

目 录 CONTENT

封面故事

- “国家区域医疗中心”在河南省儿童医院隆重揭牌 3

本期看点

- 凝聚全省儿科力量 打造国家区域医疗中心“儿科之家”样本 6
河南省儿童医院与鹤壁市人民政府签约 共建鹤壁市儿童医院 8

分会动态

- 全国儿童医院管理年会胜利召开 绩效分论坛算好“管理账” 9
河南省儿童医院当选为河南省医院协会副会长单位 9
喜报：河南省儿童医院获批 2020 年郑州市学术技术带头人 6 人 10
专家组团支援帮扶濮阳市儿童医院建设 12
医联体帮扶下基层 结对帮扶一对一 12
驻马店市中心医院被授予儿童哮喘标准化门诊区域示范中心 13
漯河市二院成功举办豫中南小儿内分泌论坛 14
周口市儿童医院儿童遗传代谢病研究实验室获批为“周口市重点实验室” 14
平顶山市 3 岁以下婴幼儿照护服务指导中心揭牌 15
临颍县妇幼保健院“二甲”医院评审工作圆满完成 16
新安县人民医院获“河南儿科医疗联盟”成员单位授牌 16
宜阳县第三届儿科规范化诊疗高峰论坛召开 17

名家稿件

- 特殊健康状态儿童非免疫规划疫苗接种专家系列共识之一——
轮状病毒疫苗 / 白云骅 等 18

管理论坛

- 基于管理流程的高效编纂医院院志策略研究 / 吴红燕 等 21

临床研究

- 儿童胆总管囊肿术后并发韦尼克脑病 1 例并文献复习 / 侯广军 等 24

河南儿科动态

Henan Pediatric Trends

河南省医院协会
Henan Provincial Hospital Association



2020年12月
2020年第8卷第4期 / 总第31期

凝聚力·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（郑州市区）00024号

封面故事

“国家区域医疗中心” 在河南省儿童医院隆重揭牌

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 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

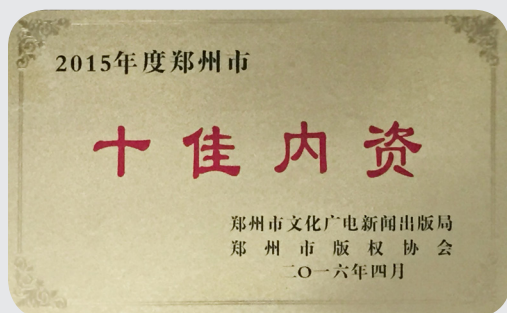
图片编辑：武 豪 杨森淇

河南儿科动态 (季刊)

2020 年第 8 卷第 4 期 (内部资料、免费交流)

总第 31 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](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

78 例婴儿疥疮的临床特点和误诊分析 / 钱革 等 27

0 ~ 3 月龄 B 族链球菌败血症患儿临床特点及药敏分析 / 李雪
琴 等 30

护理实践

以家庭为主导的护理干预对脑瘫患儿照顾者负担及负性情绪的
影响 / 史明慧 等 35

药学服务

克拉屈滨治疗儿童复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症
的循证药学评价 / 邢亚兵 等 38

典型病例讨论

1 例皮肤色素沉着、呼吸困难及低血糖患儿的典型病例讨论 42

名医名科名院

【名医】临颍县人民医院儿科主任赵云霞 45

【名科】宝丰县人民医院儿科 46

【名院】许昌市妇幼保健院 47

百科医苑

法制在线 41

科普园地 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（236 家） 51

封二

河南省医院协会儿童医院（科）分会 2020 年年会暨河南儿科
医疗联盟第二届理事会议 第四届中原儿科发展高峰论坛

封三

郑州大学附属儿童医院 2021 年临床药师培训基地春季招生简章

“国家区域医疗中心”在河南省儿童医院隆重揭牌



国家区域医疗中心建设是深入实施健康中国战略、推进卫生健康领域供给侧改革，着力解决群众看病就医问题的重大举措。自2016年创建国家儿童区域医疗中心以来，河南省儿童医院紧紧围绕“改革整合资源、开放汇聚资源、创新激活资源”的指导方针，实施省市、市院、市校“三个共建”，开展引平台、引人才、引技术、引管理“四引”，与北京儿童医院深度托管合作，与郑州大学融合发展，取得了有目共睹的建设和发展成效。2019年国家启动区域医疗中心建设试点，河南省儿童医院被确定为首批试点建设单位。2020年11月30日，“国家区域医疗中心”隆重揭牌，这是继河南省政府与国家儿童医学中心首都医科大学附属北京儿童医院签署新一轮共建协议，获颁“国家区域医疗中心”牌匾后，再次迎来的历史性时刻，标志着国家儿童区域医疗中心建设迈向新征程。

河南省政府携手

北京儿童医院共建国家儿童区域医疗中心

10月12日，河南省人民政府与国家儿童医学中心、首都医科大学附属北京儿童医院签署合作共建“国家儿童区域医疗中心、国家儿童医学中心河南分中心”协议。河南省副省长戴柏华代表省政府在合作协议上签字。签约前戴柏华会见了国家儿童医学中心主任、北京儿童医院院长倪鑫。

河南省政府副秘书长赵学东、河南省发改委主任何雄、河南省卫生健康委主任阚全程、郑州市副市长孙晓红、北京儿童医院郑州医院执行院长聂小莺、郑州市卫生健康委主任付桂荣、河南省儿童医院院长周崇臣参会。

戴柏华讲到，2017年以来在河南开展的国家区域医疗建设中，儿童区域医疗中心建设进展顺利、

成果丰硕，充分体现了共建共享，也奠定了很好的合作基础。去年以来，国家发改委、国家卫生健康委共同开展区域医疗中心建设试点，这是党中央为全面实施健康中国战略、加快形成区域医疗高地中的一个重大工程。河南省儿童医院成为国家区域医疗中心首批试点建设单位，国家、省、市在政策、资金、改革创新举措等方面都给予了大力支持，通过同北京儿童医院的深度合作，建设高水平的国家儿童区域医疗中心，引领带动区域儿科医疗卫生事业发展。

倪鑫提出，北京与郑州两地儿童医院开展合作共建3年来，省、市党委政府给予了大力支持，医院获批了“三块牌子”，建设成效显著。今天签署新一轮共建协议，是医院历史性的转折点和腾飞的起点。我们将不辜负各级政府的厚望，通过第一个五年的合作共建，立足整个医院的发展需求，明确



未来“十四五”时期规划，选定若干个专业实施“双主任”制，推动国内一流学科，“永远以赶考的心态”，建成立足中原、辐射区域的“第二个北京儿童医院”，向广大儿童交出一份满意的答卷。

此次协议的正式签署，是河南省政府同北京儿童医院合作共建的一个全新的起点，也是3年来两院深度合作的再次升级。北京儿童医院持续输入国家级优质医疗资源，通过资源、平台、信息、人才、技术“五个共享”，提高区域内儿科医疗服务整体水平，完善医院多院区功能定位和规划布局，建成区域高水平儿科临床诊疗中心、高层次儿科人才培养基地、高水准的科研创新和转化平台，辐射带动区域儿科事业高质量发展，降低区域患儿外转率，不断增强人民群众的获得感、幸福感，真正实现“儿童大病不出省”的目标。

河南省儿童医院授牌为首批国家区域医疗中心

10月22日上午，国家区域医疗中心揭牌仪式暨座谈会在厦门成功举行。河南省儿童医院获颁“国家区域医疗中心”牌匾，正式成为全国首批国家区域医疗中心试点单位。国务院医改小组秘书处一级巡视员朱洪彪、国家发改委社会司副司长孙志诚、国家卫生健康委医政医管局监察专员焦雅辉、国家卫生健康委规划司一级巡视员齐贵新、国家卫生健康委医政医管局医疗资源处处长王毅等领导出席揭牌仪式。国家发改委社会发展司卫生健康处处长刘丹主持。

首批10家国家区域医疗中心试点单位所属省市相关领导，输出医院及输入医院的单位负责同志参

加活动并调研座谈。河南省发改副主任郭玮、社会处处长夏志胜，河南省卫健委医政医管处处长李红星等领导参加会议。河南省儿童医院院长周崇臣代表医院接受“国家区域医疗中心”授牌。

此次授牌是国家区域医疗中心建设迈出的一大步，对提升区域疑难危重症诊疗能力、实现分级诊疗制度建设、推动卫生健康事业发展、全力保障人民群众健康具有重大意义。正值医院建院60周年，在众多期盼中，河南省儿童医院捧回国家区域医疗中心这一“国字号”牌子，得益于国家发改委、国家卫健委等部委的指导支持，是河南省委省政府、郑州市委市政府及各有关委办局高度重视、全力支持建设的结果，更是国家对河南省先行先试、探索创新工作的高度肯定。

揭牌仪式在省儿医隆重举行

11月30日，国家区域医疗中心揭牌仪式在河南省儿童医院隆重举行。河南省政府副省长戴柏华，国家儿童医学中心首都医科大学附属北京儿童医院院长、北京儿童医院郑州医院总院长倪鑫，省政府副秘书长赵学东，省卫健委主任阚全程，省发改副主任郭玮，郑州市人民政府副市长孙晓红，郑州大学党委副书记、工会主席、医学院党委书记谷振清，市卫健委主任付桂荣，市发改委二级调研员李福科，河南省儿童医院院长周崇臣，北京儿童医院郑州医院执行院长聂小莺，北京儿童医院专家团队等出席揭牌仪式。

倪鑫指出，国家发改委、国家卫健委授予河南

省儿童医院国家区域医疗中心，迎来再次腾飞发展机遇。医院要加快实现两个目标，一是建成国家儿童医学中心首都医科大学附属北京儿童医院的第二个院区，二是建成国家发改委推出的国家区域医疗中心，力争建成国家卫生健康委推出的国家区域医疗中心。北京儿童医院派驻9个知名学科团队专家任科主任，实施“双主任制”，进一步深化学科发展、人才培养、科技兴科及疑难重症等，让全省疑难重症患儿在河南省儿童医院得到救治，真正实现“病人不动，医生移动”。

阚全程强调，儿童健康事关家庭幸福和民族未来，国家区域医疗中心的揭牌，开启了国家儿童区域医疗中心建设的全新里程，系牢了北京儿童医院与郑州医院紧密合作的纽带。省卫健委将一抓到底，积极推进区域医疗中心建设。希望河南省儿童医院在倪鑫院长的引领带动下，抓牢机遇、奋勇争先，加快医院转型发展和高质量发展，建成高水平国家儿童区域医疗中心，为儿童健康带来福祉。

郭玮指出，区域医疗中心建设承载着全省人民对健康生活的美好期待，希望北京儿童医院一如既往支持郑州，使郑州医院成为与本部“同质化”的“第二个北京儿童医院”。省发展改革委将持续创造良好环境，把儿童医院打造成典范之作、精品之作，让河南儿童在家门口就能享受“国家队”的优质便捷服务，为我省医疗健康事业高质量发展做出贡献。

周崇臣表示，站在历史性新起点，在倪鑫院长的带领下，医院将进一步全面深化合作，持续引入国家优势资源，建成区域高水平的儿科临床诊疗中心、高水准的科研创新和转化平台、高层次儿科人才培养基地，持续探索国家分级诊疗体系建设和公立医院改革的“双试验田”，将这一重点民生工程做实做好，造福区域儿童。

此次揭牌，倪鑫总院长带领11位学术带头人到郑州医院谋划未来发展，并派驻9位重点学科专家担任“特聘主任”，实行“双主任制”管理。“双主任制”即以柔性引进方式，聘请北京儿童医院优势学科专家担任临床科室“特聘主任”，主要承担学科发展、临床诊疗、科研教学、人才培养等任务；现任科室主任担任该科室“执行主任”，主要负责科室管理和行政工作的落实。双方协同工作，融合

发展，为河南培养一支“带不走”的本土学科团队，真正与北京实现一体化管理、同质化发展，带领临床学科可持续高质量发展，打造一批国内一流学科，更好为患儿提供优质医疗服务。同时，心血管急救培训项目河南省儿童医院分中心落户河南，对提高河南儿童急救生命支持的临床诊断和治疗水平具有重要意义。

11月30日下午，周崇臣分别与北京儿童医院内分泌遗传代谢巩纯秀教授团队、肿瘤外科王焕民教授团队、皮肤专业马琳教授团队、脊柱专业张学军教授团队4个知名学科团队签约。自此，河南省儿童医院与北京儿童医院共签约9个知名学科团队、4个深度合作专业。

近年来，在北京儿童医院的带领下，两院推动一体化管理和同质化发展，有效促进了优质医疗资源的扩容下沉，河南省儿童医院取得了平台、技术、科研、人才、教学、管理的大提升，核心竞争力持续增强。截至2020年9月，医院累计收治疑难重症病种104种、覆盖率94.55%（国家标准70%）；累计开展核心技术105项、覆盖率83.33%（国家标准70%）。儿科学在中国医学科学院-2019年中国医院科技量值排行榜排名由2018年第34名提升至2019年第29名。在2018年三级公立医院绩效考核评价中位列全国儿童医院第12名。同时，医院的区域带动力和行业影响力得以极大提升，2019年同2016年相比，前往北京儿童医院就诊的河南门诊患儿下降28.18%、住院患儿下降9.28%，患儿外转率显著下降，河南儿科总体实现了我省提出的“大病不出省”目标。

国家区域医疗中心的揭牌，既是荣誉也是责任，是河南省儿童医院加快转型发展、实现高质量发展的新起点和里程碑。作为深化医改的试验田，要大胆探索、积极作为，发挥好先行者、示范者、标杆者的作用；作为公立医院的排头兵和先锋队，要坚持以人民健康为中心的理念，坚持国家高水平医院的功能定位，为人民群众提供优质、高效、便捷的医疗服务！接下来，国家儿童区域医疗中心建设责任重大、任务艰巨，把它建设好、运营好、发展好，辐射带动区域儿科事业高质量发展，让河南儿童在家门口就能享受到国家级优质医疗服务，才能不辜负各级领导和人民群众的殷切期望！

凝聚全省儿科力量 打造国家区域医疗中心“儿科之家”样本

大机遇 大布局 大发展

12月5日，河南省儿童医院成功举办“河南省医院协会儿童医院（科）分会2020年年会、河南儿科医疗联盟第二届理事会会议、第四届中原儿科发展高峰论坛”。

人民卫生出版社总编辑、编审杜贤，河南省卫生健康委医政医管处处长李红星，郑州市卫生健康委副主任原学岭，河南省医院协会常务副秘书长陈军军，河南省医院协会儿童医院（科）分会主任委员、河南儿科医疗联盟理事长、河南省儿童医院院长周崇臣，河南省医学会儿科专业委员会主任委员、郑州大学医学院儿科教研室主任、儿童重症医学科主任王怀立，人民卫生出版社编辑赵卫华等出席开幕式。北京儿童医院郑州医院执行院长聂小莺主持开幕式。

截至目前，河南儿科医疗联盟成员单位扩容增量突破至236家，覆盖全省各地市、省外周边地区和云南、新疆、广西等边远地区。作为理事长单位，河南省儿童医院将持续引领带动全省儿科的建设发展，促进优质儿科医疗资源下沉，这也是国家儿童区域医疗中心建设的重要内容之一。



注入儿科发展“强心剂”

杜贤讲授《学术传承和人才培养》，整场讲座激励人心，内容博大精深，围绕人才建设主题，就文化传承、后疫情时代反思、新医科改革发展专家共识、教材编写等方面展开阐述，鼓励广大医务工作者积淀、传承、弘扬，勇担学术传承使命，为中国医学教育作出更大贡献。

李红星讲授《以区域医疗中心为抓手打造儿科发展新局面》，以高远站位，围绕儿科发展现状、存在问题、四级中心联动、未来发展思考四个方面，引导大家冷静思考如何抓住当前儿科发展机遇，如何突破瓶颈提升水平。

原学岭致辞，他指出河南省儿童医院作为河南省儿科联盟的牵头单位，为河南儿童健康事业高质量发展作出巨大贡献。河南儿科年会已成为全省儿科同道的“团结盛会”，希望儿童医院把国家儿童区域医疗中心建设项目打造成深化医改的试验田，把“河南儿科之家”建设成发展的新样板，为孩子们提供全方位、高水平、更舒心的服务，为健康郑州、健康中原和国家中心城市贡献“儿科力量”。



陈军军致辞，她强调河南省医院协会儿童医院分会在推动学科建设，提升基层儿科医疗服务能力等方面做出卓有成效的工作。河南省医院协会儿童医院（科）分会和河南儿科医疗联盟都是儿科领域内很好的发展平台，希望大家共同履职尽责、加强管理、交流提高，为我省儿童医疗卫生事业助力添彩。

周崇臣在致辞中提到儿童医院不断迈出医改创新步伐，近日，举行国家区域医疗中心揭牌，与鹤壁市政府签署合作共建“河南省儿童医院豫北分院、河南省儿童医学中心豫北分中心”。儿童医院扎实开展系列活动，让区域孩子在家门口享受到国家优质医疗资源服务，河南患儿到北京就诊量显著下降，实现了“两升两降”，标志着河南儿科分级诊疗实践进入了深入推进阶段。

激发儿科建设“新动能”

12月4日晚，河南省医院协会儿童医院（科）分会2020年预备会暨河南儿科医疗联盟第二届理事会换届选举大会上，周崇臣再次当选为河南儿科医疗联盟第二届理事会会长。联盟成员单位新增39家，包括开封市儿童医院、河南科技大学第一附属医院、广西防城港市妇幼保健院等，达到236家，其中，三级医院44家、二级医院188家、一级医院4家。

河南省儿童医院工会主席王玉英当选为理事会秘书长，医院宋敏、周一博当选为理事会副秘书长。同时，产生了副理事长28人、常务理事85人、理事677人，经过选举分别由各成员医院的院领导、行政职能科室和儿科主任组成。周崇臣为新当选的河南儿科医疗联盟副理事长颁发证书。

周崇臣作年度工作报告，总结分析了儿童分会一年来的工作成就，回顾了河南儿科医疗联盟成立6年来的成果，并对河南儿科总体发展形势和四级儿科中心精心谋划、长远考虑，展望国家儿童区域医疗中心建设新形势。

分享交流获“新体会”

会上，河南省儿童医院向医疗联盟各成员单位免费赠送书籍《儿童健康好帮手》，共计200余套，共同分享知识，交流情谊。《儿童健康好帮手》系

列丛书由人民卫生出版社出版，是国家儿童医学中心北京儿童医院牵头、联合福棠儿童医学发展研究中心20余家成员医院的知名专家共同编写的健康科普类书籍，内容丰富、知识实用、活泼有趣，对广大医务工作者具有一定的指导意义。杜贤、李红星、原学岭、陈军军、赵卫华、周崇臣、王玉英、白晓明、黄河湍分别向儿科医疗联盟成员单位代表单位授书。

把脉学科发展“新方向”

在中原儿科发展高峰论坛上，来自全国的知名“大家”授课，就医院管理、儿科学发展、儿科医疗服务体系建设等热点深入研讨。周崇臣讲授《国家儿童区域医疗中心建设驱动儿童医院高质量发展》，就国家儿童区域医疗中心建设历程、儿童医院高质量发展成效、四级儿科发展目标布局等进行讲解，描绘了大机遇、大布局、大发展的儿科合作共赢蓝图。郑州大学医学院儿科教研室主任、儿童重症医学科主任、河南省儿童神经疾病临床诊疗中心主任王怀立讲授《发热诱发的难治性癫痫脑病》。国家儿童区域医疗中心首都医科大学附属北京儿童医院皮肤科主任马琳讲授《儿童常见皮疹的鉴别诊断》。医院大外科、普外科主任侯广军讲授《努力打造高质量小儿外科团队》。医院大内科主任、内科重症监护室主任金志鹏讲授《小儿内科，大发展》。国家儿童医学中心首都医科大学附属北京儿童医院PICU主任、内科教研室主任钱素云讲授《儿童急性坏死性脑病诊断与治疗进展》。

商丘市第一人民医院院长韩传恩、开封市儿童医院党委书记储进，郑州大学第一附属医院主任医师安金斗、濮阳市妇幼保健院院长李同川，河南省人民医院儿科主任史长松、三门峡市中心医院儿科主任张君平主持论坛。

聚合力、筑梦想、赢未来，站在国家儿童区域医疗中心建设新起点，河南省儿童医院与广大儿科同仁并肩携手，扎实构建河南儿科“四级中心”和国家、省、市、县四级儿科医疗服务体系，奋力建设区域高水平的儿科临床诊疗中心、高水准的科研创新和转化平台、高层次儿科人才培养基地，降低患儿外转就医率，推动优质儿科医疗资源下沉基层，增进全省乃至全国儿童的健康福祉。

河南省儿童医院宣传科 马一禾

河南省儿童医院与鹤壁市人民政府签约 共建鹤壁市儿童医院



12月1日，河南省儿童医院与鹤壁市人民政府签署框架协议，以双方为共建单位建设鹤壁市儿童医院，旨在提升区域内儿童疾病防治能力，减少异地就医，推动卫生健康领域改革发展。省卫生健康委副主任谢李广、郑州市人民政府副市长孙晓红、河南省儿童医院院长周崇臣、工会主席王玉英，以及鹤壁市委书记马富国、市长郭浩等相关负责同志出席签约仪式。

签约仪式上，马富国指出，此次签约是鹤壁卫生健康事业发展的一件大事、喜事，将进一步提升鹤壁乃至豫北地区儿科医疗水平。真诚希望省儿童医院充分发挥资源技术和管理优势，继续在人才培养、学科建设、平台打造等方面提供全方位指导，引领带动区域儿科事业迈上新台阶。

谢李广表示，此次双方合作的签署，是我省深化医改的一次有益尝试，对于合理配置医疗资源、提高基层服务水平、强化儿科体系建设具有积极意义，希望双方进一步创新合作模式，深化开展合作，为全省儿科体系建设积累经验。

周崇臣讲到，河南省儿童医院作为国家儿童区域医疗中心，有责任、有义务引领带动全省儿科的建设发展，积极构建国家四级儿科医疗服务体系，

建设河南儿科“四级中心”，通过签约共建鹤壁市儿童医院，实施资源、平台、信息、人才、技术“五个共享”，快速提升鹤壁市及豫北地区的儿科医疗服务能力。

当天，河南省儿童医院特聘主任——北京儿童医院内分泌遗传代谢科曹冰燕主任、重症医学科李峥主任，与医院康复、呼吸、耳鼻咽喉头颈等专业组成专家团队在鹤壁市开展义诊、查房、授课等多种形式的服务活动。

下午，河南省儿童医院大内科主任金志鹏、新生儿疾病诊疗中心主任康文清、内分泌遗传代谢科主任卫海燕、普通外科二病区主任张现伟为当地百余名基层医生进行专业授课。

鹤壁市委、市政府非常重视儿科医疗卫生事业发展，市委书记专程带队到郑州交流指导，鹤壁、郑州两地政府部门和卫健委多次交流互访。鹤壁市抢抓机遇、快速行动，获省卫健委批复为河南省儿童医学中心豫北分中心。在各级领导的大力支持和各位同道的共同努力下，双方将不断深化合作，把鹤壁市儿童医院打造成全省深化医改的“试验田”和区域儿科医疗合作的“新样板”，为造福区域儿童健康福祉作出新的贡献。

河南省儿童医院宣传科 王 晨

全国儿童医院管理年会胜利召开 绩效分论坛算好“管理账”

9月25日至27日，2020年全国儿童医院管理年会在重庆召开，来自全国儿童医院的医院管理者500余人参加会议。会议以“新形势、新征程”为主题，共同聚焦新冠疫情常态化和新医改形势下儿童医院的发展与创新。中国医学科学院院士樊代明教授，中国医院协会代秘书长田家政，中国医院协会儿童医院分会主任委员、国家儿童医学中心北京儿童医院院长倪鑫等出席开幕式。会议设一个主论坛和绩效管理、投融资建设、健康管理、信息化建设、质控管理、护理管理等9个分论坛。

首先由倪鑫致辞，他提出通过国家儿童医学中心的引领、区域医疗中心的协同、各儿科医疗机构的共同提升，最终实现全国儿科整体协调发展。河南省儿童医院党委副书记、院长周崇臣，副院长张迎辉、张红霞带队10余人参加会议。周崇臣再次当选为新一届中国医院协会儿童医院分会绩效管理专业组组长。他在开场致辞中讲到，中国医院协会儿童医院分会绩效管理专业组成立五年来，全国儿童医院的绩效管理同道在这个平台交流学习，为儿童医院健康发展发挥积极作用。进入“十四五”期间，新一届绩效管理专业组将继续搭好沟通、交流平台，发挥好纽带和桥梁作用，为全国儿童医院可持续发展助力，算好“管理账”。

绩效管理是现代医院管理工作的重要组成部分

分，是医院管理的重要抓手，对于提高医院管理效率和执行力，调动员工积极性增强内部凝聚力具有重要作用。

绩效管理专业组论坛由北京儿童医院郑州医院执行院长聂小莺、苏州大学附属儿童医院党委书记汪健、西安市儿童医院院长李安茂、厦门市儿童医院副院长杨万洪共同主持。

会上，专家、领导围绕“对提升国家三级公立医院绩效考核指标路径的探索”进行精彩授课，为与会人员带来了满满的“干货”。

本次专业组换届共选出51位委员，其中16位书记和院长、14位副院长、3位总会计师、18位财务和经管负责人。

周崇臣同时当选为信息管理专业组副组长、护理管理专业组副组长，副院长张迎辉、副院长张红霞及多位职能科室负责人分别加入各专业组，积极参与各分论坛的交流学习和分享经验。

新形势，新征程。近年来，河南省儿童医院实现医教研协同发展完美嬗变，2019年被确立为国家区域医疗中心建设首批试点单位。切实搭建国家、省、市、县四级儿科医疗服务体系，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，发挥区域辐射引领作用，为儿童卫生事业的发展做出贡献。

河南省儿童医院经管办 付 硕

河南省儿童医院当选为河南省医院协会副会长单位

2020年10月16日-17日，河南省医院协会第三次会员代表大会暨2020年医院管理高峰论坛在郑州成功举行。河南省卫生健康委党组书记、主任阚全程，河南省医院协会创会会长徐晖，中国癌症基金会会长赵平，广东省人民医院党委书记耿庆山、河南省民政厅社会组织管理局局长王凌霄、河南省卫生健康委副主任黄红霞等领导出席大会。大会以“高标准、高质量、高效率”为主题，邀请到30余

名知名学者和管理精英出席会议并作精彩讲座，来自全省的会员代表近600人参加大会。马保根再次当选为河南省医院协会第三届理事会会长。河南省儿童医院院长、儿童医院（科）分会主任委员周崇臣带领副院长徐宏伟、副院长张红霞等一行6人参会，并收获多项集体荣誉和个人荣誉。

10月16日晚上，在河南省医院协会第三次会员代表大会和第三届理事会第一次会议上，周崇臣

成功当选河南省医院协会第三届理事会副会长，1人当选为常务理事，4人当选为理事。作为河南省新冠肺炎救治定点医院，周崇臣代表医院接受领导授书——《2020白衣战士抗疫风采录》。

