

不负生命重托

——宝高医多学科联合成功抢救车祸多发伤患者



近日,我院多学科联合成功救治一名严重车祸多发伤患者。术后皮瓣完全成活,成功为患者保住了肢体。

5月1日凌晨3点,一阵急促的120救护车警笛一路呼啸而来,52岁的张先生因车祸致全身多发伤,经当地医院救治,伤

区、重症医学科、胸心外科、骨科四病区、耳鼻喉头颈外科等多学科集体会诊,收住ICU后,因患者右足外伤严重,仍有大量的血液渗出,骨科三病区团队立即行术前讨论,患者病情严重,首先是保命,其次是保肢,张伟主任从维持患者肢体功能的角度

情依旧危重,被紧急转至我院。患者四肢湿冷,头部、胸部损伤,右足皮肤软组织缺损严重,已院外包压,仍有大量渗血。

接诊后,急诊科医护人员立刻抢救,并完善必要相关检查。同时启动MDT流程,包括骨科三病区、重症医学科、胸心外科、骨科四病区、耳鼻喉头颈外科等多学科集体会诊,收住ICU后,因患者右足外伤严重,仍有大量的血液渗出,骨科三病区团队立即行术前讨论,患者病情严重,首先是保命,其次是保肢,张伟主任从维持患者肢体功能的角度

出发,与家属沟通后,告诉自己的团队“只要有1%的希望,我们就付出100%的努力。立即通知麻醉科做好术前准备,患者被迅速送入手术室。

手术随即展开,骨科三病区团队为患者一期行右足外伤清创,血管神经肌腱修复,骨水泥覆盖,VSD负压吸引术(是一种处理各种复杂创面和用于深部引流的全新方法)。术后考虑患者伤情比较复杂,且病情未完全稳定,患者直接返回ICU进行监护、进一步治疗。

经过详细的术前评估和完善的手术期准备,患者生命体征平稳,于5月12日转入骨科三病区,进一步行手术治疗。二期行骨水泥拆除,伤口扩创,VSD负压吸引术。

4天后,拆除VSD负压吸引,见创面肉芽新鲜,部分组织外露,骨科三病区团队在

全麻下行伤口扩创,股前外侧游离皮瓣修复术。术后14天,右足皮瓣血运良好,皮温正常,皮瓣存活。随后科室进一步协助患者康复治疗,使患者尽可能恢复肢体功能,实现患者早日回归正常生活的愿望。

这种手术就是取患者小腿外侧的皮瓣来修复前臂缺损的组织。这个患者面临的难题是,如皮瓣切取时不注意穿支的保护,皮瓣极易坏死,此类手术难度大,风险高,对术者要求也高。

近年来,重症创伤患者数量逐年递增,以多发伤为主,具体伤情重、变化快的特点,容易导致患者生活紊乱,出现各种危及生命的并发症,涉及多学科、多专业,需要有技术、有条件的医院及时快速地开展多学科联合救治,才能有效地挽救生命,提高患者生存质量。张丽瑶(骨科三病区)



高超技术惠及百姓 助力健康保驾护航

近日,宝高医神经内科收到了一封来自患者家属的感谢信,在众多的感谢信中,这封看似普通的感谢信的背后,却蕴藏着一个不普通的故事。

5月31日下午,一位76岁的男性患者,因“发作性意识不清6小时”被紧急送我院,患者6小时前出现头晕,行走不稳,数分钟后出现意识不清,呼之不应。

神经内科主诊医师刘云彬接到急诊电话后迅速会诊,判断病情,并护送患者通过卒中绿色通道完成一系列检查,与此同时,护理团队迅速出动,快速做好术前准备,经介入团队评估后,立即实施脑血管造影及动脉取栓术。执行手术的是经验丰富的科室副主任张会平及主诊医师郝涛,在此之前,他们刚结束了另一例急诊手术,经团队简单商议后决定改变策略,从桡动脉入路经单支架取栓尝试未果后,采用双支架取栓技术一举成功打通了血管。

此时已是晚上10时30分,经过5个小时艰难曲折的不懈鏖战,手术终于圆满结束。监护仪,亚低温治疗仪,输液泵,注射泵,各类器械熟练连接,鼻饲管,导尿管,深静脉置管,不同管路各负其责,这里不分白天黑夜,病情就是命令,挽救每一个生命是职责本能。

术后第一天,患者意识转清,言语稍有含糊,可正常交流,右侧肢体肌力恢复到4级,经过几天的康复治疗,已能在搀扶下行走。

患者的儿子激动地说:“接到父亲生病的电话,我从西安匆匆赶回,本来想去西安的医院,但一位医生朋友告诉我,时间就是大脑,不能延误。所以我立即送到咱们高新医院,整个救治过程全程目睹。手术中张副主任几次出来和我沟通病情,介绍治疗方案,他们通过艰辛的努力,使我父亲得到了一个良好的结局。也让我们这个家庭免受了一场灾难,我相信,你们将会造福更多宝鸡人民!”面对赞扬张副主任却说:“尽力救治每位患者,让他们最大的恢复,是每位医者的心愿,我们要感谢患者及家属的信任,因为信任,我们每一次都会不遗余力,全力以赴!”

