等，而忽略了溺水发生可能。所以，家长应注意识别溺水的表现，并且时刻保持有效看护。

如果孩子发生溺水，该如何教他们自救？

溺水发生非常突然，也很短暂，所以应提前教会儿童自救的方法，其中包括：首先不要惊慌，调整呼吸，待口鼻露出水面后，迅速举手呼救，这一动作，往往会引起专业救生员的注意，从而得救。如果碰到脚抽筋，可以反方向拉伸“抽筋”部位的肌肉，让其伸展或松弛。注意抓住水中漂浮物或者木板等。尽可能屏住呼吸，头后仰，暴露出口鼻，

然后用嘴呼吸。当救援者出现时，不要惊慌抓抱救援者，而是要听从救援者指挥，让他带着游上岸。

文章来源：河南省卫生健康委员会 河南省总工会
河南省疾控中心

发生烧烫伤怎么办

1岁零8个月的小男孩磊磊（化名）因为家人的一个不小心，导致他全身70%面积烧伤。最严重的面部、躯干部已经大面积烧伤，命悬一线。即刻被当地医院转到河南省儿童医院进行救治。经观察发现，孩子大面积烧伤、大出血，并且伴有出血性休克，经专家团队会诊，确认孩子消化道溃疡伴有出血，以及失血性休克。随即，医务人员迅速进入抢救状态，同时组织普通外科、烧伤整形科、消化内科等多科室进行紧急会诊，全力救治孩子。经过近3个小时的紧张操作，手术圆满完成。术后，孩子在外科监护室接受下一步治疗。因为烫伤严重，他依然要度过感染期和修复期两个难关。

“整个手术过程非常精细。孩子是内脏转位，跟平时的解剖位置相反，十二指肠的位置比较特殊，血运丰富，周围很多重要结构，术中要保证胆管、胰头、胰管不受任何损伤，否则就会造成术后十二指肠瘘、胆瘘、胰瘘的发生。”大外科、普通外科主任侯广军说。他同时提醒，一旦发生烧烫伤，一定要牢记五个字：“冲、脱、泡、盖、送”。

冲—将烫伤部位用清洁流动的冷水冲洗30分钟左右，可散去热量，以达到快速降温的作用。

脱—千万不要急忙脱去被烫部位的鞋袜或衣服，否则会使皮肤表皮脱落。要在冷水冲洗、充分湿润的时候，再将覆盖伤口表面的衣物去除，切记小心谨慎，可以用剪刀剪去衣物，千万不可强行剥脱。

泡—将伤处持续浸泡在冷水中10-30分钟，进一步散发热量，如患者是孩童浸泡过程中应注意孩童的体温。

盖—将使用干净无菌的纱布或棉质布类覆盖于伤口，减少外界污染刺激，保持创口清洁。

送—将烫伤者尽快送到可治疗烧烫伤的专业科室进行治疗。

河南省儿童医院宣传科

王晨

科普园地
SCIENCEPARK

第一千二百一十八条 患者在诊疗活动中受到损害，医疗机构或者其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。

注：“及”变成“或者”，意思有很大不同，值得关注。

第一千二百一十九条 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意。

医务人员未尽到前款义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

注：“明确同意”较“书面同意”，方式更灵活，指向也更有针对性、确定性。

第一千二百二十条 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

第一千二百二十一条 医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

注：本条规定了医务人员的注意义务。需注意，认定医务人员是否违反注意义务时，应考虑医疗机构的客观条件及其医疗人员的平均水平，根据其实施医疗行为时所处的特定地域的医疗水准来认定。

第一千二百二十二条 患者在诊疗活动中受到损害，有下列情形之一的，推定医疗机构有过错：

- (一) 违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定；
- (二) 隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料；
- (三) 遗失、伪造、篡改或者违法销毁病历资料。

第一千二百二十三条 因药品、消毒产品、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液造成患者损害的，患者可以向药品上市许可持有人、生产者、