开幕式上，大会对2019年6个先进分支机构、4个突出贡献奖及20名先进个人进行表彰。周崇臣荣获“2019年河南省医院协会先进个人”。大会以“新时代医院管理与创新”为主题征集到论文近400篇。河南省儿童医院荣获论文优秀组织奖，周崇臣、吴红燕、陈永凤撰写的《“绣花”方法论下的医院精细化管理研究》荣获优秀论文二等奖，徐宏伟、牛广明、胡宇博撰写的《浅谈现代医院建筑趋势及特点》荣获优秀论文三等奖，朱明宇、张红霞撰写的《急危重儿童区域协同救治转诊信息平台项目研究》荣获优秀论文三等奖。医院近年来在公立医院改革中创新突破，在现代医院管理中不断突围，总结提炼的典型经验做法备受肯定。副院长张

迎辉在分级诊疗分论坛上做主题发言，介绍了当前河南儿科面临的形势、机遇挑战与未来发展思考。

近年来，周崇臣担任主任委员的儿童医院（科）分会秉承“河南儿科是一家”的理念，紧跟河南省医院协会的发展步伐，创新开展各类学术活动，打造儿科大会品牌，出版十佳内刊《河南儿科动态》，不断拓宽交流渠道，主动培训业务骨干，推动四级儿科医疗服务体系建设，各项工作扎实有效，在区域内发挥了很好的引领和带动作用，受到了省医院协会的高度认可。

璀璨金秋，相约盛会；责任加身，荣誉赋能。未来，作为儿童医院（科）分会主任委员单位，我们将在省医院协会的正确领导下、在大家的帮助支持下，团结带领广大儿科同道们，搭建良好平台，合作共赢、错位发展，书写河南儿科跨越发展的崭新画卷，奋力建设高水平的国家儿童区域医疗中心，为区域儿童健康保驾护航！

河南省儿童医院院办 高 静

喜报：河南省儿童医院获批 2020年郑州市学术技术带头人6人

10月31日，在郑州市人民政府公布的98名2020年郑州市学术技术带头人名单中，河南省儿童医院有6名同志入选。学术技术带头人，代表着郑州市卫生专业技术人才的最高水平和荣誉，此次入选的6名人员经过层层选拔、在单位推荐、主管部门审批的基础上，经过评选工作领导小组专家评审，最终公示通过，大家分别在专业领域具有较高学术、技术水平，取得比较突出的业绩，发挥了骨干带头作用。近年来，医院不断加大高层次人才培养引进力度，修订完善了人才引培制度规范，完善职称评审、岗位聘任方案，人才管理能力持续提升，人才集聚效应不断彰显。医院柔性引进知名学科团队共17个，高水平专业学者8名，全职引进博士25名（含外籍博士2名），博士硕士增至656人，博硕士占卫技人员的比例由19.79%上升至23.73%，硕士生导师增加至30人，获批政府特殊津贴专家2人、获批省市学术技术带头人13人（累计27人），郑州市医学学科领军人才2人、省市各类人才项目40余人次，为国家儿童区域医疗中心建设提供了强有力的人才保障和智力支持。

方拴锋 副主任医师 儿童保健科主任



硕士研究生，中华医学会儿科学分会第十八届委员会发育行为学组委员、中国医师协会儿科医师分会第四届委员会儿童保健学组委员、中华预防医学会儿童保健分会青年委员；河南省青春期医学与健康委员会儿童发育行为学组组长、河南省残疾协会儿童孤独症专业常务委员。带领科室在儿童

保健及儿童发育行为疾病的诊断及治疗上不断创新进步，年门诊量达8万余人次，业务量处于全省前列。在河南省最早全面开展高危儿门诊随访、干预工作，为减轻高危儿家庭负担作出显著贡献；儿童注意缺陷多动障碍的综合干预治疗、孤独症谱系障碍诊治水平及儿童青少年心理健康促进工作等走在全省前列。主持省部级科研项目1项，参与省部级科研4项，参与共识撰写（执笔）3篇，发表北大

核心论文 3 篇，国家级论文 4 篇。

冯迎军 副主任医师 心血管内科负责人



中华医学会心电生理和起搏分会小儿心律学工作委员会委员、中国医师协会儿科医师分会儿童心血管学组委员、中国医师协会儿童重症医师分会心血管专业委员会委员、中国妇幼保健协会精准医学专业委员会委员、河南省医学会儿科学分会小儿心脏学组副组长。长期从事小儿心血管疾病的临床、教学及科研工作，包括先天性心脏病介入治疗、心律失常射频消融治疗、心肌炎、心肌病、川崎病及儿童晕厥等的基础与临床研究。近 5 年来，获得河南医学科技奖二等奖 1 项，实用新型专利 3 项，主持并结题河南省医学科技攻关计划项目 1 项，参与完成 3 项。以第一作者或通信作者发表中华论文 2 篇，核心论文 5 篇。被评为 2020 年郑州大学附属医院“百名优秀医师”，荣获“出彩河南人”第二届最美医生优秀奖。

周方 副主任医师 消化内科负责人



医学硕士，中华医学会儿科学分会消化学组青年委员、中国妇幼保健学会小儿消化微创学组委员、河南省医学会儿科学组青年委员、河南省医学会儿科消化学组委员、河南省医师协会儿科消化营养学组委员、河南省预防医学会微生态专业委员会委员、河南省免疫学会炎症性肠病专业委员会委员等。英国 Alder Hey 医院访问学者。近 5 年主持省厅级科研项目 2 项，参与国家级及省市级科研项目 6 项，获河南省科技进步二等奖 1 项、郑州市科技进步二等奖 1 项。发表论文 20 余篇。获评“河南省百名优秀住院医师规范化培训带教老师”称号。

王跃生 副主任医师 消化内科



发表中文核心论文 4 篇，国家级 7 篇，获得 2016 年郑州市科技进步奖二等奖、主持 2018 年河南省医学科技攻关计划项目 1 项、参与在研科研项目 4 项，其中 1 项 2020 年国家自然科学基金，1 项 2020 年河南省科技攻关项目，2 项河南省医学科技攻关计划联合共建项目。担任中国医师协会儿科医师分会儿童消化专业委员会委员、消化内镜学组委员、河南省儿科消化学组委员。曾赴洛杉矶儿童

医院学习，擅长儿童消化系统疾病常见病及疑难杂症的诊断与治疗，尤其是儿童胃肠镜检查与内镜下相关治疗技术。获首届医师节十佳青年医师称号。

梅世月 博士 硕士生导师 儿科医学研究所分子诊断平台负责人



长期从事遗传性疾病与感染性疾病领域的临床检验与基础研究工作，能够将基础科研的技术、思路与临床检验紧密结合。在儿童医院建立了完善的、覆盖几乎所有遗传病突变谱系的基因检测技术体系，制定了标准化的数据分析流程和数据解读方案。通过对遗传病的明确诊断，为遗传病临床病例的分层管理，实施有效的精准干预与治疗提供了科学理论依据。在感染性疾病领域，围绕我省儿童常见感染性疾病和疑难与危重病进行分子诊断，为儿童感染性疾病的病原查因、早期诊断、精准用药提供了依据。他踏实工作，尊重科学规律，勇于探索创新，注重国际前沿分子诊断的技术创新和临床的转化，现主持国家、省市级科研项目 4 项，以第一作者或者通讯作者发表 SCI 论文 3 篇，中华系列论文 5 篇，已获得国家发明专利 4 项。

段勇涛 博士 硕士生导师 儿科医学研究所助理研究员



研究方向为免疫治疗、靶向治疗及抗肿瘤、抗炎、抗病毒类药物设计、合成及发现。近年来，以通讯作者、第一作者在 Drug discovery today、European Journal of Medicinal Chemistry、Biochemical Pharmacology 等国际知名期刊先后发表 SCI 论文 30 余篇，H-index 为 12；同时担任 Current Topics in Medicinal Chemistry、Anti-Cancer Agents in Medicinal Chemistry 等多个杂志客座编辑；主持国家自然科学基金、中国博士后基金、河南省科技攻关、河南省卫健委省部共建等各类课题 10 余项；申请国家发明专利 5 项。新型冠状病毒（SARS-COV-2）暴发以来，紧扣专业，与郑州大学、河南师范大学、澳洲莫纳什大学等多家单位合作，筛选抗 SARS-COV-2 新型小分子抑制剂，并以前期工作为基础申报课题，相关研究成果先后在 Drug discovery today、Current Topics in Medicinal Chemistry 等杂志发表。

专家组团支援帮扶濮阳市儿童医院建设

12月18日，河南省儿童医院院长、河南儿科医疗联盟理事长周崇臣，带领义诊专家团奔赴濮阳，参加濮阳市儿童医院成立暨揭牌仪式，开展大型义诊活动。濮阳市人民政府副秘书长王东城，濮阳市人民政府办公室四级调研员南银成，濮阳市卫生健康委党组书记、主任刘翠，濮阳市卫生健康委副主任何美玲，濮阳市第三人民医院（儿童医院）党委书记李铁军、院长高德山等出席活动。



周崇臣向濮阳市儿童医院挂牌成立表示祝贺，这是贯彻我省卫生健康大会精神、落实“每个省辖市建好四所医院”的要求，是濮阳市委、市政府关于加强医疗服务能力建设的战略部署。河南省儿童医院将在规范管理、能力提升、人才培养、学科发展等方面加大支持和引导，带动濮阳市乃至周边儿科医疗服务水平的整体提升。刘翠表示，濮阳市儿童医院的成立是新任务也是新挑战，希望濮阳市儿童医院立足实际立足长远，瞄准省内外先进医院建设标准，把市儿童医院建设成为政府放心、群众满意、社会认可的现代化医院。高德山表示，濮阳市儿童医院的成立是濮阳市第三人民医院走向专科化、

特色化道路的转折点和里程碑。医院将利用好河南儿科医疗联盟的优势，与河南省儿童医院深度合作，加强人才队伍、学科体系等方面的建设。

义诊专家们为当地患儿义诊、查房，仔细为患儿检查，详细解答家长疑问，并向他们普及疾病预防、治疗、康复知识及护理方法。同时，针对疑难病例的诊断和治疗、疑难疾病患儿的评估、科室管理等方面给出指导性建议。河南省儿童医院大内科主任兼内科监护室（PICU）主任金志鹏、肾脏风湿免疫科主任刘翠华、肿瘤外科主任张现伟分别作《儿科常见急症的诊断与处理》《儿童的血尿的诊断思路》《儿童急腹症的诊断》的学术讲座，授课内容干货满满，现场学术氛围浓厚，医护人员纷纷表示受益匪浅。

2016年河南省启动国家儿童区域医疗中心创建以来，大力实施引平台、引人才、引技术、引管理，通过开展省市、市院、市校“三个共建”，河南省儿童医院获批为国家区域医疗中心首批试点建设单位、河南省儿童医学中心，省政府与北京儿童医院签署合作共建协议，北京专家团队常驻郑州实行“双主任制”，国家儿童医学中心将在河南全力打造“第二个北京儿童医院”，建成区域高水平的儿科临床诊疗中心、高水准的科研创新和转化平台、高层次儿科人才培养基地。在我省布局“儿科四级中心”建设中，河南省儿童医院作为全省儿科的牵头单位，坚持“河南儿科是一家”理念，发挥区域引领和辐射带动作用，积极促进优质医疗资源有效下沉，为造福广大儿童作出贡献。

河南省儿童医院宣传科 王雪燕

医联体帮扶下基层 结对帮扶一对一

走进濮阳第三人民医院

10月12日，初冬微寒时节，由河南省儿童医院内分泌遗传代谢科科主任卫海燕带队，麻醉与围手术期医学科副主任医师鲁海兵、普儿外科主治医师徐科，内分泌遗传代谢科副主任医师刘芳、主管护师朱冬梅，组成医联体帮扶团队走入濮阳第三人

民医院，开展了丰富多彩的义诊查房讲学活动。

卫海燕主任走入病房、门诊，为当地科室的发展表示肯定，也提出了中肯意见，为当地疑难患儿的诊疗进行指导。徐科主治医师为住院患儿进行了查房、义诊。刘芳副主任医师对当地患儿进行了义诊。鲁海兵副主任医师、朱冬梅主管护师走入麻醉

科、护理部针对舒适化医疗、护理工作与当地医务者进行了深入的探讨。

上午紧张有序的查房、义诊结束后，下午卫海燕主任、鲁海兵副主任医师、刘芳副主任医师针对当地医务人员需求进行了《小儿内分泌系统疾病概述》、《遗传代谢病基因检测》、《舒适化医疗》进行了专题讲座。

河南省儿童医院多年来坚持的医联体帮扶活动，充分发挥国家儿童区域医疗中心的辐射带头作用，向当地医生传授诊疗、管理经验，将优质医疗资源下沉到基层，促进全省儿科技术水平整体提升。

走进沁阳市妇幼保健院

10月13日，虽天气微寒，淅淅沥沥下着小雨，但挡不住河南省儿童医院开展医联体帮扶活动的热情。此次义诊，内分泌遗传代谢科主任卫海燕带队，新生儿疾病诊疗中心主任康文清、康复医学科副主任马彩云、儿童保健科主任医师朱晓华、内分泌遗传代谢科护士长古建平等专家参与，来到沁阳市妇幼保健院，为当地患儿送去健康和温暖。

帮扶活动如火如荼地拉开了序幕，专家们进行了教学查房及义诊活动。卫海燕为当地患儿进行生长发育评估指导，并对其进行诊治。朱晓华为当地儿童详细评估体格发育及心理行为问题。康文清现场进行疑难病例会诊。马彩云对患儿进行疾病诊断评估及康复指导。古建平与当地护士长交流管理经验。随后，康文清进行了《新生儿黄疸》授课，

其余专家们就学科发展定位、团队建设等方面的问题与当地同行们进行了深入的交流与指导。

走进信阳职业技术学院

11月15日，在河南省儿童医院感染疾病科主任王芳组织下，东三街呼吸科一病区主任黄晗、新生儿内科负责人许邦礼、东区呼吸科呼吸治疗师康平、新生儿重症监护病房护士长蒋名丽一行5人来到红色革命老区——信阳职业技术学院附属医院进行医联体帮扶工作。

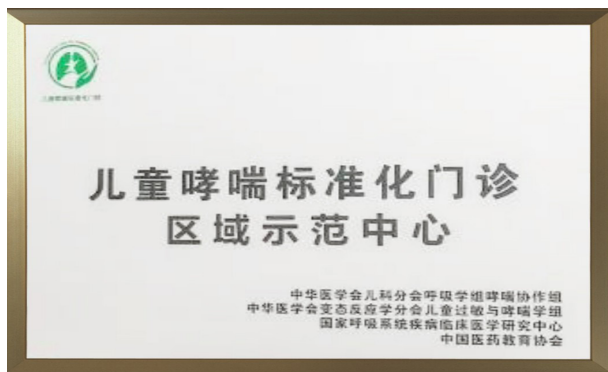
信阳职业技术学院附属医院副院长姜其学参加此次会议并致辞：“冬季正是儿童各种呼吸道疾病高发时期，各个儿科门诊都是人满为患，如何更好的为患儿提供更精准的诊断和治疗，儿童医院的专家为我们带来了最新的，最前沿的治疗方案，此次帮扶犹如冬日的暖阳。感谢河南省儿童医院近几年的无私帮助和指导，让我们的儿科有了突破性发展；河南省儿童医院在自己高水平发展的同时还不忘带动将河南区域儿科的发展。我们会在河南医疗联盟这个平台将我们的儿科发展的越来越好！”

王芳主任针对儿童流感结合2020年儿童流感诊断与治疗专家共识详细讲解，黄晗主任就学龄前儿童喘息及诊治的现状和困难进行分析，许邦礼主任结合大量临床病历讲解新生儿呼吸衰竭的序贯呼吸支持，康平医生讲述儿科肺功能监测的技巧和经验。

来自信阳8县2区的200多名学员参加此次的学习，大家反响热烈，认真聆听记录重点学习内容。

本刊综合报道

驻马店市中心医院 被授予儿童哮喘标准化门诊区域示范中心



12月5日，由中国初级卫生保健基金会、中华医学会变态反应学分会儿童过敏与哮喘学组等主办的“2020年儿童哮喘标准化门诊总结暨2021年工作展望大会”在深圳举办。会上，驻马店市中心医院儿童哮喘标准化门诊被授予儿童哮喘标准化门诊区域示范中心，这是对驻马店市中心医院儿科呼吸系统诊疗团队工作成效的高度肯定。市中心医院小儿内一科主任李红叶赴现场接受表彰和授牌。

据了解，“儿童哮喘标准化门诊”是由中华医

学会儿科分会呼吸学组哮喘协作组与中华医学会变态反应学会儿童过敏和哮喘学组联合牵头的建设项目，是集检查、诊断、治疗、康复、患者教育于一体的规范化综合诊疗中心。而“儿童哮喘标准化门诊区域示范中心”的建立标准高于“儿童哮喘标准化门诊”的要求，体现在区域内的医疗、教学和科研上具有引领作用，在区域内儿童哮喘的规范诊疗和管理方面有很高影响力，具有示范效应。

近年来，驻马店市中心医院儿科一直致力于儿童哮喘的防治管理工作。通过对哮喘的规范化诊疗及管理，建立了医疗团队与患儿家庭伙伴式的关

系，配备专业团队，完善诊疗设施设备，开创科室特色管理，特别是在儿童哮喘的科普教育、环境控制、规范诊疗等方面做了大量工作，取得一定成效。

2019年3月，医院顺利通过国家“儿童哮喘标准化门诊”评审，成为驻马店市首个“儿童哮喘标准化门诊”。通过加强对专科人员的配备和培训、儿童哮喘指南的应用、诊疗流程的持续优化以及信息化管理等，2020年成为全省内四家通过了“儿童哮喘标准化门诊区域示范中心”评审的医院之一，顺利升级为河南省首批“儿童哮喘标准化门诊区域示范中心”。

驻马店市中心医院儿科 张雷 陈毅

漯河市二院成功举办豫中南小儿内分泌论坛

11月29日上午，由漯河市第二人民医院主办的“豫中南小儿内分泌论坛”在市二院学术报告厅成功举办，来自漯河市及周边地市各级医院专家、儿科相关专业医务人员300余人参加本次学术盛宴。

开幕式由漯河市儿童医疗中心主任苏爱芳主持，市二院副院长郭长根出席并致欢迎词。会议特别邀请来自省内外多名儿童内分泌疾病领域专家围绕儿童生长发育的最新学术进展、诊治经验与参会者展开交流。

因疫情原因，会议采用了线上与线下（网络与现场）相结合的形式召开。河南省儿童医院小儿内

分泌遗传代谢科主任卫海燕教授、浙江大学医学院附属第一医院副主任医师朱建芳教授、河南中医药大学第一附属医院儿科主任郑宏教授、漯河市儿童医疗中心主任苏爱芳分别就《甲状腺功能减低症的诊治》《生长激素治疗过程中的随访与监测》《特纳综合征的诊断及治疗》《男性乳房发育诊疗思路》等主题进行了精彩的专题授课。会上专家们授课内容丰富实用，使广大儿科同仁对小儿内分泌疾病有了新的认识和提高，得到了参会人员的一致好评。

本论坛的成功举办，为小儿内分泌遗传代谢领域的同仁们搭建了相互交流的平台，为促进儿童健康事业的发展贡献了一份绵薄的力量。

漯河市第二人民医院儿科 张芳

周口市儿童医院儿童遗传代谢病研究实验室 获批为“周口市重点实验室”

市级重点实验室是周口市市科技创新体系与创新平台建设的重要组成部分，为适应卫生科技和人才培养需求，周口市科学技术局组织专家对申报的重点实验室组织进行了评估验收工作。经过主管部门推进、专家组评审、党组研究、网上公示等程序。最终，周口市儿童医院检验科申报的“儿童遗传代

谢病研究实验室”被批准认定为“周口市重点实验室”。

下一步实验室将按照《周口市重点实验室管理办法》的规定与要求，进一步凝练实验室研究方向，健全内部规章制度，加强人才梯队建设、实验条件建设，结合自身特点，推动科技成果的转移转化。

努力使实验室成为周口市组织高水平基础研究和应用基础研究、聚集和培养优秀科技人才、开展高水

平学术交流的重要基地。为周口市社会经济发展和人才培养做出了重要贡献。

周口市儿童医院

平顶山市 3 岁以下婴幼儿照护服务指导中心揭牌

10月30日上午，平顶山市3岁以下婴幼儿照护服务指导中心（以下简称指导中心）揭牌仪式在市妇幼保健院举行。平顶山市卫健委党组成员、副主任陈运池、人口监测与家庭发展科科长崔进超、妇幼健康科科长董子文一行莅临市妇幼保健院，同医院党政班子、机关后勤干部职工及相关科室医护人员一起参加仪式。在喜庆的气氛中，陈运池副主任和平顶山市妇幼保健院党委书记岳小妹共同揭牌。揭牌仪式由医院副院长李建业主持。



指导中心是为贯彻落实党的十九大报告和《国务院办公厅关于促进3岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》精神，按省、市相关实施意见，在“幼有所育”上不断取得新进展，着力解决好我市婴幼儿照护难、婴幼儿父母安心回归工作岗位难等问题，能够较好促进婴幼儿健康成长和经济社会持续发展。指导中心由平顶山市卫健委批准，陈运池亲任筹备组组长，李建业副院长任副组长，在平顶山市卫健委指导下，经过精心筹备成立的，是生命全周期服务管理的重要内容。

会上，陈运池指出，成立全市性的婴幼儿照护服务指导中心，是为了把《平顶山市3岁以下婴幼儿照护服务工作实施方案》（平政办〔2020〕21号）落到实处，切实做好平顶山市婴幼儿照护服务工作，加强家庭对婴幼儿早期发展指导。平顶山市卫健委决定依托市妇幼保健院的专业优势，将指导中心放

在市妇幼保健院。希望指导中心成立后，要坚持“以人民为中心”的发展思想，认真履行所肩负的职责，切实制定好全市托育卫生保健工作方案并积极推动实施，建立好托育托幼机构卫生保健评价、质量控制体系以及工作规范、标准。定期组织市级业务督导，指导各县（市、区）开展卫生保健工作评价。要建立完善的科学育儿指导体系，指导各类学会及协会下的团体组织开展婴幼儿照护服务相关工作。强化对托幼机构卫生保健工作的业务指导，积极推进婴幼儿照护服务示范机构创建工作、托育机构业务培训、市级儿童早期发展示范基地创建工作。要做好推广儿童早期发展适宜技术，开展研究开发婴幼儿早期发展及科学养育系列课程，提高家庭育儿水平。同时，还要开展婴幼儿健康监测及健康促进研究，建设发展智慧化婴幼儿健康监测平台。各县（区）卫健委要抓紧成立县级指导中心，市直医疗机构、平煤神马集团总医院要积极推荐专家参与，同心协力做好这项工作。

岳小妹在致辞，3岁以下婴幼儿照护服务工作是生命周期服务管理的重要内容，也是当前“全面两孩”政策下广大家长的迫切需求。医院作为公办公益性质的三级妇幼保健院和全市妇幼卫生工作指导中心，肩负着全市妇女儿童健康医疗以及辖区妇幼卫生业务管理、技术支持、教学、科研等任务。指导中心成立以后，市妇幼保健院一定会发挥好儿童健康管理、儿童保健、儿科专家团队专业优势，按照上级要求，履职尽责，规范化、实质性落实全市婴幼儿照护服务工作，为3岁以下儿童的健康成长保驾护航。

婴幼儿照护服务指导中心主任唐晓红代表医护人员做了表态性发言，她表示，将团结带领保健部全体医护人员，不忘初心，牢记使命，积极做好中心的工作，为全市婴幼儿照护服务事业发展贡献全部力量。

平顶山市妇幼保健院宣传科 苗四海

临颖县妇幼保健院“二甲”医院评审工作圆满完成

10月15日，漯河市卫健委副书记、副主任常国印带领省、市级评审专家一行18人，对临颖县妇幼保健院的二甲创建工作进行了为期3天的现场评审，临颖县县长赵丹出席评审见面会并致辞。此次评审分为保健管理、综合管理、临床管理、护理管理、感控药事管理、医技管理6个评审组，按照《二级妇幼保健院评审标准（2016年版）实施细则》要求，专家们通过实地查看、查阅资料、人员访谈、模拟演练、抽查病历和个案追踪等多种形式，对医院进行全方位、多角度、深层次的检查和专业指导。

17日下午，召开了二级甲等妇幼保健院现场评审反馈会，漯河市卫健委副书记常国印、临颖县副县长洪建芳、评审专家组组长崔留欣及省市级评审专家、医院领导班子及全体职工参加了反馈会。在

评审反馈会上，评审专家分别从评审概况、工作亮点、存在问题和改进建议四个方面，对现场评价情况进行了集中反馈。崔留欣教授根据专家组的评审意见，郑重宣布：临颖县妇幼保健院顺利通过二甲现场评审！反馈会现场响起了热烈的掌声，有不少医院职工流下了激动的泪水。

常国印对临颖县妇幼保健院在等级创建工作中取得的成绩给予充分肯定，要求医院按照专家组的反馈意见认真整改，逐条落实，逐项提高，巩固好创建成果。

提升医疗质量永无止境，加强医院管理永远在路上。临颖县妇幼保健院以此次评审为新的起点，按照专家组的反馈意见认真整改，逐条落实，逐项提高，巩固好创建成果，促进医院的综合医疗水平再上新台阶。

临颖县妇幼保健院 毛会春 毛会娜

新安县人民医院获“河南儿科医疗联盟”成员单位授牌

12月4日，“河南省医院协会儿童医院（科）分会2020年年会暨河南儿科医疗联盟第二届理事会”在郑州隆重召开。本次会议的主题是“合力，筑梦想，赢未来——国家儿童区域医疗中心建设新起点”，会议现场进行了河南儿科医疗联盟理事会换届和新增成员单位授牌活动，医院儿科，新生儿科获“河南儿科医疗联盟”成员单位，并现场颁发授牌。

新安县人民医院作为县域医共体牵头单位，儿科是医院的重点专科，加入河南儿科医疗联盟，得到联盟不断的支持与帮助，医院儿科的专业技术力量将会得到更加迅速的发展，业务水平将得到更加迅速的提升。

医院儿科现有医护人员20人，其中主任医师1人，副主任医师4人，主治医师2人，是新安县技术力量最为雄厚、规模最大儿童医疗保健中心。科室设置床位52张，配备心电监护仪6台，微量泵8台，呼吸复苏气囊2套，为儿科危急重症的抢救提供了坚实的保障。病房现有雾化泵18台，复合脉冲磁性治疗仪2台、微波治疗仪2台、排痰机2台，多种方法综合治疗，有效缩短了肺炎患儿的住院治疗时间。中西医结合治疗作为特色专科，对小儿肺炎、腹泻、心肌炎、反复呼吸道感染、营养不良有独到的治疗经验。年收治住院患儿2500余人次，抢救危重病人成功率达95%。多次被医院评为综合管理先进科室、医疗质量管理先进科室。发表医学论文40余篇。

