

小年夜上演“生死时速”

心胸外科成功救治一名气管破裂患者

2月5日即农历小年之夜,一般人都在家欢聚一堂。然而在安庆市立医院,一场惊心动魄的生命救护正在进行,心胸外科首席专家刘建院长、陈剑主任、詹必成副主任及其团队全力救治一名气管破裂的患者,历时3个多小时的手术结束后,患者最终转危为安。

当天傍晚,詹必成刚刚完成一台胸腔镜肺癌手术,正准备下班和家里人一起吃晚饭。突然,手机铃声响起,“喂,是詹主任吗?我们这儿有一名患者突发呼吸困难,颈胸部严重皮下气肿,怀疑气管破裂,病情非常危险,需要尽快转院,你们医院能接收吗?”来电的是邻市某县医

院的一名胸外科医生,詹必成从对方焦急的语气判断,这是一名病情复杂危重的患者,很可能需要急诊手术。救人如救火。“可以,尽快来安庆市立医院新院区,路上一定要保持患者的呼吸道通畅。”简单交代之后,詹必成马上安排值班医生做好入院准备。詹必成查看当地医生传过来的CT资料,发现患者气管严重狭窄,随时有窒息的可能,情况危急。气管破裂患者随时有窒息可能,如果插管困难,需要体外循环,心胸外科马上通知麻醉科、手术室、外科ICU、体外循环组做好相关器械准备工作。

晚上7点,救护车到达急诊科,

等候多时的刘永志医生马上帮助患者完善CT检查,送患者进入外科监护室。从CT三维重建分析,患者胸廓入口处气管破裂,破口至少3厘米,气管严重狭窄,颈部及纵膈严重气肿,必须进行急诊手术。气管从颈部延伸至胸部,气管破裂因破口位置和损伤程度不同,手术入路和手术方式千变万化,术前需仔细规划。心胸外科经过紧张讨论,决定行颈部+胸部部分劈开反L形切口,以利于气管的显露,同时可以根据损伤程度决定是否修补或气管部分切除。

晚上9点手术开始,麻醉科医生首先采用清醒状态下纤支镜引导下

小口径气管插管,插管前预备股股转流或体外循环,插管完成后,刘建院长、陈剑主任、詹必成副主任等组成的手术团队,按照术前规划入路,熟练解剖,准确分离,快速找到破口,探查破口较规则、组织新鲜,顺利确切修补,历时3个多小时手术顺利完成,目前该患者病情稳定。

抢救患者生命的手术,犹如一场没有硝烟的战争。心胸外科、麻醉科、手术室、外科ICU、输血科、CT室……众多科室的医生护士通力合作,配合默契,行动迅速,共同赢得了与死神赛跑的最后胜利,充分体现了该院在急危重症处理方面的综合实力。

詹必成 龙皖江



1月29日上午,安庆市政府副市长郭家满到安庆市立医院北院区督导疫情防控工作,市卫健委副主任范兰芳、安庆市立医院党委书记钟胜、院长刘建、副院长闵冬宜和相关部门负责人陪同。

张冰 摄

高龄手术“禁区”被打破

创伤中心成功为93岁老人实施微创闭合复位内固定术

近日,安庆市立医院创伤中心成功为93岁的老人行右侧股骨粗隆间骨折闭合复位PFNA内固定术,术后第二天老人可自主翻身,一周后顺利出院。

今年元旦,93岁的杨老太不小心跌坐在地,右髋疼痛剧烈,不能活动,送至该院创伤中心,确诊为“右侧股骨粗隆间粉碎性骨折”。老人患高血压、脑梗死后遗症等多种基础性疾病,如采用传统方法内固定,手术风险极高。陶岳峰主任带领团队仔细研究病情,并请相关科室会诊协助诊疗,经与家属反复沟通,实施微创闭合复位内固定手术,术后恢复良好。在创伤中心,高龄骨折患者还有很多,如股骨颈骨折的95岁老人、骨质疏松性腰椎压缩性骨折的90岁老人,陶岳峰带领团队分别行人工股骨头置换术和微创经皮椎体成形术(手术切口仅0.5cm),患者术后第二天均可下床活动,且恢复良好。