血液提供机构请求赔偿，也可以向医疗机构请求赔偿。患者向医疗机构请求赔偿的，医疗机构赔偿后，有权向负有责任的药品上市许可持有人、生产者、血液提供机构追偿。

注：适应药品上市许可制度，将“药品上市许可持有人”增加至赔偿责任人范围，以切实保障受害人合法权益。

第一千二百二十四条 患者在诊疗活动中受到损害，有下列情形之一的，医疗机构不承担赔偿责任：

(一) 患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗；

(二) 医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务；

(三) 限于当时的医疗水平难以诊疗。

前款第一项情形中，医疗机构或者其医务人员也有过错的，应当承担相应的赔偿责任。

第一千二百二十五条 医疗机构及其医务人员应当按照规定填写并妥善保管住院志、医嘱单、检验报告、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录等病历资料。

患者要求查阅、复制前款规定的病历资料的，医疗机构应当及时提供。

第一千二百二十六条 医疗机构及其医务人员应当对患者的隐私和个人信息保密。泄露患者的隐私和个人信息，或者未经患者同意公开其病历资料的，应当承担侵权责任。

注：增加“个人信息”，并删除“造成患者损害”的表述，更加强患者隐私与个人信息的保护。

第一千二百二十七条 医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。

注：需要进一步的解释或细则的出台，以将该条规定落实到位。

第一千二百二十八条 医疗机构及其医务人员的合法权益受法律保护。

干扰医疗秩序，妨碍医务人员工作生活，侵害医务人员合法权益的，应当依法承担法律责任。

文章来源：法律出版社《民法典条文对照与重点解读》



1. 神迹

法国一个偏僻的小镇，据传有一个特别灵验的水泉，常会出现神迹，可以医治各种疾病。有一天，一个拄着拐杖，少了一条腿的退伍军人，一跛一跛的走过镇上的马路，旁边的镇民带着同情的说：“可怜的家伙，难道他要向上帝祈求再有一条腿吗”。这句话被退伍军人听到了，他转过身对他们说：“我不是要向上帝祈求有一条新的腿，而是要祈求他帮助我，教我我没有一条腿后，也知道如何过日子。”

——学习接纳失去的事实，为失去的感恩，不管人生的得与失，要让生命充满亮丽与光彩。

2. 袋鼠与笼子

动物园管理员发现袋鼠从笼子里跑出来了，于是开会讨论，一致认为是笼子的高度过低。所以决定将笼子的高度加高。结果第二天他们发现袋鼠还是跑到外面来，所以又决定再将高度加高到。没想到隔天居然又看到袋鼠全跑到外面，于是管理员们大为紧张，决定一不做二不休，又将笼子的高度加高。

一天长颈鹿和几只袋鼠们在闲聊，“你们看，这些人会不会再继续加高你们的笼子？”长颈鹿问。“很难说。”袋鼠说：“如果他们再继续忘记关门的话！”

——事有本末、轻重、缓急，关门是本，加高笼子为末，舍本而逐末，当然就不得要领了。

3. 把最坏的日子挨过去

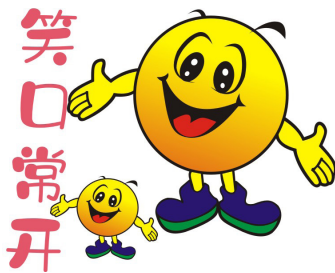
梵高在成为画家之前，曾到一个矿区当牧师。有一次他和工人一起下井，在升降机里，他陷入了巨大的恐惧之中。颤巍巍的铁索嘎嘎作响，箱板在左右摇晃，所有的人都默不作声，听凭机器把他们运进一个深不见底的黑洞，这是一种进地狱的感觉。事后，梵高问一个神态自若的老矿工：“你们是不是习惯了，不再感到恐惧了”。这位坐了几十年升降机的老工人答道：“不，我们永远不习惯，永远感到害怕，我们只是学会了克制。”

——很多时候不习惯，但要学会克制和忍耐，把最坏的挨过去，剩下的就是最好的。

1. 教师节

教师节快到了，小红不知道该送给老师什么，于是就跟爸爸说：小刚送了老师束花，说是自个儿家种的；小李送了老师一张贺卡，说是自个儿做的；

小兰送了老师一块蛋糕，说是自个儿烤的。爸爸想了想，拿出100块钱说：把它送给老师，就说是自个儿家印的。



2. 过日子

舍友掏了一个月的生活费，买了一大堆蜡烛在女生宿舍楼下摆个心型，还摆了那个女生的名字，开始喊楼！无奈那个女生残忍拒绝了他……他在无助的痛苦了几十秒之后，迅速用蜡烛重摆了另一个女生的名字，又开始喊楼，这次居然成功了。我问他女友为什么答应他？她说：“我就是怕浪费了那些蜡烛，看他也是个会过日子的人……”