儿科门诊设普通儿科诊室3个、儿童保健及生



长发育诊室 1 个、中西医结合门诊 1 个，以及即将通过省级验收的哮喘标准化门诊 1 个，拥有肺功能仪、骨密度仪、母乳分析仪，0—6 岁的儿童心理生长发育评估系统，雾化室 1 个，拥有雾化桌 12 台，雾化机 40 台，可以开展租泵业务，以最大程度的方便患儿，干净明亮的母婴室、候诊大厅，为患儿及家属提供了良好的就医体验。

新生儿科现有医护人员 18 人，其中主任医师 1 人，副主任医师 1 人，主治医师 3 人，是新安县新生儿、早产儿疾病的诊疗、急救与护理、康复中心。

对于各种新生儿疾病的治疗、急救和护理具有丰富的临床经验和娴熟的护理技术。病区为全封闭式无陪护病房，设有新生儿重症监护中心（NICU）、感染隔离病房。设置标准为高级层流净化病房，分为十万级病房和千级病房两个净化区。拥有早产婴儿培养箱、nCPAP 治疗仪、床边血气分析仪、远红外线辐射抢救台、蓝光箱及蓝光治疗仪、输液微泵、注射泵、心电监护仪等。并设有专门的配奶间和婴儿洗澡间，为新生儿提供清洁、优雅、温馨、舒适的诊疗环境。

新安县人民医院儿科 翟妙琴

宜阳县第三届儿科规范化诊疗高峰论坛召开

同心同行同分享，共识共聚共成长。为推动宜阳县儿科学的快速发展，提升本领域临床医师的专业能力和诊疗水平，11 月 13 日宜阳县第三届儿科规范化诊疗高峰论坛在宜阳县人民医院学术报告厅召开。

会议特邀洛阳市妇幼保健院王冬、洛阳市中心医院孙永法等专家，宜阳县卫健委副主任张瑞霞、宜阳县人民医院院长王武伟出席开幕式并分别致辞。会议由宜阳县人民医院总支副书记许现伟主持。

张瑞霞致欢迎词，她讲到随着经济的发展，儿童疾病的预防及诊治受到越来越多的家长的重视，宜阳县医院儿科作为宜阳县的重点专科为造福全县广大儿童发挥着重大作用，希望全县儿科医生能够再接再厉，继续为全县儿童健康成长保驾护航。王武伟发表讲话，他介绍了县医院儿科的发展历史及目前儿科的科室建设、开展业务情况，重点向大家介绍了儿科康复病区、儿保门诊的规划建设。同时，还开设了儿科夜急诊，全天候 24 小时应诊，满足不同病人的需求，提高了患者的满意度。

洛阳市妇幼保健院儿童康复科王冬主任讲述了《高危儿的早期表现和干预》。通过王主任的精彩讲解，大家对高危儿的定义、诊断及治疗有了新

的认识，让我们了解到如何早期发现宝宝异常，从而早期对其干预治疗，让患儿早期康复，降低致残率。洛阳市中心医院儿科孙永法主任详细讲解了《儿童慢性咳嗽的诊治》，语言幽默诙谐，他从儿童慢性咳嗽的现状、病因、临床特征、诊治流程等方面深入细致的讲解了我们最“熟悉的陌生人—慢性咳嗽”，让我们对慢性咳嗽不再陌生，诊治更加规范。宜阳县人民医院乔慧萍主任带来的《儿童身高管理及身高促进》通俗易懂，详细讲解了家长对孩子身高的误区，身高的测量方法、促进身高的办法，讲解贴合基层医院实际，解决众多家长的困惑。宜阳县人民医院儿科康复病区朱艳平主任带来讲题《快乐康复-1 例康复病例的分享》，通过对一例康复患儿的诊治过程及疗效的讲述，让我们了解到了宜阳县医院儿科康复病区先进的诊疗水平、干净优美的康复环境、业务精湛积极进取的医师团队。

在今后的工作中，医院将继续贯彻习近平总书记在“健康中国”大会上的讲话精神，推进以治病为中心向以健康为中心战略转移，将儿科建设融入医院县域医疗中心建设之中，充分发挥儿科综合诊疗优势，加大投入力度，走中西医并重发展道路，为保障全县儿童身心健康做出应有的贡献。

宜阳县人民医院儿童康复科 朱艳平

特殊健康状态儿童非免疫规划疫苗接种 专家系列共识之一——轮状病毒疫苗

中华预防医学会儿童保健分会疾病预防和疫苗接种学组

婴幼儿轮状病毒 (rotavirus, RV) 胃肠炎是全球严重的公共卫生问题之一。尽管近年来卫生环境方面有了较大程度改善, 感染性腹泻总发病率呈逐年下降趋势, 但 RV 胃肠炎 (rotavirus gastroenteritis, RVGE) 的发病率并未随之有显著改变, RV 仍然是 5 岁以下儿童重度脱水性腹泻的首要致病原^[1]。RV 结构稳定、外界存活时间长、传染性强等特性^[2], 使婴幼儿 RVGE 成为世界范围内的一个严重危害婴幼儿健康乃至生命的公共卫生问题。接种口服 RV 减毒活疫苗 (oral rotavirus attenuated live vaccine, ORV) 是目前公认的预防 RV 感染的有效方法之一, 也是降低婴幼儿 RV 腹泻发病率和死亡率的重要手段^[3]。截至 2020 年 1 月, 全球已有 109 个国家或地区将 RV 疫苗纳入国家免疫规划^[4]。目前, 国内对于正常健康状态儿童已进行广泛的 ORV 接种, 但对于特殊健康状态儿童的 ORV 接种尚未形成共识。因此, 本文将通过分析目前国内使用的 ORV 及其在特殊健康状态儿童中的接种现状, 对早产儿、接受血液制品或免疫球蛋白治疗、人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 暴露、肠道感染及其他已被列为非禁忌证的常见特殊健康状态儿童如何接种 ORV 提出相关思考和建议, 为今后 ORV 接种工作提供循证支持和科学依据。

1. RV 及其感染的临床症状

RV 是一种双链核糖核酸 (ribonucleic acid, RNA) 病毒, 根据其内壳蛋白 VP6 抗原性不同分为 10 群 (A ~ J), 导致人类腹泻的主要是 A、B、C 和 H 群, 其中 A 群 RV 感染为导致婴幼儿腹泻的最主要原因^[5]。呕吐、非出血性腹泻和发热等为患儿感染 RV 后的典型临床症状和体征, 大多数患儿通过治疗和护理均可康复, 但仍有 9.1% 的患儿发生高渗性脱水, 甚至死亡 (0.1%)。此外, 约有 4% 患儿会伴随热性与非热性惊厥, 4% 患儿可能有发热性癫痫发作; RV 感染还可能与 1 型糖尿病、乳糜泻等自身免疫性疾病发病风险上升有关。目前尚无特效的抗 RV 治疗药物, 临床主要采用对症治疗, 同时辅以补锌 (可降低腹泻严重程度和缩短腹泻持续时间)、继续母乳喂养等支持治疗措施。

2. RV 疫苗

羊源单价 RV 疫苗 (lanzhou lamb rotavirus vaccine, LLR) 及牛 WC3 株-人重配五价 RV 疫苗 (pentavalent human-bovine reassortant rotavirus vaccine, RV5) 为目前在我国获批上市的 2 种 ORV (表 1), 分别用于预防婴幼儿 A 群 RV 引起的腹泻和用于预防血清型 G1、G2、G3、G4、G9 导致的婴幼儿 RVGE。见表 1。

表 1 目前国内上市的 2 种 RV 疫苗

中文名 (英文)	通用名	生产厂家	上市国家	上市时间	主要成份	毒株型别	接种对象	免疫程序和剂量	作用与用途
罗特威	口服 RV 活疫苗制品研究	兰州生物	中国所有	2001 年	羊源轮状活病毒 IIR 弱毒株	C10P[15]	2 月龄至 3 岁	每人 1 次口服 3mL。每年应口服 1 次	可刺激机体产生对 A 群 RV 的免疫力, 用于预防婴幼儿 A 群 RV 引起的腹泻
乐儿德 (Rou" Teq)	口服五价重配 RV 减毒活疫苗 (Veo 细胞)	美国默沙东公司	全球 122 个国家和地区	2006 年 (美国) 2018 年 (中国大陆)	5 种人-牛 WC3RV 重配株	G1P7[5]、G2P7[5]、G3PT[5]、G47[5]、G6PIA[8]	6-32 周龄婴儿	全程免疫共 3 剂: 6-12 周龄时开始口服第 1 剂, 每剂接种间隔 4-10 周; 第 3 剂接种不应晚于 32 周龄, 每剂为 2ml	用于预防血清型 G1、G2、G3、G4、G9 导致的婴幼儿 RV 胃肠炎

3. 特殊健康状态儿童接种 ORV 的现状和建议

ORV 是一种减毒活疫苗。针对减毒活疫苗的接种, 2016 年 12 月施行的《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明(2016 年版)》中仅有对 HIV 感染的母亲所娩出儿童及其他免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗儿童预防接种的建议。2019 年 12 月施行的《中华人民共和国疫苗管理法》第四十五条规定, 对有接种禁忌者, 医疗卫生人员应向受种者或其监护人提出医学建议并如实记录。当前, 针对一些常见的特殊健康状态儿童接种已经制订了系列共识, 但针对接种家长或监护人特别关注的每类疫苗在特殊健康状态下的接种并未提出明确接种建议, 导致基层针对特殊健康状态儿童接种 ORV 判定存在一定困难。下面, 将针对目前临床常见的几种特殊健康状态下的 ORV 接种提出思考和建议。

3.1 早产儿接种 ORV 早产儿指孕周 < 37 周的新生儿, 其免疫系统发育不成熟, 母传抗体水平较低。研究显示, 与足月儿相比, 早产儿在出生后因 RVGE 所致的住院风险明显增加; 且出生低体重 (< 2500g) 或极低体重 (< 1500g) 儿童发生并发症的风险最高。世界卫生组织 (WHO)、美国免疫接种咨询委员会 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)、美国儿科学会 (American Academy of Pediatrics, AAP)、欧洲疾病预防控制中心 (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) 建议: (1) 胎龄 > 32 周且临床状况稳定的早产儿可以接种 RV5, 其接种时间表和注意事项与足月龄婴儿相同; (2) 在新生儿重症监护室 (neonatal intensive care unit, NICU) 或病房的早产儿, 如果接种年龄符合且临床状况稳定, 当其从 NICU 或病房出院后即可接种 RV5; (3) 已接种 RV5 的早产儿, 如果在接种后 2 周内需再次收入 NICU 或病房, 则需要隔离并持续至疫苗接种后的 2 ~ 3 周。多项临床试验结果均显示早产儿对 RV5 的耐受性良好。早产儿对疫苗耐受性与足月儿相当, 目前并未在早产儿或极早产儿 (胎龄 < 32 周) 中出现严重不良反应或死亡增加的报告。建议健康早产儿应尽早接种。

3.2 HIV 暴露或感染婴儿接种 ORV 《国家免疫规划疫苗儿童免疫程序及说明(2016 年版)》将

HIV 感染母亲所娩出儿童分为 HIV 感染儿童、HIV 感染状况不详儿童、HIV 未感染儿童。由于 HIV 感染者免疫力抑制, 所以 HIV 阳性的婴儿接种疫苗后, 可能无法获得与正常婴儿同等水平的保护作用。同时, HIV 阳性儿童感染 RV 会增加其腹泻的严重程度, 因此腹泻病也成为 HIV 阳性儿童死亡的主要原因。ECDC 建议感染 HIV 但无症状或轻症的儿童可以在咨询专业医生的前提下接种 ORV。美国 CDC 支持 HIV 暴露或感染的婴儿进行疫苗接种的 2 条理由: 首先, 在首剂 ORV 接种年龄之前, HIV 感染母亲所娩出婴儿可能无法确定 HIV 诊断 (在美国只有 1.5% ~ 3.0% 的 HIV 暴露婴儿被确诊为 HIV 感染); 其次, ORV 的疫苗株为病毒减毒株。

关于 ORV 在已知 HIV 阳性婴儿中的安全性临床试验可获得的数据有限。Levin 等在非洲 4 国对 HIV 阳性 (93% 在疫苗接种前接受了抗逆转录病毒治疗) 和 HIV 暴露但未感染儿童 (HIV-exposed but uninfected infants, HEU) 中开展的 RV5 安全性及免疫原性的随机双盲安慰剂对照试验结果显示, 在 2009-2013 年期间, 202 例 HIV 阳性和 HEU 的婴儿中, RV5 和安慰剂组之间不良事件发生率差异无统计学意义; RV5 组抗轮状病毒 IgA 应答率为 81% (\geq 基线水平的 3 倍), 约为安慰剂组的 2.5 倍 ($P < 0.001$); RV5 组 5 种血清型中的 3 种中和抗体应答均显著升高, 其中 HIV 阳性婴儿对所有 5 种血清型的应答均 \geq HEU 婴儿, 表明 RV5 在 HIV 暴露或感染婴儿中具有免疫原性。

对于免疫功能低下人群, RV 自然感染一般不引起严重腹泻或全身性疾病, 但排毒时间可能延长, 一项研究显示, 因感染 RV 住院的患儿中, HIV 感染者与非 HIV 感染者的疾病严重程度差异无统计学意义, 该研究对 29 例 HIV 感染患儿和 45 例非 HIV 感染患儿完成了至少 3 周的随访, 发现 6 例 (21%) HIV 感染患儿和 2 例 (4%) 非 HIV 感染患儿仍在排毒 (相对危险度为 4.7, 95%CI: 1.0 ~ 21.5, $P = 0.05$), 排毒未伴随腹泻。免疫规划实施者应根据实际情况, 考虑接种 ORV 的潜在风险和收益, 特别是疫苗株的毒力经减弱后, HIV 感染的婴儿服用 RV5 发生不良事件的可能性不大, 且大部分暴露于 HIV 的婴儿并不发生感染。

3.3 接受血液制品或免疫球蛋白儿童接种 ORV 美国 ACIP 认为, 对于适龄婴儿, 在使用包括含抗体血液制品在内的任何血液制品之前、同时或之后

的任何时间均可按照常规推荐的时间表接种 RV5。目前已证实免疫球蛋白会抑制麻疹疫苗的免疫原性，但免疫球蛋白（包括肌肉、静脉注射）不会干扰 ORV 的免疫反应，其主要原因在于被动获得的抗体（免疫球蛋白）可能难以灭活黏膜表面接种的疫苗，因此，ORV 可以同时接种或在注射免疫球蛋白之前或之后的任何时间进行接种。

3.4 急性胃肠炎病史（包括 RVGE 病史）婴儿接种 ORV 美国 ACIP、AAP 建议对未完成全程免疫程序之前患有 RVGE 的婴儿仍应根据患儿的年龄和推荐接种程序开始或完成 RV5 的接种，即既往有 RVGE 病史的婴儿仍然建议全程接种 RV5，因为首次 RV 感染可能仅对后续 RV 感染产生部分保护作用。同时，美国 ACIP、AAP 还明确中度或重度急性胃肠炎婴儿在病情好转前不应接种 ORV，即在 RVGE 急性期的患儿应缓种。轻度急性胃肠炎的婴儿可接种 ORV，尤其是在接种延迟可能使儿童错过接种时间的情况下。

3.5 其他 除上述几类特殊健康儿童外，患其他一些常见疾病的儿童，如生理性或母乳性黄疸、食物过敏、心功能正常的先天性心脏病患儿及因护理不当所致的肛周脓肿患儿（非免疫缺陷）等，目前尚无证据显示接种包括 ORV 在内的疫苗后其不良反应风险会增加。

4. 结语

WHO 指出，ORV 接种禁忌包括以往接种后出现严重过敏反应（如过敏性休克）和严重免疫缺陷（包括严重联合免疫缺陷）。慎用于有肠套叠或肠道畸形发病史、慢性胃肠道疾病和严重急性疾病者。如存在急性胃肠炎、发热伴中毒或严重疾病，应推迟接种。2013 年，美国 ACIP 即已明确以下情况不属于疫苗接种禁忌证：轻度湿疹、热疹或黄疸；有高热惊厥史或其他不良家族史；近期应用抗生素；肿瘤化疗、移植患者；HIV 患者；非疫苗成分过敏者；孕妇、哺乳等人群。此条例同样也适用于 ORV 的接种。不同国家或地区针对 RV 疫苗的免疫策略不同，欧洲一些国家如克罗地亚仅将早产儿、先天性心脏缺陷患儿、先天性代谢异常患儿等特定婴儿群体纳入 RV 疫苗免疫规划。尽管目前尚未检索到 ORV 在我国开展特殊健康状态儿童接种的临床试验证据，但考虑到 RVGE 的危害，建议可参考国外安全性数据及专业权威机构的推荐，对患有一般常见疾病的特殊

健康状态儿童，应在社区保健科按照常规接种流程进行 ORV 接种。基层医务人员也应通过培训提高鉴别 ORV 接种禁忌证的专业能力，明确健康早产儿、生理性黄疸、过敏性体质等并非 ORV 接种禁忌，从而使适龄特殊健康状态儿童不会因此而错过疫苗接种的最佳时间。建议患有罕见或较严重疾病的特殊健康状态儿童及时转诊至特殊健康状态儿童门诊，由专业临床医生根据患儿的实际状况给予预防接种建议。

由于 ORV 目前我国属非免疫规划疫苗，实际应用中须遵循疫苗说明书、国家或省级发布的非免疫规划疫苗使用指导原则或建议进行预防接种。为指导疫苗科学应用、发挥最佳效果，研究人员应从临床应用角度出发，积极开展上市后临床研究，及时更新疫苗在接种人群、包括特殊健康状态人群中的安全性、有效性数据；同时应加强和完善对 RV 毒株以及 RVGE 流行病学监测，客观评估其疾病负担，加强医防融合，重视 RV 感染的危害性，从而切实指导一线预防工作人员的疫苗接种工作。

参考文献

- [1] 陈洁, 王华庆, 钱渊. 医防融合推进儿童轮状病毒胃肠炎的免疫预防 [J]. 中华儿科杂志, 2020, 58 (8): 621-623.
- [2] 张金仿, 王刚, 张静雯. 轮状病毒感染婴幼儿与健康婴幼儿肠道菌群对比分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2018, 17 (6): 663-666.
- [3] 曹兵, 王雄虎, 游志毅, 等. 我国轮状病毒疫苗保护效果的 Meta 分析 [J]. 国际病毒学杂志, 2013, 20 (3): 106-110.
- [4] World Health Organization. Map production Immunization Vaccines and Biologicals (IVB). WHO/IVB Database [DB/OL]. (2020-01) [2020-06-01]. https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/VaccineIntroStatus.pptx?ua=1
- [5] Desselberger U. Rotaviruses [J]. Virus Res, 2014, 22 (190): 75-96.

执笔人: 白云骅, 王琳, 吕敏等

参与制定者: 河南省儿童医院儿童保健科主任, 方拴锋

文章来源: 《中国实用儿科杂志》2020 年 12 月第 35 卷第 12 期

基于管理流程的高效编纂医院院志策略研究

吴红燕 张晓敏 高静 马玉 周崇臣

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】医院院志是记录医院发展历程的资料性著述，属于部门志书。开展院志编纂工作，是传承历史的现实需要，也是一项浩繁复杂的系统工程。本文以编纂《河南省儿童医院郑州儿童医院志》为例，阐明其存史、资政、育人的重要现实作用，基于前期准备、篇目设计、资料搜集、分撰初稿、总撰校审等流程管理下，探索出在统筹人力资源、流程相扣把控、充分借助外力、突出专业特色等方面有效可行的策略，以期为高效编纂医院院志提供参考。

【关键词】医院院志；编纂；流程管理；策略

医院院志是医院的“家谱”，记录医院创立、变迁、发展的历史轨迹，浓缩各方面的工作成就和厚重文化。河南省儿童医院郑州儿童医院（以下简称“儿童医院”）于2019年底开展《河南省儿童医院郑州儿童医院志（1960-2020）》（以下简称“院志”）编纂工作，以建院60年来医院在医疗、科研、教学、管理等方面的发展为记述范围和脉络，展示了医院全面蜕变历程，意义重大。在医院建设国家儿童区域医疗中心的紧要关口编写院志，面临着时间紧、任务重、专业人员少、工作经验不足、管理技术缺乏等问题，必须创新流程管理，以按时高效完成编纂任务。

1. 编纂院志的必要性和重要意义

我国历来重视志书工作。梁启超提出“最古之史，实为方志”^[1]。习近平总书记强调“要高度重视修史修志”^[2]。儿童医院始建于1960年4月，从30张床位到2200张床位的“一体三区四院”发展格局，从一所市级专科医院到国家区域医疗中心建设单位，影响力和辐射力持续增强。时逢建院60周年，是医院紧锣密鼓奋力建设国家儿童区域医疗中心的重要时期，开展院志编纂，将充分发挥“存史、资政、育人”的重要现实作用。

存史，即保存历史、弘扬文化。医院仅存1986年、2000年两本未公开出版的院志，再次编修院志，搜集到的珍贵素材充实了既往某一时期极其缺乏的档案，为保存历史奠定基础。资政，即提供借鉴、服务当代。院志记述了医院各时期发展特色、各科

室历史沿革、各界领导和职工工作的真实面貌，可为领导决策、医院管理、未来规划提供参考。育人，即春风化雨、启迪心灵。通过整理先进典型，展现荣誉成果，用好身边活教材教育新时代医务人员弘扬“救死扶伤、大爱无疆”的敬业精神，坚守“永远以孩子为先”初心使命，进一步激发了广大儿医人的爱院意识和主人翁精神。

2. 编纂流程

编纂流程是对院志从开局谋篇到成书总结的流程化设计，是修志的中心。院志编纂的整体及每个阶段都可以根据实际设计相应流程^[3]。编者制定了前期准备、篇目模板、资料搜集、分撰初稿、总撰校审五个流程。

2.1 前期准备阶段

2.1.1 建立组织架构 建立院科两级架构，成立医院主要负责同志任主任、领导班子成员任副主任、各科室负责人为成员的院志编委会，下设院志编纂办公室（以下简称“院志办”），设独立办公区。院办公室主任兼任院志办主任，全面统筹协调；从院办、党办、医务处、护理部、人事科抽调人员组成核心团队，含专职人员2人、兼职人员5-6人。科室负责人为第一责任人，各选定1名科志编写专职人员，均为院志参编人员。

2.1.2 充分准备 多渠道、广形式学习，尽快掌握修志规范知识。（1）与省市史志办专家联系，主动登门请教；（2）邀请专家来院与外出参加学习班相结合，专题培训提升；（3）调研有院志编纂经验的省内、外兄弟医院，现场学习借鉴；（4）购买《瑞金医院志》《湘雅医院志》等，查阅论文资料，充分研讨交流。

2.1.3 制定方案 制发《院志编纂工作实施方

作者简介：通讯作者，周崇臣，党委副书记、院长，主任医师，硕士生导师，第十三届全国人大代表，河南省政府特殊津贴获得者

基金项目：2019年河南省科技厅软科学研究计划项目（192400410246）

案》，明确修志的目的、意义、组织机构、技术规范、责任分工、保障措施，倒排时间表和工作路线，实施分阶段、分步骤推进的工作计划。

2.2 设计篇目模板

篇目是对《院志》的总体设计，是志书谋篇布局、取材成书的结构蓝图^[4]。按照志书体例要求，院志由总述、大事记、专题性分志组成的章节、附录、索引组成。拟定篇目是编写院志的第一步，是搜集资料的索引。编者在两本老版院志基础上，本着“横排竖写”“事以类聚”的原则，经调查借鉴、征求意见、讨论研究，初设体例框架、结构章法、编写方法，篇目共10章46节，节下目动态调整。模板是众多编者统一格式完成编写任务的基础指南，编者编制内科、外科、职能科室等模板，统一人物简介、名表名录格式，各项工作考虑在前，避免增加后期处理负担。

2.3 资料搜集与整理考证

占有大量、全面、翔实资料，是编纂志书的先决条件和重要环节，资料工作贯穿修志全过程^[5]。为确保资料长编真实性、系统性、全面性，以滚雪球的方法不断充实资料。

2.3.1 广泛征集资料 专人至医院档案室查取有价值档案30多类，至市档案馆查阅有价值电子文件500余个。医院两次发布资料征集通告，面向全院职工（含离退休）、社会各界征集建院以来的珍贵照片、影像、实物、荣誉及能反映工作实绩的文字资料。收集资料存放院志办，按照类别和时间，综合、分类、上架、列目，方便查阅，并建立登记表，规范借阅管理。

2.3.2 集中分类整理 抽调兼职人员5-6名至院志办，分阶段、分年份包干，将老版院志、大事记、统计年报、文件、简报、工作总结、会议记录、报贴等有效信息数字化加工，分类整理，标明出处和存疑，方便查证。院志办早晚召开碰头会，解决资料录入的问题，集中人员和时间，形成院志长编（第一稿）约53万字。

2.3.3 充分补充查证 补充考证伴随资料收集整理和院志编写。（1）将院志长编（第一稿）发至各科室补充完善，及时查漏补缺；（2）多渠道征询老同志，抢救活资料；（3）对存疑资料考证、筛选，或原始资料佐证，或向上级部门追溯源头，确保所有资料有出处和依据，不偏离、不修饰、不减损。通过补充、考证、勘误，最终形成院志长编（第二稿）约100万字。

2.4 全院分撰初稿

全院启动分撰工作，各科室完成科室志撰写，编辑部完成院级层面志稿撰写及对科室志的审核。

2.4.1 借氛围推工作 医院召开启动部署会，

动员全院参与史料追溯和科志分撰。编委会召开工作推进会7次，印发工作简报4期，各科室定时召开碰头会，不断完善模板和篇目，交流经验，在不同时期营造氛围推进分撰。

2.4.2 明晰工作标准 （1）描述要客观。以大事记为主线，以时间为脉络，做到详今略古、取舍得当、述而不论，体现内容的连续性、完整性、真实性，经得起历史考验。（2）文风要朴实。合理运用志书语言，文辞严谨规范，保持统一风格，观点正确一目了然，有时代特点，确保能够长久流传。

（3）图表要精美。彩页和表格是志书的非文字语言，更直观易读，是亮点展示。彩页科学分类，考虑全面；照片质量高、重点突出；文字说明要真实、精炼庄重。表格要具备表序、表头、表文等内容，规范显示。（4）重点要准确。涉及人物、荣誉、重大事项等敏感信息尤为重视，尊重事实，征询本人意见，多重核对，切忌出错。

2.4.3 分撰初审同步 为总纂成册争取充足的时间和奠定良好的基础，分撰与初审同步进行。（1）交付专业人员初审修订，通过删减布局、组织语言、统一体例等，形成初稿。（2）科室负责人带领专职人员，按模板和标准，分撰科志，并分级自审。（3）院志办牵头审核，共性问题统一标准，反馈科室修订，荣誉、人物、大事记等查漏、补缺、纠错，确保内容前后照应。