这次运用的双支架取栓术,是目前取栓手术中难度系数最高的技术,这次成功,也让我们以后在救治危重复杂患者取栓方面更有信心!

张婷(神经内科)

前纵隔疾病有绝招 三孔式手术显奇效

重症肌无力是一种由神经—肌肉接头处传递功能障碍所引起的自身免疫性疾病,临床主要表现为部分或全身骨骼肌无力和易疲劳,活动后症状加重,经休息后症状减轻。其中一个非常重要的方法就是手术治疗。传统的手术是通过正中开胸的方式将患者胸腺切除,不仅创伤大,而且造成危象的机会多,随着技术发展,现在,患者可以进行经剑突下切口胸腔镜下扩大胸腺切除术,切除较彻底,能获得更好的手术效果,病人疼痛更轻微。

近日,我院胸心外科再次完成一例“胸腔镜下剑突、双侧肋缘下三孔纵隔肿瘤切除术”,成功的解决的患者全身乏力的症状,提高患者生活质量。

患者姚某,老年女性,近半年来消瘦明显,一个多月前自觉全身无力,以活动后为著,症状逐步呈加重趋势。于当地医院行胸部CT提示:前纵隔占位胸腺瘤,经人介绍来我院就诊。

科主任杨智接诊后进行了详细认真的检查,并结合影像资料提示,最终评估患者为眼肌型重症肌

无力,根据胸部CT结果考虑与胸腺瘤关系密切,建议尽早手术治疗。出于对杨主任的信任,患者及家属同意手术。在完善相关检查后,杨主任制定了详细的手术方案,并于患者入院第三天全麻后,在胸腔镜下行剑突、双

侧肋缘下三孔纵隔肿瘤切除术。

术中,杨主任沉着冷静,因肿瘤下方就是心脏及左右无名静脉,在避免伤到大血管的前提下,充分显露双侧膈神经,仔细游离,完整切除胸腺组织及脂肪组织,整个手术仅用1小时50分钟便将病变连同胸腺及周围脂肪整块切除,出血量仅10ml。

此术式术后不放置引流管,不刺激肋间神经,术后几乎没有切口疼痛感,术后当晚,患者即可下地、进食,全身无力症状好转。术后病理提示:B2型胸腺瘤,术后

5日患者便顺利出院。

据了解,纵隔占位是胸外科当中常见的疾病,手术是治疗前纵隔病变的最主要手段,从而达到解除病变对周围组织及器官的压迫、缓解临床症状、防止恶变、明确诊断等目的。传统的手术方式,会给患者带来长达25cm的切口、胸骨的纵劈等极大创伤,胸腔镜手术具有手术切口小、病人创伤小、痛苦轻等优点,杨主任用“剑突下三孔”便安全、彻底切除了纵隔肿瘤,为广大纵隔肿瘤患者以最小的创伤解除病痛。李超凡(胸心外科)



无影灯下的英雄

我院为“90后”超高龄患者成功实施麻醉

随着人均寿命的增加,高龄甚至超高龄患者的比例逐渐上升,而老年患者的手术风险也随着年龄逐渐上升高龄患者的手术麻醉风

险极高。

这对麻醉医生的专业要求就更高,术前经科室大交班,针对患者的特殊情况,围手术期麻醉风

险很大,经讨论,在科室副主任吴畏的带领下最终决定行B超引导下股神经阻滞及股外侧皮神经阻滞联合椎管内麻醉。

吴副主任亲自指导麻醉药物的配伍,浓度和容量的计算,指导麻醉的具体实施过程。术中患者生命体征稳定,麻醉效果满意,出血量少。术后,患者意识状态同术前,无疼痛。

超高龄患者手术的成功,需要多学科协作,更是专家团队综合实力的体现。宝高医麻醉团队在科室副主任吴畏的带领下,凭借雄厚实力,攻克了一道难关,为患者降低了手术麻醉风险,提供了坚实的安全保障。

孙燕婷(麻醉手术科)



扫一扫 即刻关注公众号