3. 郁闷的农场主

一个给农场喷洒农药的飞机驾驶员不小心把飞机撞到了电线杆上，结果把机翼给撞坏了。回来后农场主狠狠的批评了他，威胁要辞退他。郁闷了一天的他一下班就来到农场附近的一家酒馆，对服务员喊到：上一杯啤酒。啤酒上来后，他一尝，竟然热乎乎的，他怒道：“没有冰啤酒吗？”服务员：“对不起先生，上午有个白痴开飞机把电线杆给撞倒，我们已经停电一天了。”

4. 犯人家属

一天，衙役问犯人：“你被关了四年，你家人却一次也没来看望过你，是不是有点过分啊！”

犯人说：“他们也不想的啊，可是谁能从这牢房里出来呢？”

5. 掌声

小学时学到圆周率，老师教到小数点后10位左右，我自认为背得很好，能背到30位。有天老师提问让背圆周率，我美滋滋地举手，还加了句：“我能背到小数点后30位，3.14159265358979……”忘了，又接上我爸的手机号、我妈的手机号、我家的电话号码、我的QQ……实在没得说了时，教室里响起热烈的掌声，我自己都差点信了……

6. 手术简单

病人从手术室逃出来，找到院长控诉：“我一进去就听护士说：别害怕，勇敢些，阑尾切除手术是很简单的。

院长：“说得没错啊，怎么了？”

病人：“可是她是跟要给我做手术的医生说的！”

河南省医院协会儿童医院（科）分会 常委以上人员名单（89人）

主任委员

周崇臣 河南省儿童医院

副主任委员（17人）

刘玉峰 郑州大学第一附属医院
高丽 河南省人民医院
王军 郑州大学第三附属医院
黄蔚茹 开封市儿童医院
王培山 新乡市中心医院
牛锋 许昌市中心医院
陈新 安阳市妇幼保健院
杨达胜 新乡医学院第一附属医院
赵柏丽 洛阳市妇女儿童医疗保健中心
王丙增 河南大学第一附属医院
娄丹 河南科技大学第一附属医院
田泽允 濮阳市妇幼保健院
任书伟 信阳市中心医院
张君平 三门峡市中心医院
韩传恩 商丘市第一人民医院
米云鹏 驻马店市中心医院
丁显春 南阳市中心医院

常务委员（69人）

史长松 河南省人民医院
罗强 郑州大学第一附属医院
宋红 郑州大学第二附属医院
张成云 郑州市第一人民医院
刘静炎 郑州市中心医院
庄探月 郑州人民医院
魏艳 郑州第七人民医院
于凤琴 郑州市妇幼保健院
刘启芳 郑州市金水区总医院
王育新 解放军第一五三中心医院
申孟平 郑州大桥医院
贺双文 巩义市人民医院
黄红霞 登封市妇幼保健院
王慧琴 登封市人民医院
陈建涛 新密市妇幼保健院
张凯 中牟县人民医院
申炎杰 荥阳市妇幼保健院
赵丽霞 新郑市人民医院
张曦 开封市儿童医院
孙永法 洛阳市中心医院
赵瑞卿 新乡市妇幼保健院
可秋萍 新乡市中心医院
孔德庆 新乡市解放军第371中心医院
李同川 濮阳市妇幼保健院