2.5 总纂校审成册

总纂是关键环节，直接影响院志质量。总纂对分撰的各篇志稿提炼、修改、调整，或部分重撰，通过系统性深加工，最终形成思想性、科学性、资料性、著述性兼具一部完整志书，是一个复杂的创造过程。总纂与校审交叉进行，分院志办校审、外请专家评审、编委会终审、出版社校审四步。院志办为校审第一责任人，实行分章节包干责任制，集中对《院志》初稿进行多人交叉、专人通稿、逐字逐句校核，存疑查证，并负责沟通修订。召开院志评稿会，邀请省市史志办专家来院鉴审，提出具体评议意见。每次修订稿反复征询院内外专家意见，按照“横不缺项，竖不断线，追根溯源”的原则修订。编委会主任亲自把关、组织协调、审阅指导；编委会副主任及成员通篇审阅，提出意见；对篇目结构、变更事项、人物传记等内容提交党委会研究。历经5轮修订，形成院志送审稿共10章47节，61万余字，图片422张，交付出版社审核排版，经出版社三审三校和医院修排2轮，定稿印刷成册。

《院志》成书采用述、记、志、传、图、表、录七种体裁，章、节、目三级结构体式。前设概述、

大事记，后缀附录，专志设10章46节。人物志采用传记、简介、名表、名录四种体裁，记录医院各类优秀人物及其先进事迹。河南省新闻出版局批书号，中华人民共和国新闻出版总署批CIP核字号，印刷厂硬皮精装成册，16开。

3. 策略分析

3.1 统筹人力资源是基础

院志编纂是一项短期临时性任务，在医院编纂委员会统筹协调的前提下，迅速跨部门组建一支文字功底好、思路清晰、敬业负责、熟悉医院发展的编纂队伍，随时听从调遣，具备可突击工作能力。一是实施责任包干机制。以明确组织和人员的权责、分工及从属关系，结合个人特长和岗位责任，专人专事专责，责任人签字备案。二是创新人才培养机制。通过集中培训、以会代训、实践促进等方式，培训人员迅速掌握规范要领。三是实行动态调整机制。对编纂队伍实行机动管理，根据工作推进情况阶段性参与重要工作，达到人力资源最优。四是建立工作激励机制。通过参编入册、薪酬激励、总结表彰等，最大程度激发人员的使命感和创造力。

3.2 流程相扣把控是关键

流程管理是指以规范化地构造输入端到输出端的卓越业务流程为中心，以持续提高组织业务绩效为目标的系统化方法，形成一套“认识流程、建立流程、优化流程、流程自动化、运作流程”的体系。做好流程管理是提高院志编纂时效和成书质量的重要措施。通过流程把控形成闭环管理，必要时任务可压缩交叉。一是事前谋划引导。从制定方案到设计篇目、从宏观模板到微观格式、从体例规范到个性处理，全面考虑，显著提高工作效率。如前期充分调研学习、事先建立资料管理制度、集中对资料进行数字化处理等，保障提早完成资料长编。二是事中实时调整。对人员、时限、分工、篇目、内容等实时调整，提高各环节效率和衔接度，减少编纂过程失误。如遵循“学习-查阅-求证-讨论-确定”流程，求证争议点、模糊点。若发现院志办与各科室、各专业等分工和内容有交叉，双向反馈可提高执行力。三是事后总结成果。参编人员时常“回头看”，编纂完成后，收集可靠资料尽数归档，撰写总结性论文；医院总结经验，做好资料汇编，分析改进。

3.3 充分借助外力是保障

借助外力贯穿院志编纂的始终。一是获取多方支持。前期广泛取得省市史志办公室专家、各兄弟医院、档案馆以及上级部门等的支持与帮助，学习先进经验，收集一手资料。二是请教专业人员。专业人员

协助分撰总纂，篇目设计和后期评审征求专家意见，确保院志整体从体例框架、内容结构、行文规范等方面符合部门志要求。三是征询职工意见。职工是医院史料的创造者，是《院志》最好的把关者和实用者。

《院志》成稿广泛征求职工（含离退休）意见，取得职工的广泛认可。此外，切忌“拿来主义”，唯有辩证接受、研究弄通、吸收精华，才能服务实际。

3.4 突出专业特色是亮点

专业特色和时代特色可增强《院志》生命力。《院志》通篇突出建院60年来医院专业技术和专科发展，医疗占比80%，其中，医疗科室和业务管理2章17节，内容占全书50%，突出了医院的业务属性和主要特色。单设彩页展示医院各时期的面貌和特色。概述将医院发展历程分为建院创业、巩固提升、改革拓展、跨越发展四个阶段。专设第二章《分级诊疗》，含福棠儿童医学发展研究中心、国家儿童区域医疗中心、河南儿科医疗联盟三节，突出医院在分级诊疗大背景下逐步构建四级儿科医疗服务体系的发展历程、重要事件与工作成效，凸显其深远影响。将等级评审纳入第四章《业务管理》，体现其重要意义。人物志突出医院时代先锋人物和知名人士，荣誉分等级入册，充分展现了各时期人物风范和专业技术特色。《附录》部分特设“新型冠状病毒肺炎疫情防控工作”，记述了院志付梓前积累的资料。

综上，医院基于流程管理，在有限时间内完成了《院志》编纂工作，积累了实践经验，指导医院未来各项工作更好地开展。但仍存在档案管理不完善、资料收集求证困难、信息化条件不够等问题。笔者认为，医院院志编纂应探索运用科学、高效、系统的管理方法，在重视日常资料留存、善于阶段性总结、加强档案电子化管理等方面改进完善，为医院保存史料、建设院史馆和再次编修院志奠定好的基础。

参考文献

- [1] 王晖. 方志方向方法——论方志理论的传承与创新[J]. 广西地方志, 2017(4): 34-43.
- [2] 王伟光. 盛世修志助力中国梦[J]. 中国地方志, 2015(9): 8-10.
- [3] 史天社. 略谈地方志书编纂的项目化管理[J]. 中国地方志, 2011(6): 16-19.
- [4] 郑才, 郑博, 张宇航. 关于院志篇目设计的几点浅见[J]. 黑龙江史志, 2010(13): 5.
- [5] 胡巧利. 地方志资料年报工作的实践与思考[J]. 广东史志, 2014(1): 13-17.

儿童胆总管囊肿术后并发韦尼克脑病 1 例并文献复习

侯广军 常栋喆 耿宪杰 周良 时胜利

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：报告 1 例胆总管囊肿术后并发韦尼克脑病患儿的临床表现、诊断和治疗经验，以提高对韦尼克脑病的认识。方法：回顾性分析 1 例胆总管囊肿术后并发韦尼克脑病患儿的临床资料、实验室和影像学检查结果，同时检索 PUBMED、MEDLINE、EMBASE 等数据库，检索词为“total parenteral nutrition”，“wernocke encephalopathy”和“chlidren”；检索中国知网及万方医学等数据库，检索词为“肠外营养”，“韦尼克脑病”和“儿童”，对儿童长期禁食合并韦尼克脑病的发病情况、临床表现、诊治及预后进行分析。结果：本院 1 例患儿，女，3 岁 10 月，胆总管囊肿术后胆漏，肠外营养支持治疗后出现意识障碍、眼球震颤等神经系统症状，磁共振检查提示：双侧基底节区及丘脑对称性异常信号，经肌肉注射维生素 B1 剂量为 100mg/d 及补充其他 B 组维生素后病情缓解。复习国内外文献共获取 11 例长期禁食肠外营养治疗患儿，其中男 6 例，女 5 例，平均年龄 8.4 (3.0-17.0) 岁。11 例患儿中 7 例有胃肠道手术病史，4 例未行手术，但均有长期肠外营养史，其中 9 例未补充维生素 B1，2 例补充维生素 B1。所有患儿经维生素 B1 治疗后症状均缓解，1 例遗留记忆力减退。结论：韦尼克脑病是胃肠道外科术后一严重并发症，长期肠外营养支持治疗的患者维生素 B1 缺乏风险更高，需要我们临床医生高度重视维生素 B1 的补充，一旦怀疑韦尼克脑病，及早注射维生素 B1，以避免出现严重后果。

【关键词】儿童；韦尼克脑病；肠外营养；维生素 B1

韦尼克脑病是由维生素 B1 缺乏引起的神经系统疾病，多见于慢性酒精中毒患者。然而，近年关于非酒精性韦尼克脑病的病例时有报道，主要见于妊娠剧吐、长期血液透析、肝衰竭、胃肠道术后长期静脉营养、恶性肿瘤等^[1]。韦尼克脑病典型症状为“精神意识障碍、眼肌麻痹、共济失调”三联征，仅有 16-33% 的患者出现典型症状，使其常常被误诊，如果治疗不及时，可导致不可逆的神经变性坏死、神经胶质过多症、严重的健忘症、Korsakoff 症候群甚至死亡^[2]。作者收集一例胆总管囊肿术后并发韦尼克脑病患儿临床资料，并复习国内外相关文献分析讨论。

资料与方法

一、临床资料

患儿，女，3 岁 10 月，因“腹痛伴呕吐 5 天”为主诉入院。查体：全身皮肤黏膜未见黄染，巩膜无黄染，腹平坦，腹肌软，右上腹可触及一大约 3×4×5cm 质软包块，界限不清楚，压痛明显，无反跳痛，余腹部无异常。实验室检查：血常规：

白细胞： $11.24 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 80%，中性粒细胞计数 $8.26 \times 10^9/L$ ，CRP 20mg/L；肝功能：谷丙转氨酶 407.5U/L，谷草转氨酶 297.8U/L，总胆红素 67.4 $\mu\text{mol/L}$ ，结合胆红素 30.2 $\mu\text{mol/L}$ ，未结合胆红素 37.2 $\mu\text{mol/L}$ ，血淀粉酶 1873.4U/L，尿淀粉酶 2789.0U/L。MRCP：胆总管囊肿并肝内外胆管扩张（IV 型）。入院诊断：1. 胆总管囊肿；2. 急性胰腺炎；3. 肝功能异常。予以禁食水、抗感染、护肝、抑制胰酶分泌对症治疗 4 天，复查肝功能转氨酶、胆红素及血尿淀粉酶正常，进食后无腹痛呕吐症状。积极完善术前准备，行腹腔镜下胆总管囊肿切除肝管空肠 R-Y 吻合术，术后 5 天腹腔引流管内持续引流约 100ml 黄色胆汁样物，考虑术后胆肠吻合口瘘，予以禁食水肠外营养支持治疗 2 周，胆管瘘未自行愈合，再次行手术治疗，术中见胆肠吻合口后壁有一约 0.5cm 瘘口未愈合，行瘘口修补术，术后继续禁食水肠外营养支持治疗。术后 1 周患儿出现嗜睡、双眼球垂直震颤、双下肢无力行走症状，脑膜刺激征（-）。即查电解质、血氨、血气、血糖指标均正常，头颅 CT 示：双侧基底节区密度对称性略减低，双侧大脑半球脑沟略深（见图 1）。头颅 MRI 检查示：双侧基底节区及丘脑对称性片状异常信号，双侧大

作者简介：侯广军，主任医师，大外科主任兼普外科主任，中华医学会全国小儿外科学会委员（新生儿外科）

脑半球脑沟略加深（见图 2A-2C），考虑细胞毒性水肿。检查维生素指标其中维生素 B1 为：25nmol/L（正常参考值为 50-150nmol/L），初步诊断为韦尼克脑病，立即给予维生素 B1 注射液 100mg 肌肉注射，1 次 / 天，甲钴胺分散片 10mg 口服，2 次 / 天，并减少葡萄糖应用，维持水电解质平衡。治疗 3 天后复查维生素指标正常，14 天后患儿症状明显改善，能自行活动，仅遗留轻度眼球震颤带药出院继续治疗。1 月后随诊，精神好，自行活动，眼球震颤基本消失。

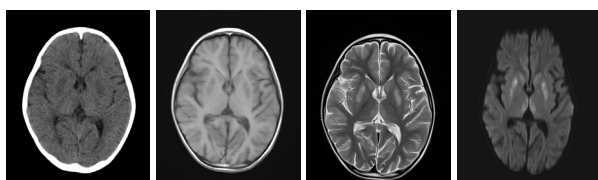


图 1 图 2A 图 2B 图 2C

二、结果

本例患儿经肌肉注射维生素 B1 两周后症状基本缓解，遗留轻度眼球震颤，出院后继续口服硫胺素治疗 1 月后随诊，眼球震颤消失，症状完全缓解。结合文献检索结果，10 例患儿均未遗留后遗症（除 1 例死于脓毒血症，1 例遗留记忆力减退），与同龄无性别差异的胃肠道术后补充维生素 B1 患儿比较韦尼克脑病发病情况，采用 *t* 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

讨论

维生素 B1（硫胺素）属于水溶性维生素，人体不能合成，需要从食物中获取，主要由空肠黏膜上皮细胞吸收，在人体脂肪、氨基酸、糖类新陈代谢中起到催化酶作用。不同于其他 B 组维生素，维生素 B1 在体内组织含量低，正常人体的硫胺素储备量为 30-50mg，任何营养不良状况持续超过 3-4 周，便可导致体内储备耗竭，因此长期禁食病人容易出现维生素 B1 缺乏，如果不能及时发现并补充，一般在 14 天左右会出现不可逆的脑损伤^[3]。

硫胺素是维持细胞膜完整性和跨细胞膜渗透梯度的关键维生素，主要以硫胺素二磷酸（TDP）的形式储存在体内组织中，TDP 作为三羧酸循环（TCA）和磷酸戊糖途径中酶的重要辅因子参与能量生产^[4, 5]。TCA 循环是有氧呼吸的关键代谢途径，它涉及线粒体中发生的一系列化学反应，导致碳水化合物、脂肪酸和氨基酸衍生的醋酸酯氧化成二氧化碳，以三磷酸腺苷（ATP）的形式产生化学能。磷酸戊糖

途径是一种胞浆过程，产生的戊糖是核酸合成所必需的，而还原形式的烟酰胺腺嘌呤二核苷酸磷酸（NADPH）是几个合成代谢过程所必需的。此外 NADPH 还有助于清除氧化应激期间的自由基^[4, 5]。因此，硫胺素的缺乏导致细胞内 TDP 耗尽，导致 TCA 循环和磷酸戊糖途径活性降低。结果，细胞能量（ATP）耗尽，DNA/RNA 和 NADPH 合成减少，导致对氧化应激的抵抗力降低。此外，细胞内乳酸、丙氨酸、谷氨酸等有毒中间代谢产物积聚，细胞内 pH 降低，细胞内电解质动态平衡紊乱，导致细胞毒性水肿。至于血管源性水肿，血脑屏障（BBB）起着关键作用。血脑屏障由毛细血管内皮细胞（ECs）、间充质样细胞、周细胞和星形胶质细胞终末突起（称为终足）组成，通过提供导致紧密连接的分泌因子，对血脑屏障的形成和维持至关重要。当星形胶质细胞受到 ATP 耗竭、氧化应激、pH 降低以及突触间隙谷氨酸浓度过高引起的继发性兴奋性毒性的损害时，就会发生血脑屏障功能障碍^[5]。

韦尼克脑病的临床表现以精神错乱、眼球运动异常和共济失调为特征。精神状态改变是最常见的症状，34-82% 的死后神经病理确诊患者会出现精神状态改变^[3]。这些精神变化包括困惑、空间定向障碍、头晕、嗜睡、冷漠、认知障碍、记忆障碍和无法集中注意力。这些症状可能源于丘脑中线核团或乳头体水平的网状结构受累^[4]。而最常见的眼部异常是眼球震颤，通常是水平的。其他眼部改变包括双眼视力下降、复视、双侧外展肌麻痹和其他眼肌或共轭凝视麻痹。这些临床表现源于脑桥被盖的病变，包括外展神经和动眼神经核^[5]。步态共济失调的表现可以从轻度步态异常到完全无法站立。它是由小脑蚓部受累和前庭功能障碍引起的。此外硫胺素缺乏还可以出现其他临床表现，如干性脚气病（神经病）、湿性脚气病（神经病伴高排量充血性心力衰竭）和胃肠道脚气病（腹痛、呕吐和乳酸酸中毒），需要引起重视。

韦尼克脑病最常见的原因是长期慢性酒精中毒，随着临床医生认识的提高，关于非酒精性韦尼克脑病报道比例明显增高，如营养失衡、化疗、胃肠手术、胃肠痿、妊娠剧吐、禁食 / 饥饿、胃肠道疾病、艾滋病、透析、肠外营养、伴有厌食的精神疾病、感染和甲状腺疾病。至于与胃肠道操作、禁食和饥饿有关的机制，硫胺素摄取不足是硫胺素缺乏的原因。妊娠剧吐患者营养摄入不足，孕期对硫

胺素的需求增加, 硫胺素储备耗尽。剧吐也会导致硫胺素水平降低。查阅文献 11 例韦尼克脑病患者中, 8 例患儿因肠外营养中不含维生素 B1 而发展成为韦尼克脑病, 3 例患儿肠外营养治疗中含有维生素 B1, 但最终均发展成韦尼克脑病, 需要我们提高警惕, 其可能原因包括: ①患儿维生素 B1 的提供并没有严格遵照生理需要量或者仅提供生理需要量, 而没有考虑患儿的发热、呕吐、腹泻、神经性厌食等可能导致维生素的需要增多, 进而发展成维生素 B1 缺乏②维生素 B1 有光敏性, 需要避光保存, 储存使用不当可能导致维生素降解而失去作用③肠外营养患儿的中心静脉导管需要定期护理, 以避免血液感染及导管定植菌的存在, 尽管目前的护理水平能避免酒精进入血液, 但每次护理仍有少量酒精进入血液循环, 不排除慢性酒精中毒可能, 但文献报道导管周围血液测定酒精含量极低几乎检测不到。

影像学检查中, 头颅 CT 检查可显示中脑导水管及丘脑密度减低, 但对于大部分患者头颅 CT 检查无阳性发现。本例患儿 CT 表现为双侧基底节区对称性减低, 而头颅磁共振对韦尼克脑病的诊断灵敏度仅有 53%, 而特异性为 93%。因此, 磁共振是目前诊断最有效的方法, 大约 50% 韦尼克脑病患者磁共振表现为导水管周围灰质、乳头体、丘脑的对称性病变, 此外几乎所有病人背侧丘脑核都出现组织病理学改变。本病例磁共振检查表现为双侧基底节区及丘脑对称性异常信号, 查阅文献的 11 例患儿中, 6 例导水管周围病变, 8 例丘脑病变, 3 例表现为乳头体病变, 符合文献所述。

本例患儿韦尼克脑病的诊断依据临床症状 (意识障碍、眼球震颤)、磁共振检查 (丘脑及基底节病变); 且经过维生素 B1 治疗后症状明显改善更进一步证实。尽管治疗前建议测定维生素 B1 含量, 但技术难度及特异性限制, 目前尚未完全开展。如果患者营养不平衡, 亚急性或慢性疾病新陈代谢增加, 或者食物摄入或吸收改变, 即使患者只表现出典型三联症的一种成分, 临床医生也应该考虑此诊断。因此一旦怀疑韦尼克脑病, 不必等待检测结果甚至不必做维生素测定, 即开始维生素 B1 治疗, 2010 年欧洲神经学会联合会 (EFNS) 指南中 EFNS 指南建议静脉输注硫胺素, 200 毫克, 用 100 毫升生理盐水或 5% 葡萄糖稀释, 超过 30 分钟。欧洲联合会建议在韦尼克脑病的情况下每天服用 3 次硫胺素。关于儿童非酒精性韦尼克脑病维生素 B1 治疗的剂量、

周期、注射方法及维持治疗剂量没有统一指南, 推荐治疗方案为每天 100-200mg, 每天 2 次或者 1.8mg/Kg, 每天 1 次, 次剂量是能够通过血脑屏障的最佳选择, 过量注射可能危害性小, 但考虑到对过量注射可能促进肿瘤生长观点存在争议, 我们建议对于剂量的选择需慎重, 本病例患儿经每天 100mg 维生素 B1 注射后症状在 48 小时内改善, 和文献中所报道基本一致。

关于预后, 如果及时诊断治疗, 精神状态改变和急性脑病通常会逐渐消退, 但残留的神经功能障碍是常见的和持久的。眼球运动异常对治疗反应良好, 硫胺素治疗动眼神经异常的反应是可以预测的, 而且是恒定的。恢复延迟或失败应提醒医生考虑替代诊断。在大多数情况下, 水平和垂直凝视麻痹和上睑下垂在几天到几周内完全恢复。虽然水平眼球震颤在接受硫胺素治疗后能很快恢复, 但它可以在多达 60% 的患者中持续数月。韦尼克脑病是一些胃肠道术后的严重并发症, 需要引起临床医生的足够重视, 尤其对于维生素吸收障碍或者需要长期静脉营养支持治疗的患儿。早期诊断、早期治疗尤为重要, 以避免发生不可逆的神经损害。

参考文献

- [1]Dhir S, Tarasenko M, Napoli E, Giulivi C: Neurological, psychiatric, and biochemical aspects of thiamine deficiency in children and adults. *Front Psychiatry*, 2019; 10: 207-18
- [2]Galvin R, Bräthen G, Ivashynka A et al: EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol*, 2010; 17 (12): 1408-18
- [3]Chan F, Butterworth RF, Hazell AS. Primary cultures of rat astrocytes respond to thiamine deficiency-induced swelling by downregulating aquaporin-4 levels. *Neurosci Lett* 2004; 366: 231-234
- [4]Chandrakumar A, Bhardwaj A, Jong GW. Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakof psychosis. *J Basic Clin Physiol Pharmacol*. 2018; 30 (2): 153-62
- [5]Manzo G, De Gennaro A, Cozzolino A, Serino A, Fenza G, Manto A. MR imaging findings in alcoholic and nonalcoholic acute Wernicke's encephalopathy: a review. *Biomed Res Int*. 2014; 2014: 503596

78 例婴儿疥疮的临床特点和误诊分析

钱 革¹ 刘屹球² 郭 武¹ 刘 涛³ 季 江⁴ 周 武⁵

1. 河南省儿童医院 河南郑州 450018
2. 江苏省靖江市人民医院 江苏靖江 214002
3. 第四军医大学唐都医院 陕西西安 710032
4. 苏州大学第二附属医院 江苏苏州 215004
5. 河南省人民医院 河南郑州 450003

【摘要】目的：总结 78 例婴儿疥疮误诊患者的临床特征，并分析误诊原因。**方法：**回顾性分析小于 6 个月婴儿疥疮患者，明确婴儿疥疮的流行病学特点、皮损特征、治疗情况和误诊原因。**结果：**共收集 78 例婴儿疥疮患者，发病年龄和发病到最终确诊时间[M(P₂₅-P₇₅)]分别为 8.5(7-12)周、4(3.5-5)周。确诊时，45 例(57.7%)患儿体重低于同年龄组 25% 水平，40 例(47.4%)出现易激怒、急躁变化，68 例(87.2%)夜间哭闹次数、易醒次数增多。秋、冬季发病患儿最多，分别为 30 例(38.5%)、22 例(28.2%)，夏季最少(8 例(10.3%))。58 例患儿家庭内同时存在长期居住人员感染疥疮；12 例现阶段家庭成员未患病，但是既往临时居住成员曾患有疥疮。婴儿疥疮皮损广泛，以胸腹部(80.8%)和四肢(76.9%)最常见；皮疹呈多形性，不同时期皮疹同时存在；隧道表现为水肿性红色和非水肿性棕褐色的丘疹、水疱、丘疱疹和结节，部分出现特征性的卵圆形、逗点、线状、匍形和 J 形。患儿平均诊疗次数 2.48 次，48 例(61.5%)患者首诊医疗机构为非皮肤科专科门诊；30 例(38.5%)首诊为皮肤专科门诊，误诊的疾病包括婴儿湿疹、丘疹性荨麻疹、脓疱疮、痒、痒疹、色素性荨麻疹、婴儿肢端脓疱病，单纯疱疹和水痘。给予患儿 5% 硫磺软膏外用治疗，9 例(11.5%)出现皮疹突然加重，20 例(25.6%)需要多次治疗。**结论：**婴儿疥疮皮疹呈多形性，皮损广泛，容易误诊；诊断时需要认真询问病史，仔细查体，同时要结合流行病学调查，提高早期诊断率。

【关键词】婴儿；疥疮；误诊；皮肤表现

疥疮是由人型疥螨通过直接接触引起的常见皮肤病，根据有疥疮接触史、好发部位、典型皮疹，伴夜间剧烈瘙痒，疥疮一般容易诊断。但是，由于婴儿正处于特殊的生长发育时期，皮肤生理结构比较特殊，所以婴儿疥疮的临床表现与典型成人和儿童疥疮存在较大差异^[1]，同时又与婴儿阶段很多皮肤疾病相似，因此在临床中婴儿疥疮极易误诊。我们回顾性分析近三年，年龄小于 6 个月的婴儿疥疮误诊患者的临床特点，并对误诊成因等进行总结。

一、对象与方法

(一) 研究对象：2016 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日郑州儿童医院皮肤科、江苏省靖江市人民医院皮肤科、第四军医大学唐都医院皮肤科、苏州大学第二附属医院皮肤科和河南省人民医院皮肤

科门诊就诊且最后确诊疥疮的年龄在 6 个月以下的婴儿疥疮患者 78 例。本研究通过郑州儿童医院医学伦理委员会批准(2015-K-030)，患儿家长均签署知情同意书。最终确诊需要患儿皮损隧道内发现疥虫或者虫卵。就诊时详细记录皮损的分布，性状和大小，并拍照记录。所有患者均至少误诊 1 次，无其他严重内脏疾病。

(二) 调查方法：自行设计调查表格，由确诊医生询问病史并填写调查表，主要调查患儿年龄，体重，喂养方式，一般情况，疾病史，洗浴方式，皮疹出现时间，家庭长期居住人员患病情况(父母，祖父母和保姆等)，家庭临时居住人员患病情况和居住时间(亲戚，月嫂，临时保姆和朋友，居住时间 > 3 天)，患儿在医疗机构就诊地点和诊断名称。

(三) 治疗：记录患儿治疗药物，治疗次数和治疗反应。

(四) 随访：治疗期间每周复诊 1 次，末次治疗结束后，于第 2、4、8 周随访，如复发则再次计

作者简介：钱革，医学博士，副主任医师，皮肤科负责人
基金项目：河南省医学科技攻关计划联合共建项目
(2018020659)

入末次治疗。

(五) 统计方法: 运用 SPSS 19.0 软件, 非正态数据采用 $M(P_{25}-P_{75})$ 表达。

二、结果

(一) 一般情况: 78 例患儿, 其中男 43 例, 女 35 例, 发病年龄 3 周-5 月 [$M(P_{25}-P_{75})$, 8.5 周 (7-12)], 发病至最终确诊时间 2 周至 16 周 [$M(P_{25}-P_{75})$, 4 周 (3.5-5)]。就诊时, 体重低于同年龄组 25% 水平的 45 例 (57.7%); 发病后, 出现易激怒、急躁的变化患儿 40 例 (47.4%), 夜间哭闹次数、易醒次数明显增多的 68 例 (87.2%)。

患儿秋季发病 30 例 (38.5%), 其中 9 月, 10 月, 11 月份发病人数分别为 9, 12, 9 例; 冬季发病 22 例 (28.2%), 其中 12 月, 1 月, 2 月份发病人数分别为 8, 7, 6 例; 春季发病 18 例 (23.1%), 其中 3 月, 4 月, 5 月份发病人数分别为 8, 6, 4 例; 夏季发病 8 例 (10.3%), 其中 6 月, 7 月, 8 月份发病人数分别为 2, 2, 4 例。

