



青岛滨海学院附属医院
HEALTH RELATED HOSPITAL OF QINGDAO BINHAI UNIVERSITY

2025年3月26日
星期三

青岛滨海学院附属医院报

THE AFFILIATED HOSPITAL OF QINGDAO BINHAI UNIVERSITY

主办:青岛滨海学院附属医院宣传科

第224期

网址:https://www.qdbhuh.com/

看这里,您想了解的医保知识尽在掌握~

医保小知识 您想知道的都在这里

自带医保卡如何医保付款?

家庭共济该怎么办?

药品能否报销如何知道?.....

别急,
看这里,
关于医保,
一切尽在掌握~



让健康触手可及
电子医保码,您的随身医疗保障



无需翻找卡片、不必担忧遗失,只需轻点屏幕,从三甲医院到社区诊所,从跨省异地就医到药店购药,10秒激活全国通行的电子医保码,让繁琐的流程成为过去式。

今日申领,即刻开启智慧医疗新

时代。您的健康,值得更简单、更从容的守护。

亲情无界,保障有方
家庭共济绑定医保账户
一“码”共享健康守护

父母看病自费药刷爆现金卡,孩子的疫苗费用需额外支出,而自己账户余额却常年闲置。为避免这种家庭医疗支出困境,国家医保局持续推行“家庭共济账户”,支持配偶、父母、子女共享医保个人账户余额,搭配医保个人账户二维码,实现“一人参保,全家受益”。

一“码”通晓万药
医保权益尽在指尖

这款药能报销吗?
自费比例多少?
替代药品有哪些?

曾几何时,就医购药的每一笔花费都像一场信息盲猜。2025年,智慧医保全新升级。国家医保局联合全国医疗机构推出“医保药品目录智能查询二维码”,扫码即查药品目录,以数字化手段击破信息壁垒,让每一分医保权益清晰可触,用药安心更透明。

3秒扫码,全域覆盖,使用微信“扫一扫”即可跳转国家医保服务平台,实时查询国谈药品配备机构,涵盖药品名称、报销类别、限制条件等15项核心数据,让复杂规则“一键翻译”为人人易懂的语言。

工伤事故不报

在工作中发生事故,被认定为工伤的,由社会保险中的工伤保险予以报销,医保不再重复报销。

一码通达,智享医靠
全国医保政策“码上通”正式上线

异地就医要如何使用医保待遇?
生育津贴新规哪里查?
居民医保未在集中缴费期缴费
有何影响?

职工医保断缴如何补缴?
门诊住院报销比例今年有无变化?

.....

为破除信息不对称,让政策透明化,国家医保局携全国多省市同步上线“医保政策智能二维码”,以“一码集成、动态解析、精准触达”为核心,让政策红利从文件条款转化为全民可感可知的获得感。

首例！我院成功为患者植入“防猝死神器”

“可以可以，这里小心一点……”

介入手术室里，国内知名心脏介入专家蔡尚郎教授正在指导心内科副主任医师王文荣给患者植入S-ICD（全皮下植入型心律转复除颤器）。



患者刘大叔，61岁，此前因心力衰竭多次辗转于各大医院，后在北京某医院被确诊为扩张型心肌病。治疗出院后一直口服药物治疗，但效果不理想，病情还是反复发作。期间，刘大叔和家属多次前往北京、上海还有本地大医院寻求治疗，但问

题一直没解决。

四个月前，刘大叔在家人的陪同下来到了我院心内科。根据刘大叔的情况，心内科医护人员为其实施了CCM（心脏收缩力调节器）置入术改善心衰。

此次入院本是为复查而来，没想到刘大叔在采血后吃饭的途中突然昏厥、意识丧失，持续约一分钟后自己清醒。刘大叔不放心，立即返回心内科诊室询问。在此期间，刘大叔再次出现意识丧失，被医护人员及时有效地心肺复苏成功抢救。以免心脏性猝死的发生，根据刘大叔的以往病历和复查结果，心内科医生建议其行S-ICD植入术。

在做好充分的术前准备和应急预案后，在麻醉科主任、主任医师陈作雷和介入医学科医护人员的全力配合下，3月17日，蔡尚郎教授指导

王文荣副主任医师，成功为刘大叔植入了S-ICD。



S-ICD是在心脏性猝死预防领域取得革命性突破的新技术，适合无需起搏治疗的ICD适应症患者。这是我院首例，标志着我院在心脏性猝死预防治疗方面迈上了新台阶。



科普链接

统计显示，SCD（心脏性猝死）是我国心血管病死亡的主要原因之一。我国每年心脏性猝死的人数高达55万，而恶性室性心律失常是心脏性猝死最常见的原因，因此及时识别并有效除颤，是预防心脏性猝死的关键。