张敬芳 濮阳市人民医院
和俊杰 濮阳市油田总医院
李庆斌 驻马店市第一人民医院
王新华 驻马店市中心医院
陈丽娟 解放军第159中心医院
胡海云 泌阳县人民医院
杨杰 平舆县人民医院
赵继民 汝南县人民医院
薛伟 信阳市中心医院
王卫 商城县人民医院
王振西 焦作市妇幼保健院
刘艳霞 平顶山市第一人民医院
杨团国 汝州市妇幼保健院
孙京电 汝州市第一人民医院
杨建新 栾川县人民医院
张俊丽 鲁山县人民医院
李艳娜 郟县妇幼保健院
赵延军 宝丰县人民医院
袁向东 商丘市第一人民医院
祝亮 永城市中心医院
赵亚冰 永城市人民医院
郭长根 漯河市第二人民医院
付博 兰考第一医院妇儿医院
章德峰 柘城县人民医院
董玉斌 周口市中心医院
闫耀生 西华县人民医院
李宗尚 禹州市人民医院
徐静鸿 鹤壁市人民医院
赵明志 鹤壁市妇幼保健院
李跃军 漯河市中心医院
宋丙安 临颍县人民医院
王晓莉 许昌儿童医院
万雅平 襄城县人民医院
曹焕珍 中国水利水电第十一工程局三门峡医院
张迎辉 河南省儿童医院
成怡冰 河南省儿童医院
尚清 河南省儿童医院
侯广军 河南省儿童医院
熊虹 河南省儿童医院
康文清 河南省儿童医院
沈照波 河南省儿童医院
陈国洪 河南省儿童医院
李小芹 河南省儿童医院
金志鹏 河南省儿童医院
周一博 河南省儿童医院

秘书（2人）

吴红燕 河南省儿童医院
高静 河南省儿童医院

河南儿科医疗联盟成员单位（199家）

首批医疗联盟成员单位（64家）

- | | | |
|------------------|-----------------|--------------------|
| (1) 河南省儿童医院 | (22) 中牟县妇幼保健院 | (44) 汝州市第一人民医院 |
| (2) 郑州市第一人民医院 | (23) 郑州市金水区总医院 | (45) 汝州市妇幼保健院 |
| (3) 郑州市第二人民医院 | (24) 郑州圣玛妇产医院 | (46) 许昌市中心医院 |
| (4) 郑州市第三人民医院 | (25) 郑州颐和医院 | (47) 许昌儿童医院 |
| (5) 郑州大学附属郑州中心医院 | (26) 信阳市中心医院 | (48) 襄城县人民医院 |
| (6) 郑州市第七人民医院 | (27) 商城县人民医院 | (49) 禹州市人民医院 |
| (7) 郑州市第九人民医院 | (28) 驻马店市中心医院 | (50) 鄢陵县中心医院 |
| (8) 郑州市第十五人民医院 | (29) 泌阳县人民医院 | (51) 商丘市第一人民医院 |
| (9) 郑州市中医院 | (30) 平舆县人民医院 | (52) 柘城县人民医院 |
| (10) 蒙阳市人民医院 | (31) 汝南县人民医院 | (53) 尉氏县妇幼保健院 |
| (11) 蒙阳市妇幼保健院 | (32) 镇平县人民医院 | (54) 杞县人民医院 |
| (12) 登封市人民医院 | (33) 太康县人民医院 | (55) 洛阳市妇女儿童医疗保健中心 |
| (13) 登封市妇幼保健院 | (34) 淇县人民医院 | (56) 栾川县人民医院 |
| (14) 新郑市人民医院妇儿医院 | (35) 安阳市妇幼保健院 | (57) 济源市人民医院 |
| (15) 新郑市妇幼保健院 | (36) 安阳市第六人民医院 | (58) 新乡中心医院 |
| (16) 新密市第一人民医院 | (37) 汤阴县人民医院 | (59) 原阳县人民医院 |
| (17) 新密市妇幼保健院 | (38) 西华县人民医院 | (60) 焦作妇幼保健院 |
| (18) 新密市中医院 | (39) 项城市妇幼保健院 | (61) 温县人民医院 |
| (19) 巩义市人民医院 | (40) 漯河市第二人民医院 | (62) 濮阳市人民医院 |
| (20) 巩义市妇幼保健院 | (41) 临颍县妇幼保健医院 | (63) 濮阳市妇幼保健院 |
| (21) 中牟县人民医院 | (42) 平顶山市第一人民医院 | (64) 濮阳市油田总医院 |
| | (43) 宝丰县人民医院 | |