(二) 流行病学特点: 就诊时, 同时伴有家庭长期居住成员至少一人发病的患者 58 例 (74.4%), 包括父亲、母亲、爷爷、奶奶、外公、外婆、保姆和兄弟姐妹; 其中家庭成员先发病、患儿后发病的有 54 例 (93.1%); 4 例患儿先发病, 家庭成员后发病, 无法确定感染原因。患儿发病, 但是现阶段家庭长期居住成员未发病的有 20 例, 其中可以查明患病原因的 12 例, 主要是临时家庭居住成员, 包括临时保姆、月嫂 4 例, 亲戚 5 例和朋友 3 例, 平均在患儿家居时间 1.5 周至 4 周 [$M(P_{25}-P_{75})$, 3 周 (2-4)]; 另有 8 例患儿无法查明感染原因。

(三) 皮损特征

1. 分布特征: 全身均可被累及, 其中体表面积 $\geq 75\%$ 的 10 例 (12.8%), 50%-74% 的 28 例 (35.9%), 25%-49% 的 21 例 (26.9%), $\leq 24\%$ 的 19 例 (24.3%); 皮疹分布在胸腹部 63 例 (80.8%), 背部 50 例 (64.1%), 四肢 60 例 (76.9%), 臀部 48 例 (61.5%), 腋窝 51 例 (65.3%), 头面部 45 例 (57.7%), 掌跖 29 例 (37.2%), 外阴 19 例 (24.4%), 指 (趾) 缝 17 例 (21.8%); 四肢的皮疹多分布于肢体和关节屈侧, 如腕部屈侧、膝关节和踝关节屈侧。

2. 疹形特征: 原发损害为红斑、丘疹、水疱、丘疱疹、结节和隧道。继发损害有结痂, 糜烂, 渗液, 脓疱, 鳞屑和色素沉着。4 种以上原发皮疹同

时出现的患者 68 例 (87.2%)。丘疹、丘疱疹、结节和隧道多表现为水肿性红色和非水肿性棕褐色, 部分皮疹呈现卵圆形, 逗点, 线状和 J 形; 掌跖部皮疹可以出现水疱、大疱和脓疱。

(四) 误诊情况: 所有病例均有 1-4 次就诊史, 平均诊疗次数 2.48 次; 48 例 (61.5%) 患者首诊医疗机构为非皮肤科专科门诊, 其中社区医疗服务中心或者综合医院儿科 16 例, 诊所 13 例, 药店 12 例, 育婴店 7 例。30 例 (38.5%) 首诊科室为皮肤专科门诊, 其中误诊的疾病包括婴儿湿疹 12 例、丘疹性荨麻疹 5 例、痱子 3 例, 脓疱疮 3 例、痒疹 3 例、色素性荨麻疹 1 例、婴儿肢端脓疱病 1 例, 单纯疱疹 1 例, 水痘 1 例。所有患者中, 有 10 例患儿在就诊过程曾经诊断为疥疮, 治疗过程中症状突然加重, 复诊时不再考虑疥疮。

(五) 治疗情况: 全部患儿均采用 5% 硫磺软膏外用, 2-3 次/天, 连续使用 3 天, 3 天为一个疗程^[2]。治疗中不洗澡, 不更衣。第四日洗澡、消毒、更换衣服。合并化脓感染者同时给予抗菌药物治疗。9 例患儿 (11.5%) 出现皮疹突然加重的情况, 给予糠酸莫米松软膏治疗后皮损减轻。20 例患儿 (25.6%) 首次治疗后皮疹没有完全消退, 再继续治疗 1-2 疗程后完全消退。患儿家庭中感染人员采用 5%-10% 硫磺软膏、林丹或者克罗米通乳膏治疗。治疗结束后 8 周进行随访, 所有患者皮损无复发。

三、讨论

疥疮由人型疥螨引发的, 常在家庭或者集体单位流行的传染性皮肤病。与疥疮患者直接接触或者通过接触患者使用过的衣物等物品可能会感染疥疮。根据好发部位, 典型皮疹和隧道, 夜间剧烈瘙痒, 家庭或集体单位有相似患者, 典型疥疮容易诊断^[3]。但是, 年龄小于 6 个月的婴儿, 由于其皮肤生理结构相对特殊, 感染疥疮后的临床表现往往缺乏与成人和儿童疥疮的典型特征, 加之婴儿疥疮易和该阶段其他常见皮肤疾病混淆, 因此婴儿疥疮极易误诊。

本研究提示, 长时期得不到正确诊治的婴儿疥疮皮疹往往具备以下新的特征: 1. 皮疹分布广泛, 侵犯的体表面积大, 胸腹部是最常见的感染部位。另外, 头面部、颈部、掌跖部位等成人不易侵犯的部位均可受累; 2. 皮疹呈现多形性。除了红斑, 丘疹, 水疱, 丘疱疹和结节等原发皮疹外, 往往伴有结痂, 糜烂, 渗液, 脓疱, 鳞屑和色素沉着等继发

皮疹。本研究显示, 婴儿疥疮皮疹中没有抓痕, 这可能由于患儿年龄较低, 无法实施准确的搔抓动作有关; 3. 新旧不同阶段的皮疹同时存在于同一患者。由于婴儿皮肤对疥虫会发生强烈的异物反应, 因此新感染的皮疹往往表现为水肿性的鲜红色丘疹、丘疱疹、水疱和结节; 随着感染时间的延长, 早期皮疹逐渐转化为陈旧性棕褐色皮疹, 而且这种色素沉着消退时间往往较长^[3]。新旧皮疹不断的叠加出现, 形成了婴儿疥疮的皮疹一个重要的特点。4. 隧道常表现为水肿性或者棕褐色丘疹、丘疱疹、水疱和结节, 呈现卵圆形、逗点、线形和 J 形^{[1][3]}。由于强烈的炎症反应, 新鲜隧道往往表现为水肿性皮损; 随着患病时间的延长, 隧道往往转化为棕褐色陈旧性皮损, 从而出现新旧隧道同时存在的特点。与成人疥疮不同, 婴儿疥疮的隧道可以分布在全身各个部位; 5. 掌跖部皮疹可以表现为大疱及脓疱。本研究发现, 婴儿疥疮容易误诊为婴儿湿疹、丘疹性荨麻疹、痱、脓疱疮和痒疹等。因此, 当婴儿出现长时间的湿疹样皮损, 并对多种治疗抵抗时, 如果在身体任何部位发现鲜红色和棕褐色的卵圆形、逗点、线形和 J 形丘疹、丘疱疹、水疱或者结节, 则需要全面评估患儿的生长发育情况、病史和流行病学特点, 并及时进行相关检查, 尽早明确诊断。

本研究发现婴儿疥疮在秋冬季节发病最多, 夏季病人最少, 可能由于夏季患儿经常洗浴, 保持身体清洁有关, 但是进入秋季以后, 患儿明显洗浴次数减少, 衣服增多, 这增加了疥螨在皮肤停留生长的机会, 所以患儿在秋冬季会集中爆发。如果在秋冬季节发现疑似患者, 一定要认真查体, 详细询问病史。值得注意的是, 大部分 (74.4%) 患儿家庭长期居住人员中有至少一人患有疥疮, 其中绝大部分 (93.1%) 是在长期居住人员发病之后发病, 这说明患儿很可能是通过家庭人员传染而患病。除此之外, 研究发现还有少部分患儿 (12 例) 可能通过既往临时家庭居住人员传染而患病。因此, 在临床工作中, 如果发现疑似患儿, 除了认真询问现阶段和既往家庭成员中是否有疥疮, 还要详细询问是否接触过可疑临时人员及其物品, 包括临时保姆, 婴儿洗浴中心, 婴儿康复等医疗机构等^[4]。明确上述情况, 将对患儿的早期诊断、及时治疗和减少复发有很大的帮助。本研究同时提示, 由于无法语言表达瘙痒并实施精确搔抓动作, 有相当一部分患儿往往出现易激怒、

急躁 (47.4%) 和夜间哭闹易醒 (87.2%)。误诊患儿如果长时间得不到有效治疗, 除了影响患儿心理、性格外, 他们的生长发育也往往会受到影响, 多数患儿体重处于同年龄段中下水平^[5]。

本研究提示, 患儿平均得到正确诊断之前平均就诊次数 2.48 次, 有 61.5% 的患者首诊科室为非皮肤科专科门诊, 这说明在缺乏专业的皮肤科医师的基层或社区医疗单位以及在非医疗机构就诊, 是造成婴儿疥疮误诊的主要原因; 另外, 虽然 30 例患儿首诊在皮肤科专科门诊, 但是仍然出现较多误诊情况, 其主要原因如下: 1. 对婴儿疥疮皮疹不熟悉, 皮疹检查和全身体检不充分, 同时婴儿疥疮又与很多婴儿常见的其他皮肤疾病相混淆; 2. 忽视询问病史和接触史。在某些经济条件和卫生条件好的家庭, 比较容易忽视询问接触史和病史。询问接触史时, 家庭中临时居住人员也往往容易遗漏。3. 尽管曾经考虑疥疮, 但是由于用药不规范、消毒不严, 家庭成员未同时进行治疗, 使得症状加重从而排除疥疮。目前, 国内多是使用 5% 硫磺软膏进行婴幼儿疥疮的治疗, 整体效果还是比较理想的。但是, 值得注意的是, 少部分患儿 (11.5%) 会出现皮疹突然加重的情况, 这可能是因为硫磺软膏对皮肤刺激作用造成的。经过适当的治疗, 上述刺激作用是可以消除的。

综上所述, 临床医师需要进一步熟悉婴儿疥疮的皮疹特点, 问诊过程中应该仔细询问接触史和病史, 认真做好全身体检和专科检查, 多方位的评估患儿, 做好鉴别诊断, 使患儿能够及时得到诊断和治疗。

参考文献

- [1] Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. *Pediatr Dermatol.* 2017; 34 (6) : 690-694.
- [2] Qian G, Hou L, Guo W. A Fussy Infant With a Generalized Papulovesicular Rash. *JAMA.* 2019; 321 (6) : 604-605.
- [3] Tarbox M, Walker K, Tan M. Scabies. *JAMA.* 2018; 320 (6) : 612.
- [4] Ross BG, Wright-McCarthy JK, DeLaMora PA, et al. Transmission of scabies in a newborn nursery. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011; 32 (5) : 516-7.
- [5] 王卫平. 儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

0 ~ 3 月龄 B 族链球菌败血症患儿临床特点及药敏分析

李雪琴 王晓玲 郝小会 王勤 王江涛

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：探讨分析 0 ~ 3 月龄 B 族链球菌（GBS）败血症患儿的临床特点及药敏情况。方法：选择 2015 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日郑州大学附属儿童医院新生儿诊疗中心收治的 20 例 0 ~ 3 月龄 GBS 败血症患儿为研究对象（GBS 组），根据患儿起病年龄分为早发型（EOD, 0 ~ 6d）和晚发型（LOD, 7 ~ 90d），回顾性分析其一般临床资料、首发症状、血液指标、住院时间、药敏等情况，并与同期同病区 55 例 0 ~ 3 月龄大肠埃希菌败血症（大肠埃希菌组）进行对比分析。结果：20 例 0 ~ 3 月龄 GBS 败血症患儿，首发症状以发热为主，其次为呻吟、拒乳；LOD 发生率高于 EOD。GBS 组白细胞数计数 $<5 \times 10^9$ 、血清 C-反应蛋白（CRP）50 ~ 100mg/L、血清降钙素原（PCT） $>100\text{ng/ml}$ 及 $>10\text{ng/ml}$ 的病例占比均大于大肠埃希菌组，两组比较差异均有统计学意义（ P 均 <0.05 ）。GBS 组并发化脓性脑膜炎（PM）及难治性化脓性脑膜炎（RPM）、住院天数 $>21\text{d}$ 、 $>40\text{d}$ 及 $>50\text{d}$ 的病例占比均大于大肠埃希菌组，两组比较差异均有统计学意义（ P 均 <0.05 ）。GBS 组 PM 患儿腰椎穿刺次数 ≥ 5 次的病例占比大于大肠埃希菌组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。20 例患儿 GBS 菌种对青霉素、万古霉素、利奈唑胺、美罗培南、头孢吡肟、头孢噻肟、氯霉素、阿莫西林、氨苄西林耐药率均为 0%，对左氧氟沙星、四环素、克林霉素和红霉素的耐药率分别为 45%、75%、85%、85%。结论：0 ~ 3 月龄 GBS 败血症患儿感染症状重，常合并 RPM，且并发症多，住院时间长。GBS 菌株对克林霉素和红霉素耐药严重。早期诊断及有效治疗非常重要，同时应做好 GBS 产前筛查防治工作。

【关键词】 B 族链球菌；婴儿；感染；临床特征；药敏

GBS 又称无乳链球菌，是 β -溶血革兰氏阳性菌，基于对荚膜多糖的血清学反应，GBS 菌株可被分为 10 种不同的血清型，即 Ia、Ib、II ~ IX 型。GBS 是一种条件致病菌，在新生儿、孕妇和成人中引起广泛的感染，如肺炎、脓毒症和脑膜炎^[1]，一般主要寄生于人体下消化道、泌尿生殖道等，也可定植于新生儿鼻咽及直肠，可持续数周至数月，但也可以直接感染而致病。国外报道自 20 世纪 70 年代以来，GBS 逐渐成为新生儿感染性疾病的主要致病菌，GBS 是发达国家新生儿严重感染的最常见原因^[2]。在美国，GBS 引起的侵袭性疾病仍然是 90d 以下婴儿患病和死亡的重要原因，在 EOD 患者中，Ia 型和 III 型最为常见，在 LOD 患者中，血清型 III 最常见^[3]。近年来，国内关于新生儿 GBS 感染的报道逐年增多，Lu 等^[4]报道新生儿早发型败血症最常见的病原菌为 GBS，其次为大肠埃希菌。但 0 ~ 3 月龄婴儿 GBS

感染的报道少见。本研究收集医院近年来 0 ~ 3 月龄患儿送细菌室培养的所有 GBS 阳性标本共 21 例，其中 1 例为痰培养 GBS 阳性，余 20 例为双份血培养及脑脊液培养阳性，确诊为 GBS 败血症，GBS 败血症占比 95.2%（20/21）。本研究对 20 例 GBS 败血症患儿的临床特点及药敏进行分析，并与医院新生儿诊疗中心发病率较高的大肠埃希菌败血症进行比较，以提高对本病的认识，更好地指导临床治疗。

1. 资料与方法

1.1 一般资料：抽取 2015 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日在郑州大学附属儿童医院新生儿诊疗中心住院治疗的 20 例 0 ~ 3 月龄血培养或脑脊液培养确诊为 GBS 败血症患儿为研究对象，双份血培养 GBS 阳性 15 例，脑脊液培养 GBS 阳性 10 例，血培养及脑脊液培养 GBS 均阳性 5 例，年龄 10h ~ 90d。另外选取同时间段同病区血培养确诊的 55 例 0 ~ 3 月龄大肠埃希菌败血症为对照组。纳入标准：①出生后 0 ~ 3 月龄婴儿；②病原菌培养（静脉全血培养或 / 和脑脊液培养）结果 GBS 阳性或大肠埃希菌阳性，单一病原体感染；③经临床诊断符合败血症或并发症者。排除标准：①临床资料记录

作者简介：1. 李雪琴，医学硕士，副主任医师，河南省医学会儿科学分会第一届临床营养与肠道微生态学组委员
2. 通讯作者，王江涛，主任医师，海峡两岸医药交流学会新生儿分会委员，中国医师协会新生儿分会伦理与医患沟通学组委员

基金项目： 郑州儿童医院联合共建项目（2018020634）

不完整者及多种病原体感染者；②合并先天畸形者；③先天性免疫缺陷者；④血液病患儿。本研究符合《赫尔辛基宣言》。

1.2 诊断标准：①败血症^[5]：血液（或者脑脊液等无菌腔隙）能培养出致病菌（包括细菌和真菌）引起的全身炎症反应综合征称败血症。②GBS败血症：临床表现败血症症状，静脉全血培养或/和脑脊液培养GBS呈阳性；大肠埃希菌败血症：临床表现败血症症状，静脉全血培养或/和脑脊液培养大肠埃希菌呈阳性；③GBS化脓性脑膜炎：临床表现化脓性脑膜炎症状，脑脊液呈现化脓性脑膜炎特征，脑脊液或血培养GBS呈阳性；大肠埃希菌化脓性脑膜炎：临床表现化脓性脑膜炎症状，脑脊液呈现化脓性脑膜炎特征，脑脊液或血培养大肠埃希菌呈阳性；④难治性化脓性脑膜炎（RPM）的界定：符合《诸福棠实用儿科学（第8版）》中小儿难治性化脓性脑膜炎相关诊断标准：经院外或院内头孢曲松、美罗培南、氨苄西林等易透过血脑屏障的抗生素方案治疗3~4周效果不佳或脑脊液无明显改善者。

1.3 研究方法：①血液检查：所有患儿入院后使用抗生素前采集外周血行血常规、C-反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）检查；②胸片检查：对临床表现肺炎患儿行X线胸片检查；③病原菌血培养：血培养在入院后使用抗生素前采集患儿2个不同部位静脉血液各3ml，分别加入BD BACTEC Peds Plus/F需氧培养瓶，置于BD BACTEC FX血培养仪进行中培养；脑脊液培养：经腰椎穿刺术取2ml脑脊液，进行脑脊液培养检测。若为阳性则依照《全国临床检查操作规程》采用德国bruker质谱仪进行细菌鉴定，药敏试验采用法国梅里埃公司生产的VITEK2 Compact全自动细菌鉴定及药敏分析系统和美国BD全自动细菌鉴定及药敏分析系统，药敏试验采用MIC法，若培养5d仍为阴性则报告阴性。④头颅MRI检查：对并发GBS脑炎的患儿常规行头颅MRI平扫，必要时行平扫+增强，了解有无脑炎并发症，以后根据病情必要时复查。

1.4 疗效判断：治疗效果分为治愈、好转、未愈、死亡。①治愈：患儿临床症状及体征消失，血常规、CRP、PCT等指标正常，病原学培养阴性，脑脊液检查正常；②好转：患儿临床症状及体征基本消失，抗生素疗程未足，血常规白细胞计数和/或CRP、PCT等指标仍未正常，家属要求出院，出院后随访，若1周内死亡归入死亡组；③未愈：治疗后患儿临

床症状及体征无缓解甚至加重，考虑预后不佳，家属要求放弃治疗，出院后随访，若1周内死亡归入死亡组；④死亡：治疗无效在院内死亡或家属放弃后院外死亡病例。

1.5 统计学方法：采用SPSS 22.0统计软件进行分析，定性资料（%）采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 20例GBS败血症患儿一般资料分析：20例GBS败血症患儿中，男16例，女4例；早产儿6例，足月儿14例；顺产13例，剖宫产7例；分娩时无胎膜早破、羊水清16例，胎膜早破4例，血性羊水1例，羊水Ⅲ度胎粪污染1例；孕母产前行GBS筛查5例，确诊B族链球菌感染1例，余15例均未行GBS筛查；早发败血症3例，晚发败血症17例。

2.2 临床症状分析：

2.2.1 发病年龄：根据患儿起病年龄把GBS感染分为早发型（EOD，0~6d）、晚发型（LOD，7~90d）。本文20例GBS败血症患儿中，EOD 5例（25%），LOD 15例（75%）。

2.2.2 首发症状：20例GBS败血症患儿整个病程中均有发热，首发症状中发热18例（90%，18/20），呻吟9例（45%，9/20），拒乳5例（25%，5/20），反应差4例（20%，4/20），皮肤黄染4例（20%，4/20），抽搐3例（15%，3/20），咳嗽1例（5%，1/20），软组织包块1例（5%，1/20），肢体运动障碍1例（5%，1/20）。

2.3 并发症：20例GBS败血症患儿并发PM 14例（70.0%，14/20），14例PM均为RPM（100.0%，14/14），并发肺炎13例（65.0%，13/20）：X线胸片提示双肺炎性浸润斑块状阴影，呼吸衰竭7例（35.0%，7/20），惊厥7例（35.0%，7/20），感染性休克5例（25.0%，5/20），颅内出血5例（25.0%，5/20），脑积水及硬膜下积液4例（20.0%，4/20），肺出血2例（10.0%，2/20），脑软化1例（5.0%，1/20），脑脓肿1例（5.0%，1/20），新生儿硬肿症1例（5.0%，1/20），气胸1例（5.0%，1/20），软组织脓肿1例（5.0%，1/20），关节炎并骨髓炎1例（5.0%，1/20）。GBS组14例PM患儿中，0~6d发病3例（21.4%，3/14），7~90d发病11例（78.6%，11/14）；大肠埃希菌组中，并发PM 28例（50.9%，28/55），其中并发RPM 15例（53.6%，15/28）。

GBS 组并发 PM 的构成比大于大肠埃希菌组，但差异未见统计学意义 ($P>0.05$)，大肠埃希菌组 PM 患儿中并发 RPM 的构成比大于 GBS 组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。GBS 组 PM 患儿腰椎穿刺次数 ≥ 5 次的病例占比 (85.7%，12/14) 大于大肠埃希菌组 (50.0%，14/28)，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；GBS 组 RPM 的构成比大于大肠埃希菌组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。GBS 组 PM 患儿出现并发症者 7 例 (50.0%，7/14)，其中 0~6d 发病 2 例，7~90d 发病 5 例，大肠埃希菌组 PM 患儿出现并发症 9 例 (32.1%，9/28)，GBS 组 PM 并发症构成比大于大肠埃希菌组，但差异未见统计学意义 ($P>0.05$)。

2.4 血液非特异性指标：20 例 GBS 败血症患儿的血液非特异性指标均为入我院后应用抗菌药物前第一次采集的血液标本结果。

2.4.1 血常规白细胞计数比较：GBS 组白细胞 $<5 \times 10^9$ 的病例占比大于大肠埃希菌组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；两组出生后 $\geq 7d$ 白细胞计数 $\geq 15 \times 10^9/L$ 的病例占比比较差异未见统计学意义 ($P>0.05$)；两组出生后 6h~3d 白细胞计数 $\geq 30 \times 10^9/L$ 及出生后 $\geq 3d$ 白细胞计数 $\geq 20 \times 10^9/L$ 的病例占比比较差异未见统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 大肠埃希菌组和 GBS 组血常规白细胞计数比较

组别	例数	出生后 白细胞计数 $<5 \times 10^9$		出生后 6h~3d 白 细胞计数 $\geq 30 \times 10^9/L$ 及出生后 $\geq 3d$ 白细 胞计数 $\geq 20 \times 10^9/L$		病例 数	占比 (%)
		病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)		
大肠埃希菌组	55	9	16.4	19	34.5	7	12.7
GBS 组	20	10	50.0	4	20.0	1	5.3
χ^2 值		8.773		1.459		0.919	
P 值		0.005		0.178		0.313	

注：GBS 为无乳链球菌

2.4.2 血清 CRP 水平比较：GBS 组 CRP 50~100 mg/L 的病例占比大于大肠埃希菌组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；GBS 组 CRP >10 mg/L 病例占比大于大肠埃希菌组，但差异未见统计学意义 ($P>0.05$)；大肠埃希菌组 CRP >100 mg/L 及 10~50mg/L 病例占比高于 GBS 组，但差异未见统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 GBS 组和大肠埃希菌血清 CRP 水平比较

组别	例数	>100 mg/L		50~100 mg/L		10~50 mg/L		>10 mg/L	
		病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)
大肠埃希菌组	55	17	30.9	8	14.5	12	26.7	38	69.1
GBS 组	20	3	15.0	11	55.0	3	15.0	17	85.0
χ^2 值		1.898		12.690		1.062		1.637	
P 值		0.139		0.001		0.359		0.139	

注：GBS 为无乳链球菌，CRP 为 C-反应蛋白

2.4.3 血清 PCT 值比较：GBS 组 PCT >100 ng/ml 及 >10 ng/ml 的病例占比均大于大肠埃希菌组，差异均有统计学意义 (P 均 <0.05)；GBS 组 PCT 0.5~10ng/ml 的病例占比小于大肠埃希菌组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；GBS 组 PCT >0.5 ng/ml 的病例占比大于大肠埃希菌组，但差异未见统计学意义 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 大肠埃希菌组和 GBS 组血清 PCT 水平比较

组别	例数	>100 ng/ml		>10 ng/ml		0.5~10 ng/ml		>0.5 ng/ml	
		病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)	病例 数	占比 (%)
大肠埃希菌组	55	2	3.6	17	30.9	21	38.2	38	69.1
GBS 组	20	5	25.0	15	75.0	3	15.0	18	90.0
χ^2 值		7.910		11.656		3.622		3.390	
P 值		0.013		0.001		0.092		0.056	

注：GBS 为无乳链球菌，PCT 为降钙素原

2.5 药敏试验：20 例 GBS 败血症患儿药敏结果对青霉素 (0/20)、万古霉素 (0/4)、利奈唑胺 (0/20)、美罗培南 (0/20)、头孢吡肟 (0/20)、头孢噻肟 (0/20)、氯霉素 (0/20)、阿莫西林 (0/12)、氨苄西林 (0/2) 耐药率均为 0%；对左旋氧氟沙星、四环素耐药率分别为 45.0% (9/20)、75.0% (15/20)；对克林霉素及红霉素耐药率均高达 85.0% (17/20)。

20 例 GBS 败血症患儿治疗及住院时间，联合应用抗菌药物 18 例，单一应用头孢类抗生素 2 例。主要用药为美罗培南、万古霉素、利奈唑胺、氨苄西林、头孢噻肟钠。气管插管辅助通气 5 例，持续气道正压通气辅助通气 3 例，贫血输血 7 例，心肺复苏 1 例，抗菌药物鞘内注射 2 例，脑积水外科手术 2 例。

2.6 住院时间比较：20 例 GBS 败血症患儿住院时间为 11~96d，疗程 $\leq 21d$ 6 例， $>21d$ 14 例， $>40d$ 9 例， $>50d$ 6 例。GBS 组 $>21d$ 、 $>40d$ 及

>50d 的病例占比均大于大肠埃希菌组，差异均有统计学意义 (P 均 <0.05)。见表 4。

表 4 大肠埃希菌组和 GBS 组住院时间比较

组别	例数	>21d		>40d		>50d	
		病例数	占比 (%)	病例数	占比 (%)	病例数	占比 (%)
大肠埃希菌组	55	18	32.73	6	10.9	5	9.1
GBS 组	20	14	70	9	45	6	30
χ^2 值		8.329		10.653		5.123	
P 值		0.004		0.002		0.034	

注：GBS 为无乳链球菌

2.7 疗效及随访：20 例 GBS 败血症患儿中，治愈出院 12 例 (60%)，好转出院 8 例 (40%)，无死亡病例。出院后随访 4 个月~5 年，17 例患儿出院后发育正常，3 例出院后神经发育评估落后行康复治疗，其中 1 例痊愈，1 例脑炎后并发脑积水、颅内出血、早产儿、脑室腹腔分流术后 2 年余，目前仍保留引流管，无脑积水，会独自走，欠稳，余评估正常，仍在康复治疗中；1 例脑炎后并发硬膜下积液、脑软化患儿随访 5 年，目前行走时右脚稍有点足，余指标正常，康复中。