老人大多有骨质疏松,即使轻微摔伤所致的低能量损伤都会导致严重骨折。高龄患者手术风险大,许多老人摔伤骨折后,未接受手术治疗,长期卧床、不能自理的生活方式极易引发感染、褥疮、脑梗塞、心肌梗塞、肺栓塞、下肢深静脉血栓等多种并发症。为减少高龄患者骨折后的致死性并发症发生,现提倡老年人骨折尽早手术固定、减少并发症、提高生活质量,手术是使高龄骨折老人重获新生的首选方法。

陶岳峰介绍,创伤中心按MDT多学科诊疗模式构建,针对外伤特别是严重多发创伤患者进行院前急救、院内救治,开展脊柱骨盆四肢骨折、手足外伤、神经血管吻合、断指断肢再植、皮肤软组织再造、特别是严重复杂合并伤的综合治疗,由多科室共同查房、讨论制定手术或治疗方案。目前高龄老人骨折手术已经成为创伤中心的一大亮点,创伤中心(骨科)成立半年多以来,已成功完成了上百例高龄患者骨折手术,打破高龄手术“禁区”,提高了高龄骨折患者生活质量,获得了广泛的赞誉。

何健 龙皖江

最大的收获就是家属的理解和信任

——记一例胆总管多发结石 ERCP 取石术

2月2日,对于安庆市立医院消化内科的每位医护人员来说,原本是平常的一天,大家像往常一样在各自的岗位上忙碌着,而对于ERCP团队的每个人来说,这是一个值得回味的手术日。

患者高某是年近七旬的老太,因“上腹痛一周”于1月13日急诊入住该院消化内科,结合CT、MRCP以及血液检查诊断系胆总管多发结石伴急性胆管炎。消化内科医生经过与其家属充分沟通和术前准备,1月15日为患者进行ERCP操作,过程中发现患者十二指肠乳头水肿明显,无法插管,手术医生张焰平慎重考虑后,决定为患者行十二指肠乳头开窗术,一周后再行ERCP取石术。

住院治疗期间,科主任张焰平一直关注患者的病情,同时积极和家属沟通,及时调整并确定患者下一步的治疗方案。患者经

过治疗组的积极治疗和家属精心护理,病情不断好转。

2月2日下午,患者接受了第二次ERCP手术,当时患者十二指肠乳头开窗部位形成了明显的溃疡,不过这次的插管异常顺利,短短半小时不到的时间,共取出13枚胆总管结石。术后,患者生命体征平稳。看到那些结石,治疗组医生和ERCP团队全体医护人员悬着的心总算放下了一半。

手术结束后张焰平主任才松了一口气,回忆过去两周,他说用网络用语形容真是“压力山大”。

从一名患者身上一次性取出13枚结石,这是他从事ERCP操作20年来最多的一次,对于一名内镜手术医生而言,是值得开心的事情。而患者第一次ERCP术后出现了并发症,整个团队还是有点担忧和紧张的。张焰平说:“我们和家属沟通和交谈,家属并

没有抱怨和不理解,说得最多的、也是最朴实的一句话就是‘听你们医生的,该怎么搞就怎么搞’,这是对我们无比信任。”患者的胰腺炎好转了,还做第二次ERCP吗?第二次一定能成功吗?如果再现并发症怎么办?治疗组提出了各种担忧。科室术前讨论会上,大家一致认为,患者无胆囊结石,身体一般情况不佳,胰腺炎后腹腔内渗出并没有完全吸收,如果此时行外科手术取石,发生胆瘘的风险极大,且患者需要较长时间留置T管,故ERCP仍是其首选治疗方案。进行第二次的术前谈话时,床位医生以为家属会抵触或反对,没想到家属还是那句:“听你们医生的安排,我们相信市立医院!”两周的时间,医护团队更大的收获就是家属的理解和信任,因为一次和谐的医患关系,患者多了一次选择的机会。

苑办