第二批医疗联盟成员单位（33家）

- | | | |
|---------------|---------------|----------------|
| (1) 周口市中心医院 | (12) 晋城市妇幼保健院 | (23) 洛宁县人民医院 |
| (2) 周口永善医院 | (13) 东明县人民医院 | (24) 洛宁县妇幼保健院 |
| (3) 淮阳县人民医院 | (14) 舞钢市人民医院 | (25) 尉氏县人民医院 |
| (4) 郸城县人民医院 | (15) 舞钢公司总医院 | (26) 开封市第二人民医院 |
| (5) 郑州大桥医院 | (16) 汝州市人民医院 | (27) 兰考县妇幼保健院 |
| (6) 长葛市人民医院 | (17) 鲁山县人民医院 | (28) 兰考县妇儿医院 |
| (7) 禹州市第二人民医院 | (18) 郟县人民医院 | (29) 温县妇幼保健院 |
| (8) 新乡市妇幼保健院 | (19) 西峡县人民医院 | (30) 鹤壁市人民医院 |
| (9) 长垣县人民医院 | (20) 邓州市中心医院 | (31) 浚县人民医院 |
| (10) 永城市人民医院 | (21) 漯河市中心医院 | (32) 滑县人民医院 |
| (11) 三门峡市中心医院 | (22) 临颍县人民医院 | (33) 长治市妇幼保健院 |

第三批医疗联盟成员单位（42家）

- | | | |
|------------------|-------------------|------------------|
| (1) 驻马店市中医院 | (16) 襄城县中医院 | (30) 通许县人民医院 |
| (2) 新蔡县妇幼保健院 | (17) 信阳职业技术学院附属医院 | (31) 武陟县中医院 |
| (3) 遂平县人民医院 | (18) 息县人民医院 | (32) 焦作市第二人民医院 |
| (4) 上蔡县人民医院 | (19) 新乡 371 医院 | (33) 焦煤集团中央医院 |
| (5) 确山县人民医院 | (20) 河南宏力医院 | (34) 沁阳县妇幼保健院 |
| (6) 周口市儿童医院 | (21) 封丘县人民医院 | (35) 孟州市人民医院 |
| (7) 商水县人民医院 | (22) 商丘市第三人民医院 | (36) 博爱县妇幼保健院 |
| (8) 鹿邑真源医院 | (23) 濮阳县人民医院 | (37) 济源市妇幼保健院 |
| (9) 扶沟县人民医院 | (24) 平顶山市第二人民医院 | (38) 鹤壁京立医院 |
| (10) 郑州市第十人民医院 | (25) 邙县妇幼保健院 | (39) 临沧市临翔区妇幼保健院 |
| (11) 新郑市中医院 | (26) 南阳市第一人民医院 | (40) 内蒙古宁城县蒙医中医院 |
| (12) 许昌市第五人民医院 | (27) 漯河市第三人民医院 | (41) 芮城县人民医院 |
| (13) 许昌市建安区妇幼保健院 | (28) 漯河市召陵区人民医院 | (42) 东明县妇幼保健院 |
| (14) 长葛市妇幼保健院 | (29) 漯河市郾城区人民医院 | |
| (15) 禹州市妇幼保健院 | | |

第四批医疗联盟成员单位（60家）

- | | | |
|----------------|----------------|------------------|
| (1) 驻马店市第一人民医院 | (21) 永城市中心医院 | (41) 洛阳市中心医院 |
| (2) 汝南县妇幼保健院 | (22) 永煤集团总医院 | (42) 伊川县人民医院 |
| (3) 平舆县妇幼保健院 | (23) 夏邑县人民医院 | (43) 偃师市人民医院 |
| (4) 沈丘县人民医院 | (24) 睢县人民医院 | (44) 新安县妇幼保健院 |
| (5) 鹿邑县人民医院 | (25) 宁陵县人民医院 | (45) 嵩县人民医院 |
| (6) 荥阳市中医院 | (26) 民权县人民医院 | (46) 汝阳县人民医院 |
| (7) 郑州市第十六人民医院 | (27) 卢氏县人民医院 | (47) 孟津县人民医院 |
| (8) 登封市中医院 | (28) 濮阳市第三人民医院 | (48) 孟津县公疗医院 |
| (9) 许昌市妇幼保健院 | (29) 台前县人民医院 | (49) 开封市中心医院 |
| (10) 长葛市中心医院 | (30) 平顶山市妇幼保健院 | (50) 滑县妇幼保健院 |
| (11) 固始县妇幼保健院 | (31) 叶县人民医院 | (51) 鹤壁市妇幼保健院 |
| (12) 延津县人民医院 | (32) 舞阳县人民医院 | (52) 皖北煤电集团总医院 |
| (13) 获嘉县人民医院 | (33) 南阳市中心医院 | (53) 云南省会泽县人民医院 |
| (14) 辉县市人民医院 | (34) 南阳市第二人民医院 | (54) 云南省会泽县妇幼保健院 |
| (15) 封丘县妇幼保健院 | (35) 新野县人民医院 | (55) 云南省福贡县人民医院 |
| (16) 孟州市第二人民医院 | (36) 新野县妇幼保健院 | (56) 山西省晋城市人民医院 |
| (17) 商丘市妇幼保健院 | (37) 南召县人民医院 | (57) 山西省泽州县妇幼保健院 |
| (18) 商丘市第五人民医院 | (38) 方城县人民医院 | (58) 哈密市第二人民医院 |
| (19) 柘城县中医院 | (39) 浙川县第二人民医院 | (59) 内蒙古伊生泰妇产医院 |
| (20) 虞城县人民医院 | (40) 南阳南石医院 | (60) 郑州叮叮健康服务中心 |