3. 讨论

GBS 是孕妇围产期感染的主要致病菌之一，文献报道妊娠期孕妇 GBS 感染的独立危险因素为孕早期体质指数 $\geq 24\text{kg}/\text{m}^2$ 、妊娠糖耐量异常、合并阴道炎。同时 GBS 也是围生期严重感染性疾病的主要致病菌之一，可造成新生儿全身性感染，也可造成 29~90d 小婴儿全身感染，病情凶险。母体 GBS 定植、胎膜破裂时间长、分娩时间长是中国婴儿 GBS 定植的主要危险因素。GBS 病原体的来源可能归因于宫内感染、从母体菌群获得或出生后从医院或社区获得。本研究中收集到 21 例 GBS 感染婴儿中，20 例静脉全血及脑脊液培养确实为 GBS 败血症，说明 0~3 月龄患儿 GBS 感染病情凶险，易造成新生儿及小婴儿全身性感染。20 例 GBS 败血症患儿中产前行 GBS 筛查 5 例，GBS 阳性 1 例，15 例产前未行 GBS 筛查，说明我院周边地区开展产前 GBS 筛查覆盖率低，应引起高度重视，应做好产前宣教工作。13 例患儿为顺产，7 例为剖宫产，与文献报道阴道分娩新生儿无乳链球菌感染率明显高于剖宫产新生儿相符。本研究 20 例 GBS 败血症患儿中，EOD 5 例，LOD 15 例，示 LOD 的发病率高于 EOD，与文献报道相符。20 例 GBS 败血症患儿 17 例以发热为首发症，

其次为呻吟、拒乳症状，20 例患儿病程中均有发热，说明 0~3 月龄 GBS 败血症首发症状主要为发热。

本研究中 20 例 GBS 败血症患儿中 50.0% 患儿病初白细胞降低，这与相关文献报道相符，构成比明显大于大肠埃希菌组，白细胞升高者仅 4 例，本文中 80% GBS 败血症患儿病初白细胞水平并未表现升高，这与一般细菌感染导致机体白细胞水平升高存在区别，GBS 败血症患儿早期感染白细胞降低提示病情凶险。GBS 组 CRP 水平升高者占 85.0%，其中 CRP 水平 50~100mg/L 者占 55.0%，明显大于大肠埃希菌组，差异有统计学意义，CRP 水平 >100.0 mg/L 及 10.0~50.0mg/L 者大肠埃希菌族大于 GBS 组，但差异未见统计学意义。值得注意的是，本研究 20 例 GBS 败血症患儿中 18 例 PCT 水平升高，阳性率高达 90.0%，PCT 值 $>100\text{ng}/\text{ml}$ 及 $>10\text{ng}/\text{ml}$ 的病例占比均明显高于大肠埃希菌组，差异有统计学意义。研究结果提示，GBS 败血症患儿血液非特异性指标中，重症感染患儿白细胞病初常表现为先降低后升高，CRP、PCT 均明显高于正常，可作为判断 0~3 月龄 GBS 感染严重程度指标，以指导临床用药。

研究结果显示，GBS 组败血症患儿并发 PM 及出现 PM 并发症的病例占比虽大于大肠埃希菌组，但差异均未见统计学意义；并发 RPM 及病程中行多次腰椎穿刺 (≥ 5 次) 的病例占比明显大于大肠埃希菌组，差异有统计学意义；GBS 组住院时间明显长于大肠埃希菌组，差异具有统计学意义。说明 GBS 败血症患儿易并发 PM，且多数为 RPM，病程中需反复腰椎穿刺，病程长。

本研究中 20 例 GBS 败血症患儿药敏结果对青霉素、万古霉素、利奈唑胺、美罗培南、头孢吡肟、头孢噻肟、氯霉素、阿莫西林、氨苄西林均敏感，存在对克林霉素、红霉素、四环素、左氧氟沙星耐药菌株。国内多项研究报道 GBS 对红霉素、克林霉素呈高度耐药，本研究中克林霉素及红霉素耐药率最高，均为 85%，因此，GBS 感染应首选青霉素、氨苄青霉素或头孢噻肟作为一线药物，对 β -内酰胺类抗生素过敏者应选用美罗培南或万古霉素，不建议使用红霉素和克林霉素。本研究治疗中考虑到患儿年龄小，入院时病情严重，且病程初期并未确诊是 GBS 感染，考虑到青霉素抗菌谱窄，无法有效作用其他不明菌种，故治疗中多数患儿入院后首选美罗培南、头孢类抗生素，治疗过程中疗效差时联合应用氨苄西林或万古霉素或利奈唑胺。

为预防新生儿 GBS 早发性疾病,美国妇产科医师学会现在建议在怀孕 36~37 周进行全面的 GBS 筛查,所有妊娠 36~37 周阴道、直肠培养呈 GBS 阳性的妇女,除非在完整胎膜的情况下进行产前剖宫产,否则应在产期接受适当的抗生素预防。Waisman 等报道产时抗生素预防仍是降低早期 GBS 败血症的主要干预手段,产时抗生素预防和产后抗生素预防联合使用可使早期 GBS 败血症的发生率降低 40%。Zhu 等报道中国厦门地区 GBS 定植在近 14% 的晚期孕妇中被检测到,产时抗生素预防对减少 GBS-EOD 的发生是有效的,因此,中国应该对孕产妇进行 GBS 普遍筛查,随后对 GBS 定殖的母体进行产时抗生素预防。文献报道一种新型六价荚膜多糖结合疫苗(GBS6)进行母体免疫用于预防新生儿 B 群链球菌感染正在进行临床研究。文献报道一种覆盖最常见血清型的有效疫苗与产时抗生素预防相结合,可能进一步降低 EOD 率并有助于预防 LOD,而目前没有针对 LOD 的公共卫生干预措施。

综上所述,0~3 月龄 GBS 败血症患儿感染症状重,常合并 PM,多为 RPM,且并发症多,住院时间长,LOD 发生率高于 EOD。早期诊断及有效治疗非常重要,同时应做好 GBS 产前筛查防治工作。本研究的局限性在于样本量少,且没有进行血清型分型,因此有必要扩大样本量,纳入当地其他有代表性的医院及国内其他地区有代表性的医院,才能对 GBS

感染进行更全面的分析。

参考文献

[1]Ohri M, Parashar S, Pai VS, et al. A cytosol derived factor of Group B streptococcus prevent its invasion into human epithelial cells[J]. World J Microbiol. Biotechnol, 2018, 34 (3) :45.

[2]Palacios-Saucedo GC, Hernández-Hernández TI, Rivera-Morales LG, et al. Group B streptococcal perinatal infection: A Global, Latin American and Mexican overview[J]. Gaceta medica de Mexico, 2017, 153 (3) : 361-370.

[3]Nanduri SA, Petit S, Smelser C, et al. Epidemiology of Invasive Early-Onset and Late-Onset Group B Streptococcal Disease in the United States, 2006 to 2015: Multistate Laboratory and Population-Based Surveillance[J]. JAMA Pediatrics, 2019, 173 (3) : 224-233.

[4]Lu L, Li P, Pan T, et al. Pathogens responsible for early-onset sepsis in Suzhou, China[J]. Jpn J Infect Dis, 2020, 73 (2) : 148-152. -10.7883/yoken. JJID. 2019. 243.

[5]中华医学会儿科学分会新生儿学组,中国医师协会新生儿科医师分会感染专业委员会.新生儿败血症诊断及治疗专家共识(2019年版)[J].中华儿科杂志, 2019, 57 (4) : 252-257.

文章来源:《中国实用医刊》2020 年 10 月第 47 卷第 20 期

(上接第 44 页)

表 1 不同类型 FGD 临床表现

FGD	基因突变	临床表现
1 型	MC2R	色素沉着,身材高大,特征面容:如眼距过宽、前额突出等,嗜睡,肌无力,血压正常(大多盐皮质激素分泌正常)
2 型	MRAP	色素沉着,正常身高,低血糖,嗜睡,肌无力,血压正常(大多盐皮质激素分泌正常)
非经典型	部分功能缺失突变	FGD 的较轻表型
FGD 变体(CLAH)	STAR CYP11A1	无性腺障碍,潜在损害成年生育能力
FGD 变体(DNA 修复缺陷)	MCM4	生长迟缓,小头畸形,染色体断裂增加,自然杀伤细胞缺陷,反复病毒感染
FGD 变体(线粒体自由基缺陷)	NNT TXNPD2	单纯糖皮质激素缺乏
三 A 综合征(Allgrove's 综合征)	AAAS	贲门弛缓症,无泪,耳聋,智力迟钝,角化过度,神经变性

注:FGD:家族性糖皮质激素缺乏症;MC2R:黑皮质素 2 受体;MRAP:黑皮质素 2 受体辅助蛋白;STAR:类固醇激素急性调节蛋白;CYP11A1:细胞色素 P450(家族 11,亚家族 A,多肽 1);MCM4:微小染色体修复缺陷 4 同源基因;NNT:烟酰胺核苷酸转氢酶;TXNPD2:硫氧还蛋白还原酶 2;AAAS:三 A 综合征;CLAH:先天性类脂性肾上腺增生

治疗:FGD 患者需进行糖皮质激素终身替代治疗,一般无需补充盐皮质激素。HC 剂量为 8-10mg/m²/d,主张按生理节律给药;应激情况(感染、手术、外伤等)下将糖皮质激素剂量增大至 2-4 倍;发生急性

肾上腺皮质功能衰竭,应给予氢化可的松静脉滴注,推荐剂量 50-100mg/m²。定期监测、密切随访很重要。

参考文献(略)

以家庭为主导的护理干预 对脑瘫患儿照顾者负担及负性情绪的影响

史明慧 石彩晓 李靖婕

河南省儿童医院 河南郑州 450018

【摘要】目的：探讨以家庭为主导的护理干预对脑瘫患儿照顾者负担及负性情绪的影响。方法：应用随机数字表法，将纳入的 86 例脑瘫患儿照顾者分为观察组和对照组，每组 43 例。观察组采用以家庭为主导的护理干预，对照组采用常规的护理干预。干预 6 个月后，采用照顾者负担量表（ZBI）、焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）进行评价。结果：干预前两组照顾者负担评分、焦虑评分、抑郁评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预 6 个月后观察组照顾者负担评分、焦虑评分、抑郁评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：以家庭为主导的护理干预能明显改善脑瘫患儿照顾者负担，有效地缓解其负性情绪。

【关键词】脑瘫；家庭护理；负性情绪

脑瘫患儿常伴有不同程度的功能障碍，其功能康复是一个漫长过程，大多数患儿需长期甚至终身护理^[1]，其照顾需求远超过普通小孩，照顾者承受巨大负担，影响其身心健康和生活质量^[2]，而照顾者的态度、行为、照顾模式对患儿功能改善具有积极意义。在医院-社区-家庭护理模式的背景下，以家庭为主导的护理应运而生。以家庭为主导的护理干预，指在责任制护理的基础上，护士通过对患者及其家属的教育和支持，以家属为主导，让其参与患者的疾病管理，以强化或提高患者及其家属的护理能力^[3]。目前已应用于儿科等领域^[4, 5]，对促进患儿康复具有显著作用。本研究通过对脑瘫患儿照顾者实施以家庭为主导的护理干预，取得了较好的临床效果，现报告如下。

1. 对象与方法

1.1 研究对象

便利选取 2019 年 1-12 月科室收治的脑瘫患儿及照顾者 86 例，采用随机数字表法将研究对象分为观察组、对照组，每组 43 例。患儿纳入标准：①年龄 3 岁~10 岁；②符合小儿脑瘫的诊断标准，经头颅 CT、MRI 检查确诊。患儿排除标准：合并有心、肝、肾等其它严重的躯体疾病。照顾者纳入标准：①脑瘫患儿的父母、爷爷奶奶、外公外婆，承担照顾患儿的主要责任，即每天照顾时间 8h 以上且至少 3 个月，与患儿同住；②年龄 20~55 岁；③对本研究内容知晓，自愿参加并签署知情同意书，具备

一定的沟通、交流、理解能力。照顾者排除标准：合并有心、肝、肾等其它严重的躯体疾病，脑器质性疾病和精神疾病。两组患儿及照顾者一般资料见表 1~2。

表 1 两组患儿的一般资料比较 [例 (百分比, %)]

项目	观察组 (n=43)	对照组 (n=43)	χ^2	P 值
性别				
男	27	25	0.195	0.659
女	16	18		
年龄 (岁)				
3~5	20	18	1.366	0.505
5~7	18	16		
7~10	5	9		
脑瘫分类				
痉挛性四肢瘫	16	18	1.536	0.820
痉挛性双瘫	14	13		
痉挛性偏瘫	10	11		
不随意运动性 型 / 运动障碍型	2	1		
共济失调型	1	0		
混合型	0	0		
医疗付费方式				
医保	11	13	0.328	0.849
新农合	28	27		
自费	4	3		

表 2 两组照顾者的一般资料比较 [例 (百分比, %)]

项目	观察组 (n=43)	对照组 (n=43)	统计量	P 值
性别				
男	8	11	0.608	0.436
女	35	32		
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	36.42 ± 12.38	34.79 ± 11.81	0.624	0.534

作者简介：史明慧，主管护师，康复医学科三病区护士长

项 目	观察组	对照组	统计量	P 值
	(n=43)	(n=43)		
文化程度				
初中及以下	8	9	1.409	0.494
高中及以上	30	32		
本科及以上	5	2		
月收入				
<3000	3	5	0.766	0.682
3000 ~ 5000	25	24		
>5000	17	14		
住址				
乡镇	29	28	0.172	0.678
城市	11	13		
照顾者				
父母	28	30	0.312	0.855
爷爷奶奶	12	11		
外公外婆	3	2		

1.2 研究方法

符合纳入标准的研究对象,入院后第1天进行基线评估,主要包括基本资料的收集,照顾负担、焦虑和抑郁的评估,干预结束后终末评估照顾者的照顾负担、焦虑和抑郁症状。

1.2.1 对照组

住院期间由护士为照顾者提供常规的护理干预,出院后每周电话随访一次,每次5~10min,了解患儿近一周的病情、康复锻炼的方法及效果等情况;同时询问患儿的照护情况,目前存在的主要问题及解决情况,有无新的需求。

1.2.2 观察组

1.2.2.1 成立以家庭为主导的护理团队

成员由科室主任、专科护士、康复治疗师、心理咨询师组成,各学科分工合作,为脑瘫患儿照顾者实施以家庭为主导的护理干预方案的有效运作提供有力保障。护理团队于患儿及照顾者入院后24h内,对其进行整体评估,依据评估结果启动护理干预方案;医生协助护士对患儿进行基础及专科评估,并对家庭护理干预活动指征进行判定;康复治疗师协助护士早期护理干预活动方案的实施,强化康复治疗关键环节的指导,每周对护士康复指导培训并考核,保证实施效果;心理咨询师依据评估结果对照顾者心理状况进行整体评估,结合现实情况制定适宜的心理调节方案。科主任对患儿及照顾者整体状况进行评估和把控。

1.2.2.2 以认知行为改变为基础的健康教育

入院后护士评估患儿照顾者疾病知识掌握程度及照护情况,团队成员每周一、三上午9:00-11:00以讲座形式向照顾者进行情绪管理、症状监控、常

用康复锻炼方法等技能培训,同时兼顾团体的接受程度。具体内容包括以下几个方面:①疾病管理:讲解脑瘫的原因、症状及康复锻炼方法;②情绪管理:认真倾听照顾者内心真实的想法和感受,告知这样的担心和焦虑是正常的,安慰、鼓励、帮助其认识自己的情绪,学会合理的宣泄和处理情绪的方法。③康复锻炼:讲解康复训练的作用,告知如何正确康复锻炼。结束后护士再次评估培训内容的掌握情况,如此循环重复直至出院。

1.2.2.3 实施以家庭为主导的护理干预

团队成员利用科室创建的信息平台为出院患儿进行以家庭为主导的护理干预,每天通过文字、图片、视频、语音等形式不定时推送脑瘫康复相关信息、康复锻炼实例或温馨提示;照顾者可随时登陆信息平台上传患儿康复锻炼的图片或视频,每天15:00-16:00在线聊天、咨询、答疑;配有留言功能,护士统计后统一回答共性问题,个性化的问题则单独回答。

1.3 评价方法

1.3.1 照顾者负担量表

照顾者负担量表(Zarit Care giver Burden Interview, ZBI):由王烈等译制的中文版,共19个条目,每个条目采用Likert5级评分法,从“没有”到“总是”依次得分为0~4,总分88分,得分越高,表示负担越重。其负担严重程度划分为0~19分为无或很少;20~39分为轻度负担;40~59分为中度负担;60分以上为重度负担。该量表总的Cronbach's α 系数为0.88,信度较高,内容效度、结构效度均较好。

1.3.2 焦虑抑郁自评量表

焦虑(Self-rating Anxiety Scale, SAS)抑郁(Self-rating Depression Scal, SDS)自评量表:由Zung编制,量表中每个条目采用Likert 4级评分法,各项得分相加即为粗分,粗分乘以1.25后取整数部分得标准分,标准分越高,焦虑抑郁程度越严重。SAS标准分为50分,其中50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑,该量表内部一致性信度Cronbach's α 系数为0.759;SDS标准分为53分,53~62分为轻度抑郁,63~72分为中度抑郁, ≥ 72 分为重度,该量表具有良好的信度,Cronbach's α 系数均在0.75以上。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对样本t检验,组

间比较采用两独立样本 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患儿照顾者干预前后照顾负担得分比较
入院时，两组照顾负担评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预6个月后，观察组照顾负担评分明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患儿照顾者干预前后照顾负担得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	入院时	干预6月末	t	P
对照组 ($n=43$)	58.74 \pm 12.41	56.86 \pm 11.94	5.545	<0.001
观察组 ($n=43$)	58.91 \pm 12.40	48.44 \pm 14.00	16.363	<0.001
t	0.061	-3.089	/	/
P	0.952	0.003	/	/

表4 两组患儿照顾者干预前后焦虑抑郁得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	焦虑		t	P	抑郁		t	P
	入院时	干预6月末			入院时	干预6月末		
对照组 ($n=43$)	68.47 \pm 5.25	68.30 \pm 5.28	0.794	0.431	62.26 \pm 5.31	62.09 \pm 5.15	1.096	0.279
观察组 ($n=43$)	68.47 \pm 5.51	58.26 \pm 5.39	63.21	<0.001	62.26 \pm 5.43	50.51 \pm 5.63	11.916	<0.001
t	0.000	-8.727	/	/	0.000	-9.951	/	/
P	1.000	<0.001	/	/	1.000	<0.001	/	/

3. 讨论

3.1 以家庭为主导的护理干预可减轻照顾者的负担水平

本研究结果表明干预后观察组照顾者负担评分较对照组低 ($P < 0.05$)，由于脑瘫患儿需长期康复治疗，出院后照顾者承担着所有的护理工作，存在一定的照顾负担。本研究运用以家庭为主导护理干预，挖掘各种可利用的资源，为照顾者提供广泛的支持保障，使照顾者掌握照护技巧、疾病知识，对患儿的照顾有更深层次的理解和认识，能以更积极的心态投入，有效地提升了照顾水平，减轻了照顾负担。然而需要指出的是，对照组组内干预前后照顾负担得分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。可能由于在没有实施以家庭为主导的护理干预模式下，随着时间的推移，对照组的照顾者也在不断适应所面对的境遇，对繁重的照护工作逐渐熟练并积极寻求他人的帮助和支持，从而照顾负担有所减轻。

3.2 以家庭为主导的护理干预可缓解照顾者的负性情绪

本研究结果表明干预后观察组照顾者的焦虑抑郁评分较对照组低 ($P < 0.05$)，照顾者的负性情绪会影响对脑瘫患儿的照护，应用以家庭为主导的护理干预模式，通过加强与照顾者的沟通交流，进行心理疏导、劝解，缓解内心的压力，以启发者的身份帮助照顾者挖掘自身解决问题的潜力，充分利用自身资源，使其在照护患儿的过程中能够积极地面

2.2 两组患儿照顾者干预前后焦虑抑郁得分比较
入院时，两组照顾者焦虑抑郁评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预6个月后，观察组照顾者焦虑抑郁评分明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表4。

对各种问题。同时，对于照顾者做出的努力，及时给予评价及反馈，增强照顾者应对负担的信心。干预前后观察组组内脑瘫患儿照顾者的焦虑抑郁评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，这更加肯定了以家庭为主导的护理干预对缓解脑瘫患儿照顾者焦虑抑郁症状的效果。

4. 结论

家庭成员的支持是患者有利的资源，以家庭为主导的护理干预模式在为患者提供护理服务的同时，更关注照顾者的身心健康，使其更积极配合护理工作，更好地为患者提供照护，值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 骆雪英. 延续护理对脑瘫患儿出院后日常生活活动能力的影响 [J]. 护士进修杂志, 2013, 28 (8): 707-708.
- [2] 余文玉, 肖农, 张际, 等. 脑瘫患儿父母心理反应及应对方式研究 [J]. 重庆医科大学学报, 2010, 35 (5): 734-737.
- [3] 汪健健, 赵丽萍, 陈琼妮, 等. 以家庭为中心的护理干预对精神分裂症患者家庭功能和疾病负担的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19 (25): 3046-3049.
- [4] 王青华. 家庭协同护理对初产妇分娩结局及产后恢复的影响 [J]. 中外女性健康研究, 2018 (18): 141-142.
- [5] 席欣欣. 家长协同护理对先天性气管畸形合并重症肺炎患儿的影响观察 [J]. 中国民康医学, 2018, 30 (17): 106-108.

克拉屈滨治疗儿童复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症的循证药学评价

邢亚兵¹ 马姝丽¹ 张胜男¹ 张 森¹ 王晓玲²

1. 郑州大学附属儿童医院 河南郑州 450018

2. 首都医科大学附属北京儿童医院 北京 100045

【摘要】目的：评价克拉屈滨超说明书用药治疗儿童复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症的合理性。方法：查阅国内外网站克拉屈滨的最新版药品说明书、儿童朗格汉斯细胞组织细胞增生症的诊治指南或诊疗规范，收集克拉屈滨的全部适应症证据。计算机检索 PubMed、Embase、Cochrane Library、Clinical trials、CNKI、Sino-Med、VIP 和万方数据库，检索时限为 1993 年 1 月 1 日至 2020 年 03 月 27 日。收集含克拉屈滨方案治疗儿童复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症的研究文献，并对其治疗儿童复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症的有效性和安全性进行系统评价。结果：国内外药品说明书均未批准克拉屈滨用于治疗朗格汉斯细胞组织细胞增生症的适应症；有 2 篇指南包含克拉屈滨治疗儿童复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症内容，其中 1 篇指南为高质量；有 13 篇病例系列研究纳入分析，4 项研究为设计良好的高质量研究报道，9 篇为低质量病例系列报道。结论：克拉屈滨单药在治疗非危险器官累及的复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症患者方面具有较高治疗反应率，但并不足以改变重症患者的最终预后。克拉屈滨联合阿糖胞苷在治疗复发 / 难治性朗格汉斯细胞组织细胞增生症方面表现出较高的反应率和优良的 5 年预期生存率，但患者需耐受更高强度的药物毒性反应及更高水平的支持治疗。

【关键词】克拉屈滨；儿童；朗格汉斯细胞组织细胞增生症；循证药学

根据国家癌症中心 2000-2010 数据，中国儿童肿瘤发病率为 $8.71/10^5$ ，死亡率为 $3.63/10^5$ [1]。研究显示，恶性肿瘤已成为 5-14 岁儿童的第二大死因 [2]。儿童作为特殊的用药群体，尤其是恶性肿瘤患儿，由于抗肿瘤药物的极大毒性和高不良反应发生率，一旦出现用药差错，可能对患儿造成终身伤害。有调查分析显示，抗肿瘤药物说明书有儿童用药剂量信息标示的份数仅为调查份数的 13.47% [3]，这说明超说明书用药在恶性肿瘤患儿中普遍存在。循证药学作为循证医学的分支，是运用循证医学的方法学来解决药学实践中临床问题，已成为临床药师提高药学服务质量，保障患者安全合理用药的重要工具之一。

朗格汉斯细胞组织细胞增生症 (Langerhans Cell Histiocytosis, LCH) 是一组由朗格汉斯细胞为主的组织细胞在机体网状内皮系统内广泛增生、

浸润为基本特征的疾病，全身各器官、系统均可受累，其中肝、脾、血液系统和肺被认为是受累的危险器官。多系统伴危险器官受累的高危患儿常因初始化疗反应不佳而发展成复发 / 难治性病例。克拉屈滨被药品监督管理局批准用于成人毛细胞白血病的一线标准治疗。近年来，已有诸多研究将试用于复发 / 难治性 LCH 的治疗。1993 年 Saven 等首次报告克拉屈滨成功治疗 1 例复发 / 难治性成人 LCH 病例。此后又陆续多篇文献报道治疗成功病例，Saven 等开展的克拉屈滨治疗成人 LCH 的 II 期临床试验结果证实，克拉屈滨治疗成人复发 / 难治性 LCH 有效。随后在儿童患者的临床案例报道中同样证实克拉屈滨对不同类型 LCH 患儿显示良好效果，目前已有多国诊疗方案将含克拉屈滨联合化疗方案作为复发 / 难治性 LCH 的优选挽救方案。虽然含克拉屈滨化疗方案对复发 / 难治性 LCH 的挽救治疗显示良好效果，但因其明显的毒副作用，以及对少部分患者只有部分疗效或无效。本文拟采用循证药学的方法评价克拉屈滨治疗儿童复发 / 难治性 LCH 的安全性和合理性，以期临床安全合理用药提供证据支持。

作者简介：邢亚兵，男，硕士研究生，临床药师，河南省药学会药物经济学专业委员会委员

基金项目：国家科技部重大专项课题 (2018ZX09721003)

1. 资料与方法

1.1 药品说明书查询 中文说明书查询药智数据库、外文说明书通过 Daily med 和 Emc 网站查询最新修订版。

1.2 指南与诊疗规范收集 检索国际组织细胞协会官方网站、医脉通临床指南、加拿大医学会临床实践指南、国际指南协作网、新西兰指南组织等网站关于朗格汉斯细胞组织细胞增生症的治疗指南和诊疗规范。