ICD（植入型心律转复除颤器）是目前最为有效的预防心脏性猝死的治疗手段。对于恶性心律失常，ICD可以自动识别并进行电除颤，使心脏重新恢复正常的跳动。目前临床应用的ICD分为经静脉植入型心律转复除颤器（TV-ICD）和全皮下植入式心律转复除颤器（S-ICD）。

传统术式经静脉ICD需要通过静脉，将除颤导线送入右心系统，可能存在静脉通路狭窄或闭塞导致植入困难、血管穿刺相关并发症、导线断裂、三尖瓣反流等导线相关并发症和问题。而S-ICD系统由脉冲发生器和皮下电极组成，电极无需经过血管通路进入心脏，仅通过全皮下植入，不直接接触心脏和血管，不仅能够提供与经静脉ICD相同的预防心脏骤停的治疗，而且能够彻底杜绝可能的血管损伤、减少潜在的系统感染风险，保留静脉通路，避免经静脉导线植入拔除的一系列并发症，如电极断裂、囊袋感染、心肌穿孔等。另外，最新的“二切口”植入技术，不仅能进一步减少创伤，给患者带来更好的术后体验，还因为皮下ICD植入无需射线，可以有效减少对医生和患者的辐射伤害。

咨询电话：0532-58788083、0532-58788280。

患者急性一氧化碳中毒 多学科携手成功救治

“您好，我院有一位重症患者，急需高压氧治疗，请贵院协调帮助……”

两个月前，医务部接到了周边兄弟医院打来的求助电话。

医务部工作人员在电话中了解到，该患者70岁，一个小时前被发现神志不清并由120送至其院就诊。经查，患者碳氧血红蛋白64.30%，有一氧化碳接触史，被诊断为“急性一氧化碳中毒（重度）”，需要紧急进行高压氧治疗。

接到电话后，医务部立即通知急诊医学科、重症医学科和高压氧科做好接诊准备，等待患者到来。待患者入院，医护人员评估其为深度昏迷。经急诊医学科紧急处理后，医护人员第一时间将其转送至高压氧科给予急症超高压高压氧治疗。为了第一时间应对患者在舱内治疗可能出现的病情反复，高压氧科特意安排了医护人员陪舱。

一次高压氧治疗结束后，患者并未清醒，且出现了多脏器损害，血氧饱和度

仍较低，呼吸不规则。于是，出舱后直接被转入重症医学科给予气管插管、呼吸机通气等生命支持。



第二天、第三天、第四天……此后，重症医学科和高压氧科各抽调一名医生一名护士组成了临时救治小组，带着抢救车每天陪着患者进舱治疗。2小时高压氧治疗结束后，再带着转运呼吸机将患者送至重症医学科病房进行综合治疗。

就这样一天天坚持，直到第五天，紧张了几天的医护人员和家属终于迎来了患者恢复自主呼吸和意识的好消息。第七天，患者顺利转入普通病房。又经过20天的精心治疗，患者出院了。为了降低迟

发性脑病的风险，患者出院后又在门诊进行了一个多月的高压氧治疗。



病程第60天，患者在家属的陪同下来院复查，除了有轻度记忆力下降，认知功能和肌力肌张力均已正常，复查脑MRI无明显一氧化碳中毒相关脑损伤表现，脑电图也显示正常，可以排除一氧化碳中毒迟发性脑病。

这是一次多学科携手的生死抢救，充分展现了医院在急危重症患者救治方面的实力，更将“一切以患者为中心，生命至上”的理念变成了扎扎实实的行动，以最好的结果回馈每一份信任。

重症医学科

重症医学科可开展多项新技术项目和治疗手段，为成功救治危重病人提供重要的保障，包括营养评定、IABP、床旁B超、消化道镜检技术、持续床旁血液净化技术（CRRT）、中心静脉置管技术、人工肝技术、有创、无创通气技术、中毒病人的血液灌流和毒素吸附、纤维支气管镜检查等。在重症多发创伤、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、多脏器功能障碍或衰竭（MODS、MOF/MSOF）、弥漫性血管内凝血（DIC）、脓毒血症（SEPSIS）、脑血管意外的救治、老年重症综合救治等方面拥有十分成功的经验，为颅脑、心脏手术的术后监护与恢复提供了保障。