美国心脏协会基础生命支持培训班迎来百期“生日”



2020年9月3日，河南省儿童医院举办基础生命支持（BLS）培训第100期开班仪式暨庆生会，回顾总结了BLS培训基地7年的发展历程和成果，七年间共培训考核学员近1800名。医院院长、党委副书记周崇臣参加活动。

2020年9月16日，河南省儿童医院成为中国康复医学会单位会员



9月23日，郑州市召开版权（著作权）案件信息共建共治共享平台与机制实施方案征求意见及专家论证会。



9月23日上午，郑州市专题召开了贯彻落实《关于加强和改进出版工作的意见》汇报会暨“三审三校”制度专题审读会。

《河南儿科动态》征稿启事

秉承“一切为了孩子”的理念宗旨，我们结缘于“河南儿科大家庭”。在这个“合作、发展、共赢”的平台上，你我拉近彼此距离，促进思维碰撞，汇聚情感交流，共筑“河南儿科是一家”的浓氛围，打造中原儿科蓬勃发展好态势。

《河南儿科动态》由河南省新闻出版广电局批准、河南省医院协会主管、河南省儿童医院主办。自创刊以来，在社会各界的大力支持下，在全省儿科同仁的悉心呵护下，俯瞰医学发展潮流、探寻儿科领域规律、传播最新前沿观点、引领学科业界发展，力争为大家呈现更丰富、更高端的资讯参考，更精彩、更广阔的发展视野。这些年，我们一起办、一起看，我们共进步、同成长。

在此，我们继续寻找那些能为《河南儿科动态》杂志提供稿件的朋友，为我们提供有思想，有深度，有内涵，有嚼头，有看点的分享。期待您的赐稿赐教，期待着您加入《河南儿科动态》大家庭！

一、栏目设置

封面故事、本期看点、分会动态、名家稿件、管理论坛、临床研究、护理实践、药学服务、典型病例讨论、名医名科名院、百科医苑等。

二、征稿内容

业界最新动态报道；儿科领域实践经验、管理创新和相关政策研讨；个案分析；当前新思路、新观点、新看法等。

三、投稿需知

1. 来稿要求选题新颖、观点鲜明、资料准确、说服力强，具有一定的学术交流价值。
2. 作者确保稿件的原创性，不涉及保密、署名无争议。本刊有权对来稿进行必要的删改。
3. 论文的书写格式要求：写清文章题目、作者、正文、工作单位、电话、地址、邮编；多位作者稿件署名时须征得其他作者同意，排好先后次序。
4. 文内计量单位、数字和年代的表示等请采用国际标准或按国家规定书写，如有图片请撰写图片说明并注明出处。
5. 来稿请附作者姓名、工作单位、邮政编码、联系方式，可附与文章相关的图片等。

四、投稿及联系方式

投稿邮箱：hnekdt@163.com（河南儿科大家庭首字母）

网 址：<http://www.zzsetyy.cn/newspaper/viewlist.aspx?id=10>

联系人：高 静 15136260197 0371-85515700

邮 编：450018

编辑部地址：郑州市郑东新区龙湖外环东路33号



《河南儿科动态》编辑部

2020年09月21日