1.3 纳入与排除标准

(1) 疾病 (P)：复发 / 难治性 LCH。

(2) 干预措施 (I)：克拉屈滨或克拉屈滨 + 阿糖胞苷。

(3) 纳入研究类型：所有单用或联用克拉屈滨治疗儿童复发 / 难治性 LCH 的指南、RCT 研究、队列研究、病例对照研究、病例系列研究等。

(4) 结局指标：主要疗效指标为克拉屈滨或含克拉屈滨化疗方案治疗后疾病状态；次要安全指标为治疗相关毒性反应。

(5) 排除标准：重复发表的文献；会议摘要；无法获取全文的文献；个案报道等。

1.4 文献检索 计算机检索 PubMed、Embase、Cochrane Library、Clinicaltrials.gov、Epistemonikos、CNKI、VIP、CBM 和万方数据库，检索时限为 1993 年 1 月 1 日至 2020 年 1 月 31 日。英文检索词包括：Langerhans cell histiocytosis、Histiocytosis X、LCH、Cladribine、2-Chlorodeoxyadenosine，过滤器设置为 0-18 岁。中文检索词包括：朗格汉斯细胞组织细胞增生症、克拉屈滨、儿童。以 PubMed 为例，其具体检索策略见图 1。

```
#1 "Histiocytosis, Langerhans-Cell" [MeSH Terms]
#2 "Histiocytosis, Langerhans-Cell" [Title/Abstract]
#3 "Histiocytosis X" [Title/Abstract]
#4 "Langerhans Cell Histiocytosis" [Title/Abstract]
#5 #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6 "cladribine" [MeSH Terms]
#7 "cladribine" [Title/Abstract]
#8 "2-Chlorodeoxyadenosine" [Title/Abstract]
#9 "2-Chloro-2'-deoxyadenosine" [Title/Abstract]
#10 "Leustatin" [Title/Abstract]
#11 #6 OR #7 OR #8 OR #9
#12 #5 AND #10
```

图 1 PubMed 检索策略

1.5 文献筛选和资料提取 由 2 名研究者独立

根据纳入与排除标准筛选文献、提取资料和评价纳入研究的方法学质量，并交叉核对，如遇分歧，通过讨论解决。采用预先制定的资料提取表提取资料，提取的信息包括纳入研究基本信息；研究对象基线特征；干预措施；结局指标等。

1.6 方法学质量评价 由 2 名研究者独立评价研究的质量。应用 AGREE II 工具评价指南的方法学质量；病例系列研究采用加拿大卫生经济研究所 (IHE) 制定的病例系列质量评价工具对纳入文献研究的方法学质量进行评价。

1.7 证据等级分级与推荐强度确定 目前有多方法学体系用来进行证据评价和推荐强度的确定，诸如 GRADE 方法学体系、牛津大学循证医学中心 (OCEBM) 制定推出的证据评价和推荐强度体系、中国循证医学中心的证据分级体系等。本文参考相关文献推荐，采用 OCEBM 标准形成相应的证据质量等级分级和推荐意见。最后将推荐意见递交给医院药事管理与药物治疗学委员会，为其是否备案批准临床使用提供科学的决策依据。

1.8 统计分析 采用 SPSS 17.0 软件计算组内相关系数 (ICC) 值，评价 2 名评价员对 2 篇指南所有条目评分的一致性情况。ICC 值通常介于 0 ~ 1 之间，一般认为 ICC 值小于 0.4 时，表明一致性差；介于 0.4 ~ 0.75 时，一致性评价为一般；ICC 值 ≥ 0.75，意味着一致性好。

2. 结果

2.1 文献筛选流程及结果

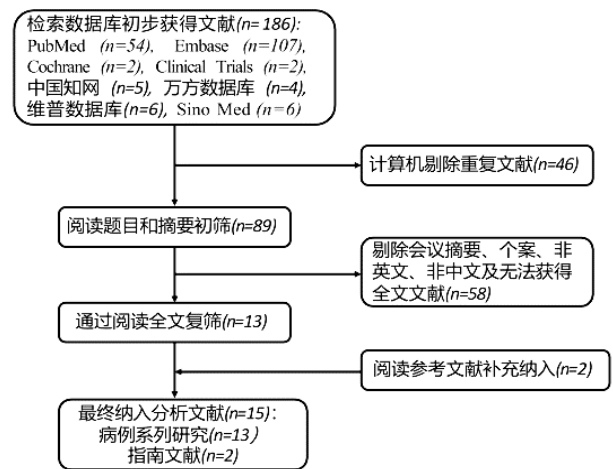


图 2 文献筛选流程及结果

初检得到文献 186 篇，剔除重复文献 46 篇；阅读篇名、摘要后，剔除与研究无关文献 51 篇；根据纳入、排除标准，剔除会议论文摘要、个案报道、

无法获得全文文献等 58 篇；通过阅读全文复筛，得到文献 13 篇，阅读参考文献后补充纳入文献 2 篇，最终纳入分析文献 15 篇，包括 2 篇指南和 13 篇病例系列研究。文献筛选流程及结果见图 2。

2.2 药品说明书调研情况

中文查阅药智网药品说明书数据库，共检索到 3 条药品说明书信息，均为同一家公司生产；Daily Med 数据库检索出 5 条药品标签信息，其中注射剂 4 条，口服片剂 1 条；EMC 数据库检索出 3 条药品标签信息，2 条为注射剂型，1 条为口服片剂。阅读药品标签适应症部分，其（注射剂）官方批准适应症均为：用于活动性的伴有临床意义的贫血、中性粒细胞减少、血小板减少以及疾病相关症状的毛细胞白血病的治疗。所有药品标签中均没有提及治疗 LCH 的适应症，因此，克拉屈滨治疗儿童复发 / 难治性 LCH 属于超说明书用药。

2.3 权威指南与诊疗规范收集结果

通过系统检索数据库，共检索到 2 篇有关 LCH 的诊疗指南。

2.4 指南质量评级

2.4.1 指南总体评价 本文纳入 2 篇指南，其中 1 篇指南为循证指南，1 篇为非循证指南。其中循证指南评级为高质量，所有领域平均分均 $\geq 70\%$ ；其证据等级为 C 级，推荐级别为强推荐。非循证指南评级为低质量，其证据等级和推荐意见均未报告。

2.4.2 2 名评价员评分一致性检验 2 名评价员采用指南研究与评价工具 AGREE II 对 2 篇指南进行独立评价，评分结果的组内相关系数 (ICC) 值为 0.950，95% CI (0.888, 0.979)，*F* 检验 $P < 0.05$ 。表明 2 名评价员评价结果的一致性为高。

2.5 纳入文献的方法学质量评价

系统检索文献数据库，未能检索到高质量的 RCT 文献，经逐层筛选，本文最终纳入 13 篇病例系列研究用于定性评价含克拉屈滨治疗方案治疗儿童复发 / 难治性 LCH 的有效性和安全性。文献报道，若文献内容满足评价条目 14 条 (70%) 以上即可算可接受的质量建议，本文有 6 篇研究的方法学质量评价结果达到可接受程度，其中 2 篇为预试验 (pilot study) 研究，2 篇为设计良好的多中心 II 期研究，1 篇为多中心回顾性病例汇总分析，1 篇为回顾性研究。

2.6 证据质量等级与推荐强度标准

按照 2001 年牛津循证医学中心发布的证据分级标准，13 项研究中有 4 项研究结果符合病例系列研

究中的“全或无病例系列”，证据质量评价为 1c，推荐强度为 A 级推荐；9 项研究为低质量病例系列研究，证据质量评价为 4 级证据，推荐强度为 C 级推荐。

2.7 研究的局限性

本研究具有以下局限性：(1) 本研究仅纳入中文和英文文献，可能存在文献选择性偏倚。(2) 本研究直接采用 IHE 病例系列方法学质量评价工具的条目进行文献研究的方法学质量评价，并没有咨询方法学专家对相应评价条目进行修订或提出新的评价条目。目前还缺乏具体的判定病例系列总体方法学质量等级的界值，即满足多少条目算作高质量。

(3) 本研究并未检索到高质量的 RCT 研究，仅纳入 13 篇病例系列研究，对纳入研究证据质量等级评价时，评价员仅根据文献内容和评价标准将 4 项研究评价为 1c 高质量证据，可能造成评价结果与真实结果存在差异的情况。(4) 本研究纳入文献样本量普遍较小，部分研究设计简单，可能会影响论证强度。

3. 讨论

复发 / 难治性 LCH 患儿发病年龄普遍较低，文献报道多为 2 岁以内，与本文纳入研究基本一致，且通常伴有危险器官（骨髓、肝脏、脾脏和肺）浸润，对含长春花碱和泼尼松的一线治疗无效，或短暂缓解后极易复发。据报道，高危患儿 2 年预期生存率低于 30%，3 年预期生存率低于 20%，患儿常死于严重的脏器功能衰竭。目前对于复发 / 难治性 LCH 患儿国内外并没有推荐的二线标准治疗方案，近年来临床研究已证实核苷酸类似物克拉屈滨和氯法拉滨用于复发 / 难治性 LCH 患者产生令人振奋效果，基于上述证据氯法拉滨已被 FDA 批准用于 1-18 岁儿童难治性 LCH 的治疗（中国未上市），但克拉屈滨尚未被批准用于 LCH 的治疗，因此，克拉屈滨治疗复发 / 难治性 LCH 患儿属于超说明书用药。

目前，儿科超说明书用药已成为全球范围内共性问题，尤其在抗肿瘤药物治疗领域，抗肿瘤药物药品说明书儿童用药信息标示统计结果显示，87.94% 抗肿瘤药物说明书中未标示儿童用药信息或信息标示不全。儿童用药信息缺失，为血液肿瘤患儿临床安全合理用药带来巨大隐患。因此，基于循证药学方法系统评价抗肿瘤药物超说明书用药的合理性和存在的风险，为保障儿童肿瘤患者享有公平健康权益尤为必要。

儿童血液肿瘤病患者作为一类特殊的患者人群，通常在接受标准一线治疗或多线治疗后，对于

复发难治 / 难治患儿，经常会面临无药可用的窘境。在此情况下，探索应用特效药物成为必然，但开展对照试验研究（RCT、病例对照或队列研究）可能不适用或不符合伦理学要求，此时病例系列研究可能是唯一可得的研究证据来源。但按照目前主流的循证证据分级标准，常将此类研究评价为低质量 / 极低质量证据等级研究，为提供准确的证据质量分级和推荐强度带来巨大挑战。

综合本研究结果，克拉屈滨用于治疗儿童复发 / 难治性 LCH 的超说明书用药证据尚可，但仍需前瞻性大样本量临床研究来证实药物获益情况，当前纳入研究普遍存在样本量小，尤其克拉屈滨联合阿糖胞苷治疗时，治疗相关血液毒性反应较重，建议临床在使用克拉屈滨药物治疗前，应仔细评估患儿肿瘤指标，获得患儿 / 患儿家属的知情同意，在充

分权衡利弊的情况下，酌情使用克拉屈滨治疗，以让患儿获得更大生命健康权益。

参考文献

- [1]ZHENG R, PENG X, ZENG H, et al. Incidence, mortality and survival of childhood cancer in China during 2000-2010 period: A population-based study[J]. Cancer Lett, 2015, 363 (2) : 176-180.
- [2]HOWLADER N, NOONE A, KRAPCHO M, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2010[M].MD: Bethesda, National Cancer Institute, 2013.
- [3]MA J, WANG Y, LU B, et al. Investigation and analysis of medication information labeling in 157 package inserts of anticancer drugs [J]. China Pharm (中国药房), 2019, 30 (7) : 985-990.

文章来源：《中国药学杂志》2020年11月第55卷第22期

《医疗机构依法执业自查管理办法》要点摘录

为贯彻落实《国务院办公厅关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》，督促指导医疗机构切实落实依法执业主体责任，2020年9月8日，国家卫生健康委、国家中医药局联合印发了《医疗机构依法执业自查管理办法》（以下简称《办法》）。

自查的主要内容：主要包括12个方面：医疗机构资质、执业及保障管理；医务人员资质及执业管理；药品和医疗器械、临床用血管理；医疗技术临床应用与临床研究；医疗质量管理；传染病防治；母婴保健与计划生育技术服务（含人类辅助生殖技术和人类精子库）；放射诊疗、职业健康检查、职业病诊断；精神卫生服务；中医药服务；医疗文书管理；法律法规规章规定医疗机构应当履行的职责和遵守的其他要求。

自查的主要方式：分为三种，即：全面自查。对本机构依法执业自查工作情况进行的整体检查，每年至少开展一次。专项自查。根据依法执业风险隐患情况、医疗纠纷或者相关部门要求等开展的针

对性检查。日常自查。各部门（包括依法执业管理

部门）在各自职责范围内自主开展的依法执业检查，每季度至少开展一次。

自查的工作要求：一是制度建设。应当建立本机构依法执业自查工作制度。二是机构及人员配置。二级及以上医疗机构应当明确依法执业管理部门，配备专职管理人员，其他医疗机构配备专职或兼职管理人员。依法执业管理部门负责本机构依法执业的日常管理工作，其他职能部门及业务部门主要负责人是本部门依法执业管理的第一责任人，负责本部门依法执业日常管理与自查，记录并向本机构依法执业管理部门报告自查情况。三是及时整改及报告制度。在自查中发现存在依法执业隐患的，应当立即整改。发现重大违法执业行为，应当立即报告所在地卫生健康行政部门。四是信用承诺及公示制度。在院内醒目位置长期公示《医疗机构依法执业承诺书》，自觉接受社会监督。应当建立依法执业自查内部公示制度，定期公示自查工作情况，接受职工监督。五是建立奖惩机制。对按要求开展自查、如实报告自查结果、发现问题及时整改的部门及人员，予以奖励；对未按要求开展自查、发现问题未及时整改到位、自查工作中弄虚作假的部门和人员，从严处理。

1 例皮肤色素沉着、呼吸困难及低血糖患儿的典型病例讨论

时 间：2020 年 11 月 3 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：河南省儿童医院内分泌遗传代谢科

主 持 人：执行副院长成怡冰

参与科室：内分泌遗传代谢科、急诊综合病房、消化内科、感染科、检验科等 23 个科室及进修医生、部分规培医生、2020 级硕士研究生

一、主治医师高静汇报病例（摘要）

患儿，王 XX，男，2 月 13 天，以“皮肤色素沉着并呼吸困难、生长缓慢 2 月余”为代主诉入院。患儿生后即发现全身皮肤色素沉着呈暗褐色，阴囊部位显著，未在意。生后第 2 天出现呼吸困难，反应差。并生长缓慢，出生体重 3.5kg，目前体重 2.17kg。哺乳差，反应差。先后在当地县医院、某油田总医院住院抢救治疗（具体用药不详），诊断为“窒息、新生儿肺炎、肺动脉高压及动脉导管未闭”；生后 5 天转入某妇幼保健院，诊断为“新生儿败血症、新生儿肺炎、先天性肾上腺皮质增生症？”，查 17-羟孕酮正常，给予抗感染及营养支持治疗（具体不详）及无创辅助通气，无效，生后第 11 天转至某大学第一附属医院，监测血糖 2.2-7.8mmol/L，甲功：TSH 12.40uIU/ml，略增高；给予“维生素 K1、磷酸肌酸钠、神经节苷脂、左甲状腺素片 40ug 1 次/天及抗感染支持治疗”，20 天后出院。出院后，呼吸逐渐平稳，但体重不增，纳差、间断呕吐、量不多；皮肤色素沉着逐渐加重，耳唇、口唇出现色素沉着，至当地医院检查发现血糖 2.0mmol/L，静脉推注葡萄糖后转我院。发病以来，反应欠佳，吮奶差，大小便正常。

既往史、个人史、生长发育史：系 2 胎，第 2 产，胎龄 41 周 +5，因“胎膜早破 7 小时、胎位不正”剖宫产，出生体重 3.5kg，出生身长 50cm；暂未发现药物过敏史，现 2 月 13 天，竖头不稳。

家族史：父亲 25 岁，母亲 27 岁，务农，身体健康。母孕期健康。一姐，2 岁，体健。父母非近亲结婚。否认家族遗传性疾病史。

体格检查：Ht 55cm (<3th)，Wt 2.17kg (<3th)，神志清，精神反应差，呼吸略促 42 次/分，全身皮肤弹性较差，色素沉着明显，口唇、牙龈、耳唇呈局限性暗褐色色素沉着，无皮疹及出血点。黏膜无黄染，前囟 1.5cm×1.5cm，平软，眼窝稍凹

陷，眼睑无水肿，眼距宽，咽无充血，口腔内未见疱疹。颈软，无抵抗，双肺呼吸音清，未闻及明显干湿性啰音。心音有力，律齐，心率 134 次/分，心瓣膜各听诊区未闻及明显杂音，腹软，皮下脂肪菲薄，肝脏右肋下 1.5cm，质中，脾肋下未触及，肠鸣音 5 次/分，手足无硬肿及蜕皮，未见疱疹，四肢肌力、肌张力正常。双侧睾丸各约 1ml，PH1。

院外辅助检验及检查结果（某大学附属医院）：多次电解质、肝肾功能心肌酶、血气分析正常 COR 1.38ug/dl (↓)，ACTH 876pg/mL (↑) 醛固酮（卧位）206.57pg/ml（正常）

甲功：TSH 12.40uIU/ml (↑)，FT4 13.31pmol (正常)

性激素：正常

17-羟孕酮：1.25ng/mL

彩超（肾上腺+心脏）：双侧肾上腺体积小；卵圆孔未闭，肺动脉高压（轻度）；

胸部正位片提示：双侧肺透明膜病？

头颅 MRI：无异常

基因检测：先天性肾上腺皮质增生症基因包：未发现致病突变；

我院检验结果：（患儿 2 月 13 天）

肾素活性 7.28ng/ml/hr（正常），醛固酮 114.9 pg/mL（正常）

睾酮 2.730ng/mL，孕酮 <0.030ng/mL，硫酸脱氢表雄酮 3.07ug/dl；均正常

促肾上腺皮质激素 >2000.000pg/mL (↑)，皮质醇 0.24ug/dL (↓)

电解质：钾 5.33mmol/L，钠 138.0mmol/L，氯 101.0mmol/L，钙 2.73mmol/L；正常

17α-羟基孕酮 0.653ng/mL，正常

与基因检测公司沟通再次解读 NROB-1/DAX-1 基因：未发现致病性突变

二、讨论目的

1. 患儿可能的诊断？
2. 皮肤色素沉着、低血糖原因？呼吸困难原因？

三、讨论意见：（摘录）

东三街急诊综合病房住院医师马超分析：患儿以“皮肤色素沉着、呼吸困难，并生长缓慢 2 月余”

为代主诉入院。该患儿既往反复低血糖，可能会出现反复呼吸暂停、生长发育迟缓等。因此以低血糖为切入点进行分析：主要分为酮症性低血糖以及低酮性低血糖，其中酮症低血糖又可以乳酸高低分为高乳酸性低血糖，主要有：糖原累积病、线粒体病、糖异生障碍等；乳酸正常性低血糖主要分为暂时性饥饿不耐受、有机酸血症、氨基酸代谢病、 β 酮硫解酶缺乏等。低酮性低血糖主要有先天性高胰岛素血症、多数脂肪酸 β 氧化障碍、酮体生成障碍、反调节激素缺乏、先天性糖基化障碍等，同时反复低血糖可出现脑损伤。该患儿需要监测血糖、血酮体，完善胰岛素、糖化血红蛋白、血氨基酸及肉碱、尿有机酸检测等检查以进一步明确诊断。

主治医师高静回复：该患儿在外院未检测血酮，血氨基酸及肉碱、尿有机酸检测未见异常。低血糖时给予葡萄糖后血糖水平可以很快正常。

东区呼吸科住院医师董利利：从患儿皮肤色素沉着、ACTH 明显增高入手考虑：1、肾上腺皮质增生：其中由于垂体肿瘤、垂体 ACTH 细胞增生导致的 ACTH 分泌增多，称为库欣病；可以排除。其次考虑先天性肾上腺皮质增生症，主要由于肾上腺皮质激素合成减少导致垂体 ACTH 早期分泌过多，刺激肾上腺皮质增生，甚至形成结节；依据该患儿的肾上腺超声检查提示双侧肾上腺体积小，无肥胖等表现，结合 CAH-Panna1 检测结果，可以排除。2、患儿低血糖，皮质醇降低，超声提示双侧肾上腺体积小，故考虑为肾上腺皮质功能减退。包括继发性肾上腺皮质功能不足，是由于 ACTH 分泌功能障碍所致；原发性肾上腺发育不良，为基因突变导致；或终末器官不敏感，是由于靶器官对 ACTH 不敏感所致。该患儿院外检测 NROB1 基因未发现致病变异，排除先天性肾上腺发育不良诊断。建议完善全外显子检测。

东三街消化内科主治医师王小红：该患儿生后即有皮肤色素沉着，且 ACTH 明显升高，电解质正常，17 羟孕酮正常，伴低血糖。根据生化 17 羟孕酮升高的疾病有以下 2 种，21 羟化酶缺乏症性肾上腺皮质增生症、11 β 羟化酶缺乏症性肾上腺皮质增生症，可排除。CAH-Panna1 检测结果提示 CAH 相关基因均阴性，目前均不支持其他罕见先天性肾上腺皮质增生症的诊断。故考虑肾上腺皮质功能减退症，其中 NROB1 基因结果阴性，不支持 NROB1 基因缺陷所致的原发性肾上腺发育缺陷。甾体合成的代谢异常性病如肾上腺脑白质营养不良、家族性皮质醇缺乏症应考虑，其中肾上腺脑白质营养不良为 X 连锁隐

形遗传，儿童主要发病年龄为 3-10 岁，主要累及肾上腺和脑白质，可出现 ACTH 升高，头颅 MRI 可表现为对称性位于双侧顶枕区白质长 T1 和长 T2 信号，基因检测可发现 ABCD1 基因突变。而家族性皮质醇缺乏症是因为肾上腺皮质束状带对 ACTH 不敏感导致的肾上腺皮质功能减退，多新生儿发病，表现为喂养困难、呕吐、体重不增、常有皮肤色素沉着及低血糖抽搐发作等，多无电解质紊乱，应重点考虑建议完善全外显子检测协诊。

检验科检验师杨冰：该患儿 ACTH 显著增高、皮质醇降低，考虑肾上腺皮质功能减低。从临床检验出发强调送检事项：1、ACTH：血常规管抽血 2ml 颠倒混匀全血，分离血浆保存送检，要注明采血时间；2、皮质醇：由于皮质醇分泌有昼夜节律性变化，参考值也分不同时间点，所以一定要在送检中心的申请单上写上采血时间。

主任医师卫海燕分析讲解总结：该患儿病历特点：1. 年龄特点：男孩，小婴儿；2. 病史特点：皮肤色素沉着、体重不增、呼吸困难、低血糖，辗转多家医院治疗 2 月余，呼吸支持及对症治疗效差；出生史及家族史无特殊；3. 体检特点：重度营养不良貌，呼吸浅促，全身皮肤色素沉着，口唇及外生殖器色素显著，双侧睾丸 1ml，阴茎约 3.0*1.0cm，阴囊色素沉着明显；4. 实验室特点：外院多次查肝肾功能心肌酶电解质血气正常；TSH 轻度增高，COR 1.38ug/dl (<5ug/dl)，血糖 2.0mmol/L ↓；我院复查 ACTH>2000pg/ml ↑ ↑ ↑，COR 0.24ug/dlug/dl ↓ (<5ug/dl)，17 羟孕酮正常，电解质正常；5. 影像学特点：肾上腺彩超一肾上腺体积小，胸片提示疑似肺透明膜病改变。完全符合原发性肾上腺皮质功能减退症 (Primary adrenal insufficiency, PAI) 诊断标准：虚弱、乏力、低血糖、生长迟缓、皮肤色素沉着等症状，结合皮质醇显著减低 (<5ug/dl)、ACTH 显著增高，但电解质正常，即无盐皮质激素合成不足或过多表现。据此，可以进行鉴别诊断。

PAI 包括一大类疾病，按照病因分为先天遗传性疾病和后天获得性疾病。其中，由基因突变导致的先天性肾上腺皮质增生症 (Congenital adrenal hyperplasia, CAH) 约占 72%，基因缺陷导致肾上腺发育不良等约占 7%；后天获得性的如肾上腺肿瘤、肾上腺结核、肾上腺出血、自身免疫破坏等占 13%。该患儿生后即发病考虑为先天性遗传性 PAI。先天遗传性 PAI 按照发生机制分为 5 类：(1) 肾上

腺发育不良：主要病因包括 DAX-1 缺陷、Xp21 临近基因缺陷等；临床表现为糖皮质激素及盐皮质激素合成不足及低促性腺激素性发育不良。后者同时伴肌酶异常增高等。该患儿无盐皮质激素合成障碍，且 DAX-1 或 NROB-1 基因未检出突变，可以排除。(2) 肾上腺皮质激素合成障碍：肾上腺皮质激素合成过程中酶的缺陷，由于负反馈机制导致肾上腺皮质增生，故名 CAH；特点为糖皮质激素合成不足及盐皮质激素不足或过多、性激素不足或过多等，其中 21 羟化酶缺乏症常见，占 90-95%。该患儿无盐皮质激素异常及外生殖器异常、肾上腺彩超提示肾上腺体积小，且外院 CAH 相关基因检测阴性，可以排除。(3) 激素前体物质不足：病因是肾上腺皮质激素的前体物质胆固醇合成缺陷，编码 7-脱氢胆固醇还原酶基因突变导致，又称为 Smith-Lemli-Opitz 综合征，非常罕见，累积肾上腺三类激素，且多有异常面容及指趾畸形、小头、先心等，可以排除。(4) 过氧化酶缺陷：导致肾上腺脑白质营养不良，通常儿

童期发病，伴神经系统症状及特异性脑白质异常，该患儿发病早、神经系统无异常表现，不考虑。(5) ACTH 抵抗或称为孤立性糖皮质激素缺乏 (Familial glucocorticoid deficiency, FGD)：临床表现为糖皮质激素缺乏，罕见盐皮质激素合成异常，与该患儿表现符合，且由于糖皮质激素胚胎期合成不足导致肺发育不良，可以解释呼吸困难及胸片改变。FGD 分为 2 型，可以由黑皮质素 2 受体 (MC2R 基因)、黑皮质素 2 受体辅助蛋白 (MRAP 基因)、烟酰胺核苷酸转氢酶 (NNT)、微小染色体修复缺陷 4 同源基因 (MCM4)、硫氧还蛋白还原酶 2 (TXNRD2)、以及 AAAS 基因突变导致。至此，再次与基因检测公司沟通，重点分析 FGD 相关基因，结果如下：检测到 MC2R 复合杂合突变，经 Sanger 验证，受检者父亲携带 c.433C>T (p.R145C) 杂合变异，受检者母亲携带 c.710T>C (p.L237P) 杂合变异。

基因所致疾病和临床表现高度相关，隐形遗传疾病，仅发现一个杂合的致病 / 疑似致病性变异。

基因	染色体坐标 (GRCh37/hg19)	核苷酸改变	NM 号	基因亚区	纯合 / 杂合	氨基酸改变	致病性分析	疾病 / 表型	遗传方式	变异来源
MC2R	Chr18:13885085	c.433C>T	NM-000529.2	CDS1	杂合	p.R145C	临床意义未明	ACTH 无反应性糖皮质激素缺乏症	AR	父源
	Chr18:13884808	c.710T>C		CDS1	杂合	p.L237P	临床意义未明			母源

AR：常染色体隐性遗传

确定诊断：家族性糖皮质激素缺乏症 1 型

治疗随访：2017 年 10 月 20 日首次至我院就诊后即给予口服氢化可的松片 2.5mg (14mg/kg/d) Q12h；皮肤色素沉着于治疗后 1 月逐渐消失，出现追赶生长，之后调整剂量为 8-10mg/kg/d，智力发育正常。末次随访时间为 2020.10.21 (3 岁 2 月)，Ht 97.6cm (10-25th)，Wg 13.3kg，眼距宽，前额突出。ACTH 14.820pg/mL；IGF-1134.225ng/mL，氢化可的松减量为 2.5mg (8.5mg/kg/d) Q12h。身材偏矮考虑与婴儿早期长时间误诊导致生长停滞有关，密切随访。