高压氧科

高压氧科拥有国内先进的大型豪华氧舱，配有国内最先进的舱内呼吸机，是青岛地区第三家、西海岸新区唯一一家拥有舱内呼吸机的医院，氧舱抢救及监护设备齐全。对各类严重脑损伤、脊髓损伤、加压病进行超早期高压氧治疗是其特色，同时，还可对无自主呼吸、气管插管、气管切开、心肺复苏后危重病人进行超早期高压氧脑复苏治疗。

笨拙而固执地守护生命最后的烛火

来源：健康报 作者：刘 迁



监护仪尖锐的警报总在午夜时分划破ICU的沉寂。我目睹过太多骤然坠落的生命体征曲线，那些消逝在屏幕上的波形如同流星尾焰，而橡胶手套上的汗渍总在冷光下泛着微光。记得我的导师中南大学湘雅医院重症医学科刘志勇教授曾问我“为何选择重症医学专业”，这个问题的答案已从青春的热血誓言，蜕变成对生命的庄严致意。

初入湘雅医院成为专培学员时，我仿佛踏入现代医学的万神殿。ECMO（体外膜肺氧合）如同机械羽翼承载生命，CRRT（连续肾脏替代疗法）的滤器能截留死亡因子，纤支镜下的支气管束状如星河。我本笃信这里是抵御死神的终极堡垒，直到26岁军训教官的爆发性心肌炎击碎了我的信念。当IABP（主动脉气囊反搏）、VA-ECMO（静脉-动脉体外膜肺氧合）与免疫吸附在监护仪前展开绝望的围猎，那些跳跃的曲线终归沉寂——原来我们对重症的认知，还如此不足。

重症职业生涯的第三年，新冠疫情海啸裹挟着多器官衰竭的患者涌入ICU。呼吸机参数与CRRT剂量使得监护仪上曲线疯狂跳动，俯卧位通气似逆卧重生，掀开湿肺的垂帘。湘雅重症张丽娜教授“有一线希望就要全力以赴”的教诲仍在耳畔，那些日子里，ICU自动门的开合声，总像死神的嗤笑。我们仍在努力着，不断努力着，但也不得不直面医学的边界。

转折始于与89岁肾衰合并心肌梗死、心衰、呼衰患者的双向奔赴。当家属绝望地准备放弃时，我用湿纱布浸润着那龟裂的嘴唇，老人浑浊的双眼突然泛起微光。我为他调整体位时，老人那紫绀的手指在我掌心轻轻叩击了三下。这组摩斯密码般的触感如惊雷贯顶——当技术退居次席，医者温度才是最后的生命支点。历经半月鏖战，老人蹒跚出院的身影让我顿悟：重症医学的终极使命，是在生死灰域为人性尊严筑起最后防线。

如今，我常告诫年轻医生：“将ECMO奉为圭臬者，不一定配驻守ICU。”真正支撑我们穿越至暗时刻的，是那些未被载入病历的微光：为昏迷者调整体位时倾泻的晨晖，哼唱民谣时谄妄老人停止撕扯约束带的双手……这些瞬间没有抢救成功的勋章，却让钢制病床生长出人性的温度。

为什么选择重症医学？答案藏在每个“无意义”的日常。

目睹过遗产争夺的闹剧，遭遇过全力救治后被指控“过度医疗”，但当气切患者封管后说出完整音节时，当脱呼吸机成功后用颤抖的指尖写下“谢”字时，当出院患者携着问候再来探访时，我似乎懂了：重症医学不是用技术延续生命，而是用生命理解生命。

选择重症，就是选择永远站在悬崖边缘，在绝望的裂缝里栽种希望。在重症监护室熠熠的灯光下，呼吸波纹在呼吸机显示屏上编织着光的涟漪，我们重症人用凡人之躯笨拙而固执地守护着生命最后的烛火。

看着心率、血氧饱和度曲线再次攀上安全阈值，我扶正起雾的眼镜，晨光正漫过监护仪的金属边框。又熬过一个长夜，但这场永无止境的战役，总在某个瞬间显露出它的意义。

“为什么选择重症医学？”若再被问起这个问题，我会轻触监护屏上跃动的绿色波形：“看这曲线，像不像冻土里挣扎着破冰的草芽？”那些起伏波形的轨迹，不仅是电生理的忠实记录，更是生命对生命的庄严致意。