该病例讨论的意义：1. 掌握 PAI 诊断依据及鉴别思路；2. 了解 PAI 皮肤色素沉着机制 (ACTH 前体物质阿片素原增多，α-促黑色素原增多)；3. 掌握肾上腺危象的识别及处理；4. 结合临床合理选用基因检测技术，提高诊断阳性率；5. 掌握糖皮质激素功能：应激功能、抗炎、及促进胎儿肺成熟作用。该患儿如果早期得到诊断，及时应用糖皮质激素，病情便会早期得到良好控制。

执行副院长成怡冰总结：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。今天由内分泌遗传代谢科提供的病历专业性非常强，相信大家收获很多。在以后的临床工作中，遇到皮肤色素沉着的患儿应该多思考一些，遇到低血糖的孩子不能只是一味地补充葡萄糖。糖皮质激素功能非常重要，一定要掌握。

四、知识链接：家族性糖皮质激素缺乏症 1 型

家族性糖皮质激素缺乏症罕见，占 PAI 的比例不足 5%，属于常染色体隐性遗传病，由 MC2R 及其辅酶基因突变或 AAAS 基因突变导致，依据基因突变类型分为 1 型和 2 型。1 型由 MC2R 基因突变导致 ACTH 受体异常，导致肾上腺皮质束状带对 ACTH 不敏感而导致皮质醇水平降低和 ACTH 水平明显增高从而有皮肤色素沉着的临床表现，临床有眼距宽、前额突出、通贯掌等特征性表现，小婴儿期不典型。实验室检查以单一皮质醇缺乏而醛固酮、肾素水平正常为特征，发病年龄早晚不一，但多为新生儿或儿童期起病。(下接第 34 页)

【名医】临颍县人民医院儿科主任赵云霞

临颍县人民医院是一所集医疗、预防、保健、科研、教学、急救为一体的二级甲等医院，也是全国百名优秀县医院，其中儿科为河南省县级医院重点专科。

赵云霞作为临颍县人民医院儿科主任，自1989年从河南医科大学儿科系毕业参加工作以来，恪守医务人员道德规范，精诚为医，心系患者。一年365天，从无节假日，只要患者需要，随叫随到。尊重每位患者，以自己的“爱心”、“细心”、“真心”“耐心”，赢得了广大患者的依赖与信誉，缔结了良好的医患和谐关系。在努力工作的同时，更重视专业理论水平的提高，不断更新知识，经常参加省内外举办的各种专业培训班和年会，开拓视野，总结经验，汲取教训，并应用于临床。已撰写10多篇专业论文，相继在省级及国家级杂志上发表。积极开展新技术，于2003年创建了新生儿重症监护室，提高了新生儿救治的成功率，并于2008年购置新生儿正压呼吸机，使新生儿疾病的救治上升了一个新的台阶。并于2017年儿科成功申报为河南省县级医院重点专科，带领科室医务人员参加各种形式的学习班、学术会，请上级医院的专家来院讲课、查房、会诊，开展新项目、新项目，提高科室医务人员的医疗技术水平；开展亚专科，如儿童重症、哮喘门诊、儿童内分泌疾病的早期诊断、小儿脑损伤的早期识别等，使临颍县儿童能得到了更好的医疗服务。

在平时工作中勤勤恳恳，任劳任怨，无私奉献，视患儿如亲人，始终把病人利益放在第一位。具有强烈的责任心，千方百计为家属减轻负担，不开大处方，不滥做检查，拒收红包，并最大限度的减少患儿病痛及消除恐惧心理。面对患儿柔声细语，微笑服务，不给患儿发脾气，与患儿交朋友，以消除患儿对医院的恐惧感，减少和分散因疾病给患儿带

来的痛苦，使其能主动配合治疗，得到了患儿的喜爱和家长的广泛好评。

在医疗技术上精益求精，尽职尽责。工作于临床第一线，向社会公示自己的电话号码，24小时接听咨询电话，对家庭困难的患儿，想方设法缩短住院日，让他们花最少的钱得到最好的治疗。对患有疑难杂症的患儿，主动为他们联系上级医院组织远程会诊，制定出切实可行有效的治疗方案，不需来往两地，就能确诊病情，使患儿得到有效治疗，早日康复。

担任科主任以来，非常重视科室人员的素质教育，从医生的医德修养到医疗行为规范，从医疗诊断到治疗结果，方方面面都加以正确引导。处处以身作则，率先垂范。热情、周到、耐心、细致地对待每一个病人，还经常引导年轻大夫“大医者、不计小利，以善为本，以德行医，才能做一个好医生，得到长远发展”。通过言传身教，带出了医院一支素质高，技术过硬，团结向上的儿科队伍。



赵云霞

女，现任儿科主任，主任医师，中国医师协会全国新生儿专科医联体专家委员会省网委员；河南省医院协会儿童医院（科）分会委员；河南儿科医疗联盟理事；河南省妇幼保健协会儿童发育行为专业委员会第一届委员会委员；河南省医学会儿科学会第二届小儿肾脏病学组委员；河南省医师协会儿科医师分会首届肾脏病学组委员；河南省医师协会新生儿科医师分会首届基层医师工作委员会委员；漯河市评审委员会委员；漯河市中医药儿科学分会副主任委员；2016年获漯河市科学技术进步二等奖一项。

【名科】宝丰县人民医院儿科

宝丰县人民医院儿科是河南儿科医疗联盟理事单位，河南省医院协会儿童医院（科）分会会员单位，河南省新生儿重症救护网络成员单位，河南省



医学会儿科专业委员会委员单位，河南省预防医学会小儿先天性心脏病预防委员会委员单位，平顶山市重点专科。

儿科设有儿童重症监护病房（NICU、PICU）、中西医结合普通儿科病区、儿童康复及中医外治病区及雾化治疗中心。新生儿病房包括：NICU、早产儿病房、足月儿病房及感染隔离病房。拥有优美洁净的环境、雄厚的技术力量和一流的仪器设备。儿科实际开放床位 150 张，共有医护人员 72 人，其中副主任医师 4 人，主治医师、住院医师 18 人。主管护师、护士 52 人。儿科重症监护病房于 2010 年 10 月成立。设 NICU、PICU 两个病区，设定床位 25 张，建筑面积 600 多平方米，环境整洁，舒适优雅，分区合理，医疗监护区域分普通监护病房及感染监护病房；医疗辅助病区包括仪器清洗间及存放间、配奶及配餐间、感染患儿沐浴间、非感染患儿沐浴间、餐具及奶具清洗间；污物处理区域包括干性污物处理间、湿性污物处理间；具有单独通道的医务人员生活辅助用房区域。拥有先进的、充沛的医疗配置：进口有创呼吸机及无创呼吸机，血气分析仪，心电图监护仪，输液泵，注射泵，早产儿培养箱、蓝光治疗仪、辐射抢救台、单人超净工作台等先进设备，可以满足不同年龄段的重症儿童的监护和治疗，可以行床旁心脏及颅超检查，可以救治专业领域覆盖

儿科各个专业危重症疾病，包括早产儿 / 新生儿呼吸窘迫综合症、新生儿胎粪吸入综合症、新生儿肺出血、新生儿败血症、新生儿肺炎、心肺复苏后、急性左心功能衰竭、感染性休克、过敏性休克、急性有机磷等各种中毒、癫痫持续状态、呼吸窘迫综合征、急性肺损伤、呼吸衰竭、脓毒症、心力衰竭、急性心包填塞、心律失常、高血压危象、急性颅压增高综合征、脑疝、颅内感染、格林巴利综合征、哮喘持续状态、气胸、胸腔积液、重症肺炎、重度水电解质紊乱、糖尿病酸中毒、应激性高血糖、急性肾功能不全、消化道大出血、重度贫血、自发性出血症、中毒以及其他需要人工通气与全静脉营养患儿。有医护人员 31 人，高级职称 1 名，中级职称 3 名，研究生 1 名，拥有丰富的临床经验、高超的诊疗技术。

学科带头人赵明刚副主任医师带领专业的医护人员三十余名，对患儿倍加关爱、尽心尽责，使患儿的治愈率、抢救成功率逐年提高，获得了患儿家属的爱戴、同道的认可、社会的赞誉。中西医结合普通儿科病区医师配置 9 人，高级职称 1 人，中级职称 4 人，初级职称 4 人。开展有小儿呼吸、小儿神经、小儿免疫肾病、小儿生长发育等亚专业方向。儿童康复中医外治病区医师配置 6 人，高级职称 2 人，中级职称 3 人，初级职称 1 人。开展有儿童脑瘫康复、中医康复、语言康复，中医外治疗法等。

科室率先开展了经鼻气管插管机械通气技术，机械通气配合气管内注射牛肺表面活性剂治疗新生儿呼吸窘迫综合症，全身亚低温及促红细胞生成素治疗缺氧缺血性脑病，哮喘规范化治疗，过敏原、肺功能检测，儿童脑性瘫痪的康复治疗等。并且建立了定期随访制度，有效的降低了儿童脑性瘫痪、智能低下等神经伤残的发生率。曾经成功救治体重仅 600 克的超低出生体重儿，跟踪随访 7 年生长发育均处于正常水平。

作为宝丰县儿科诊疗中心、新生儿及危重儿童救治中心，科室免费接诊来自本地及周边县的极危重患儿，对转诊医院及转诊患儿提供优质服务，全心全意为宝丰县儿童服务。

【名院】许昌市妇幼保健院



许昌市妇幼保健院暨许昌市儿童医院始建于1953年，是许昌市政府举办的唯一一家三级妇幼保健院，负责全市妇女儿童的医疗、保健、康复、健康教育和各县（市、区）妇幼保健院、城区社区卫生服务中心的妇幼保健业务指导等工作。

医院现有新院和光明路两个院区，新院区设置床位400张，在职职工508人，科室布局按照最新妇幼保健院建设标准和服务流程设置。负责全市妇女儿童的医疗、保健、康复、健康教育，各县（市、区）妇幼保健院、城区社区卫生服务中心的妇幼保健管理和业务指导等工作，承担着全市孕期保健、儿童保健、0-6岁儿童视力保健、婚前医学检查、妇幼卫生监测、预防艾梅乙母婴传播等妇幼卫生健康服务项目的实施、管理、培训、指导和考核，省、市级民生实事的管理及实施工作。是许昌市唯一一家产前诊断技术服务机构、河南省儿童早期发展标准化基地，是许昌市危重孕产妇和危重新生儿救治中心、许昌市产科质量控制中心、许昌市妇幼健康服务能力提升培训基地。先后荣获了“全国百家优秀爱婴医院”、“全国母婴友好医院”、“全国三八红旗集体”、“河南省十佳妇幼保健院”等荣誉称号。

医院深入推进和扎实开展大部制改革和学科体系建设，以全市业务管理与妇幼健康服务两大基本任务为核心，规范设置了孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部、计划生育技术服务部四大业务部，以确保更好地为妇女儿童提供全生命周期保健服务。

医院设有儿童保健部，下设儿童保健科、儿童康复科、儿科、新生儿科、中医儿科以及外科。儿童保健科集儿童保健、儿童早期发展促进为一体的

许昌地区服务最全、规模最大的儿童保健中心。科室具有完整的儿童保健服务体系：儿童生长发育监测、儿童营养评价与喂养指导、儿童发育行为评价与指导、儿童心理行为异常（多动症、抽动症、学习障碍、情绪问题等）的评估与干预指导、儿童身高促进、高危儿保健、儿童早期发展促进与康复、儿童眼保健、儿童口腔保健、儿童听力保健等。儿童康复科是省残联确定的贫困脑瘫、智力障碍儿童抢救性康复救助机构，主要服务对象为十四岁以下孤独症谱系障碍、智力低下、语言障碍、脑瘫、脑外伤后遗症、脑炎、精神发育迟滞等肢体、智力残疾的儿童，同时服务发育迟缓、步态异常、构音障碍、言语落后等需要医学指导矫正的儿童。开展有蜡疗、水疗、多感官训练等特色疗法。儿科开设有儿童哮喘标准化门诊、儿科内分泌等特色专科，诊治儿科呼吸及消化系统常见病、过敏性紫癜、皮肤黏膜淋巴结综合征（川崎病）等儿科各类常见病、疑难病及各种急、危、重症。新生儿科是许昌市危重新生儿救治中心，曾成功救治740克的超低出生体重儿和26+4周的极早早产儿，是许昌市救治成功的体重最低和孕周最小的新生儿。开展了家属陪护、袋鼠护理等特色服务。中医儿科开展有穴位贴敷、小儿推拿疗法、中药直肠滴入治疗、艾灸、针刺、刮痧、中药药浴等特色服务。外科科室以新生儿和儿科的诊治为主攻方向，开展有幽门肥厚、肠闭锁等先天畸形疾病；小儿普外腹股沟疝、阑尾炎、肠套叠等常见病；胆总管囊肿、巨结肠等需高难度手术治疗的疾病；肺囊腺瘤及纵膈疾病；包茎、隐匿性阴茎、隐睾、先天性肾积水等疾病。

孩子热性惊厥不要慌， 儿医专家宝藏指南请收好

“热性惊厥”过去医学上把它叫做“高热惊厥”，也就是老百姓俗称的“烧抽了”。这是一种幼儿发烧时常见的并发症，通常在体温超过38℃时更容易发生。6个月到5岁的儿童高发。热性惊厥是小儿惊厥中最常见的原因，是小儿时期神经系统常见的疾病之一，有明显的年龄依赖性，绝大多数儿童6岁以后不再发作。发作时宝宝的症状常常是失去意识、抽搐、牙关紧咬、翻白眼、以及四肢抽动等。家长们恐慌的主要原因是害怕损害宝宝的大脑，影响宝宝今后的学习能力和智力，甚至害怕失去宝宝。事实上，大多数的单纯热性惊厥发作时间不超过两分钟，有时甚至只是几秒钟，极少人会持续到15分钟，这种短暂的惊厥发作是一种良性无害的发作，不会损害宝宝的大脑。

目前认为热性惊厥主要有两方面的原因：1. 与这个年龄段儿童的神经系统发育不成熟有关。随着宝宝神经系统发育成熟后就不会再发作热性惊厥。2. 遗传的原因。直系亲属有热性惊厥史的幼儿更容易发生热性惊厥，目前认为和家族基因相关。

热性惊厥的诱发因素是发烧，热性惊厥发作时，科学正确的应对措施切记一个原则：应对热性惊厥不是人为停止惊厥，惊厥常常会自己停止，家长要做的是保持宝宝呼吸道通畅，同时记录发作时的表现和持续时间，如果可能用视频记录下来，这些信息对后续医生的诊断更有价值。《热性惊厥诊断治疗与管理专家共识（2017实用版）》：大多数热性惊厥呈短暂的单次发作，持续时间1-3分钟，不必急于用止惊药物，应保持呼吸道通畅，防止跌落或受伤，勿刺激患儿，按压或摇晃患儿导致进一步伤害。应当采取以下措施：1. 迅速将患儿安置于平卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，松解衣领；2. 专人守护，避免一切不必要的刺激，如按压人中，针刺穴位等，预防患儿受伤，不可强力按压肢体，移开周围尖利硬性物品，避免骨折等外伤；3. 及时清除呼吸道分泌物及呕吐物，抽搐时不要往口中塞任何东西，不要灌药，也无需马上行口对口人工呼吸；4. 患儿一天之内反复

抽搐，或单次抽搐时间过长请及时去医院就诊。

发作过热性惊厥的宝宝有1/3会复发，癫痫通常以不发烧时出现的惊厥为典型症状，所以发作过单纯热性惊厥的宝宝不会进展为癫痫。但当出现复杂性热性惊厥发作时需要警惕癫痫，必要时需要做脑电图鉴别。对于大多数发作过热性惊厥的宝宝，最好的预防手段是做好日常护理，避免频繁发烧。

河南省儿童医院神经内科

秋冬季节 儿童咳嗽莫大意

6个多月的乐乐出现轻微咳嗽、流鼻涕等感冒症状，因为症状轻家长也没太在意。可是3天过去了，乐乐不仅症状没有减轻，反而咳嗽加重，甚至喘不上气来，一家人赶紧抱着娃来到河南省儿童医院郑州儿童医院。东三街呼吸一病区主任黄晗经过仔细诊查，确诊乐乐为毛细支气管炎，乐乐妈似乎有些诧异：“本以为是常见的感冒，没成想还严重了！”

毛细支气管炎的病变主要发生在肺部最细小支气管的部位，四季均可发病，但以秋冬季较多见，是一种婴幼儿常见的下呼吸道感染，以喘息、气促、三凹症为主要特点。患有此病的宝宝初期症状像感冒，低热、咳嗽、流鼻涕、呼吸不畅。1-2天后出现阵发性咳嗽，3-4天左右咳嗽加重，呼吸急促，喘息，甚至出现口唇或指甲紫绀等情况。5-7天达到高峰，有的宝宝烦躁不安、哭闹不止，严重时会出现心力衰竭或呼吸衰竭。当宝宝出现以上症状时要引起重视，立即就医。宝宝呼吸不畅、憋气缺氧都是非常危险的，切记不要在家自行用药。

预防毛细支气管炎要做好手卫生和呼吸道病人隔离，尽量减少被感染的几率；秋冬尽量避免带宝宝去人多、空气不流通的公共场所，减少交叉感染几率。同时，家长要根据温度变化及时增减衣物，尤其是睡眠时要给宝宝盖好被子，注意保暖。宝宝生病期间尽量采取少量多餐的方法，给予清淡营养的半流质食物，利于吸收。可以使用空气加湿器，帮助宝宝湿化气道，家庭成员需在室外吸烟，避免孩子接触烟雾。

河南省儿童医院东三街门诊办公室 焦文佩



1. 面对生命的态度

有位太太请了油漆匠到家里粉刷墙壁。油漆匠看到男主人双目失明，顿时流露出怜悯之情。工作几天，油漆匠和男主人谈得很投机。工作完毕，油漆匠拿出账单，太太发现比谈妥的价钱打了很大的折扣。她问道：“怎么少算这么多呢？”油漆匠说：“我与您先生在一起觉得很快乐，他总是开朗乐观，他对人生的态度，让我觉得自己的境况还不算最坏。减去的那部分算是我对他表达的谢意，他让我不要把工作看的太苦！”太太看了油漆匠一眼，原来这位慷慨的油漆匠只有一只手。

——生活并非全数由生命所发生的事决定，有时由我们面对生活的态度和看待事情的态度来决定。

2. 小创新大成就

美国有一间生产牙膏的公司，产品优良，包装精美，深受广大消费者的喜爱，每年营业额蒸蒸日上。前十年每年的营业增长率为10—20%，令董事部雀跃万分。不过，进入第十一年、第十二年、第十三年后，业绩每个月都维持同样的数字。董事部对此感到不满，便召开全国经理级高层会议商讨对策。会议中，有名年轻经理站起来，对董事部说：“我手中有张纸，纸里有个建议，若您要使用我的建议，必须另付我5万元！”总裁听后很气恼。“若我的建议行不通。您可以将它丢弃，一分钱也不必付。”年轻的经理解释道。总裁接过纸后，阅毕，马上签了一张5万元支票给年轻经理。纸上只写了一句话：将现有的牙膏开口扩大1mm。总裁马上下令更换新的包装。这个决定，使该公司第十四年的营业额增加了32%。

——面对新知识、新事物或新创意时，解放思想，也许能从中获得启示，从而改进工作、改善生活。

3. 沙砾与黄金

一队商人骑着骆驼在沙漠里行走，突然空中传来一个神秘的声音：“抓一把沙砾放在口袋里吧，它会成为金子。”有人听了不屑一顾，根本不信，有人将信将疑，抓了一把放在袋里。有人全信，尽可能地抓了一把又一把沙砾放在大袋里，他们继续上路，没带沙砾的走得很轻松，而带了的走得很沉重。很多天过去了，他们走出了沙漠，抓了沙砾的人打开口袋惊喜地发现那些粗糙沉重的沙砾变成了黄灿灿的金子。

——在漫长的人生中，时间、责任就像是沙砾，惟有紧紧抓住机遇、勇于承担责任的人，才能将这些普通粗糙的沙砾变成可贵的金子。

1. 伤心故事

有三个人到纽约度假。他们在一座高层宾馆的第45层订了一个套房。一天晚上，大楼电梯出现故障，服务员安排他们在大厅过夜。他们商量后，决定徒步走回房间，并约定轮流说笑话、唱歌和讲故事，以减轻登楼的劳累。笑话讲了，歌也唱了，好不容易爬到第34层，大家都感觉精疲力竭。“好吧，彼德，你来讲个幽默故事吧。”彼德说：“故事不长，却令人伤心至极：我把房间的钥匙忘在大厅了。”



2. 卖书

一个很有名的作家要来书店参观。书店老板受宠若惊，连忙把所有的书撤下，全部换上作家的书。作家来到书店后，心里非常高兴，问道：“贵店只售本人的书吗？”当然不是。”书店老板回答，“别的书销路很好，都卖完了。”

3. 调羹

麦克走进餐馆，点了一份汤，服务员马上给他端了上来。服务员刚走开，麦克就嚷嚷起来：“对不起，这汤我没法喝。”服务员重新给他上了一个汤，他还是说：“对不起，这汤我没法喝。”服务员只好叫来经理。经理毕恭毕敬地朝麦克点点头，说：“先生，这道菜是本店最拿手的，深受顾客欢迎，难道您……”“我是说，调羹在哪里呢？”

4. 撞树上了

那天去小侄子家玩，就侄子一个人在家。中午带他去吃饭，忽然想起我姐说“附近的小孩子都很调皮，出门要小心！不过带上你侄子再出门就没事了！”一出门就遇到一群小孩拿石头砸我，侄子见了，上去一把揪住他的衣领，一顿暴K。打完后说：“知道回家怎么说嘛？”小孩：“知道。”侄子：“怎么说？”小孩：“撞树上了。”

5. 中国好丈母娘

丈母娘打电话给老婆，说想女儿了，叫她回去住几天。我就纳闷了，为啥丈母娘不叫我去呢，于是我就打电话问丈母娘。丈母娘语重心长的说：“你小子傻啊，双十一了，你想让她败家吗，农村没网，住两天就太平了！”我流着泪挂了电话，真是中国好丈母娘！

6. 花瓣再利用

同学婚礼现场，两个四岁的小花童在撒花瓣。小正太一边撒还一边低头捡，最后主持人问他“宝贝为什么花瓣还要捡起来！”小正太看着旁边的小萝莉，拎着手里的花篮，一脸认真的说道“这个留着以后我俩结婚时候用！”

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 荣阳市妇幼保健院
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（236家）

首批成员单位（64家）

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

第二批成员单位（33家）

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

第三批成员单位（40家）

- | | | |
|--------------|-------------|------------------|
| (1) 驻马店市中医院 | (6) 周口市儿童医院 | (11) 许昌市第五人民医院 |
| (2) 新蔡县妇幼保健院 | (7) 商水县人民医院 | (12) 许昌市建安区妇幼保健院 |
| (3) 遂平县人民医院 | (8) 鹿邑真源医院 | (13) 长葛市妇幼保健院 |
| (4) 上蔡县人民医院 | (9) 扶沟县人民医院 | (14) 禹州市妇幼保健院 |
| (5) 确山县人民医院 | (10) 新郑市中医院 | (15) 襄城县中医院 |

- | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------------|
| (16) 信阳职业技术学院附属医院 | (25) 漯河市第三人民医院 | (34) 博爱县妇幼保健院 |
| (17) 息县人民医院 | (26) 漯河市召陵区人民医院 | (35) 济源市妇幼保健院 |
| (18) 河南宏力医院 | (27) 漯河市郾城区人民医院 | (36) 鹤壁京立医院 |
| (19) 封丘县人民医院 | (28) 通许县人民医院 | (37) 云南省临沧市临翔区妇幼保健
院 |
| (20) 商丘市第三人民医院 | (29) 武陟县中医院 | (38) 内蒙古宁城县蒙医中医医院 |
| (21) 濮阳县人民医院 | (30) 焦作市第二人民医院 | (39) 山西省芮城县人民医院 |
| (22) 平顶山市第二人民医院 | (31) 焦煤集团中央医院 | (40) 山东省东明县妇幼保健院 |
| (23) 郟县妇幼保健院 | (32) 沁阳县妇幼保健院 | |
| (24) 南阳市第一人民医院 | (33) 孟州市人民医院 | |

第四批成员单位 (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) 郑州叮叮健康服务中心 |
| (13) 获嘉县人民医院 | (33) 南阳市中心医院 | (53) 安徽省皖北煤电集团总医院 |
| (14) 辉县市人民医院 | (34) 南阳市第二人民医院 | (54) 云南省会泽县人民医院 |
| (15) 封丘县妇幼保健院 | (35) 新野县人民医院 | (55) 云南省会泽县妇幼保健院 |
| (16) 孟州市第二人民医院 | (36) 新野县妇幼保健院 | (56) 云南省福贡县人民医院 |
| (17) 商丘市妇幼保健院 | (37) 南召县人民医院 | (57) 山西省晋城市人民医院 |
| (18) 商丘市第五人民医院 | (38) 方城县人民医院 | (58) 山西省泽州县妇幼保健院 |
| (19) 柘城县中医院 | (39) 淅川县第二人民医院 | (59) 新疆哈密市第二人民医院 |
| (20) 虞城县人民医院 | (40) 南阳南石医院 | (60) 内蒙古伊生泰妇产医院 |

第五批成员单位 (39 家)

- | | | |
|------------------|--------------------------|------------------|
| (1) 林州市妇幼保健院 | (15) 义马煤业集团股份有限公司
总医院 | (28) 项城市第一人民医院 |
| (2) 内黄县人民医院 | (16) 浉池县人民医院 | (29) 西平县人民医院 |
| (3) 武陟县人民医院 | (17) 睢县妇幼保健院 | (30) 正阳县人民医院 |
| (4) 修武县人民医院 | (18) 卫辉市人民医院 | (31) 开封市儿童医院 |
| (5) 河南科技大学第一附属医院 | (19) 光山县人民医院 | (32) 黄河三门峡医院 |
| (6) 新安县人民医院 | (20) 淮滨县人民医院 | (33) 灵宝市第一人民医院 |
| (7) 宜阳县人民医院 | (21) 潢川县人民医院 | (34) 卢氏县妇幼保健院 |
| (8) 内乡县人民医院 | (22) 罗山县人民医院 | (35) 南乐县人民医院 |
| (9) 社旗县人民医院 | (23) 罗山县妇幼保健院 | (36) 柘城县妇幼保健院 |
| (10) 唐河县人民医院 | (24) 新县人民医院 | (37) 广西防城港市妇幼保健院 |
| (11) 桐柏县人民医院 | (25) 郑州人民医院 | (38) 山西省阳城县人民医院 |
| (12) 平煤神马医疗集团总医院 | (26) 郑州西区中医院 | (39) 山西省高平市人民医院 |
| (13) 范县人民医院 | (27) 郸城县妇幼保健院 | |
| (14) 清丰第一医院 | | |