

75岁老人长出巨大腹主动脉瘤,术中出血约7000毫升 多学科联动打赢“血液保卫战”

近日,75岁的林伯(化名)因持续腰痛来到江门市中心医院,检查结果让所有人心头一紧:他的腹主动脉上,长了一个巨大的动脉瘤。这个瘤体非常危险——长度达12厘米,最宽处直径约10.5厘米,而他正常的血管仅有2.5厘米。就像一段水管被撑成了气球,随时可能破裂大出血,直接危及生命。

医生追问病史才发现,林伯有高血压却未规律服药,腰痛已持续3个月,近日剧痛难忍才来就医,病情已刻不容缓,该院心血管外科立即将他收治入院。面对如此危重的病情,一场多学科联动的“血液保卫战”迅速打响。

文/图 江门日报记者 梁爽
通讯员 宋宗明 谭淑欣

A 制定“两步走”手术方案 拆除“不定时炸弹”

腹主动脉瘤并非肿瘤,而是人体最大动脉(腹主动脉)在高血压、动脉硬化等因素影响下,像车胎鼓包一样局部异常膨大。一旦确诊,它就像一个在体内随时可能破裂的“不定时炸弹”。高危人群包括65岁以上男性、有家族史、长期吸烟或患有高血压、动脉硬化者。多数患者早期没有症状,通常在体检做腹部彩超时被意外发现。因此,高危人群定期进行腹部超声筛查至关重要。

面对林伯的复杂病情,该院心血管外科、麻醉科、介入医学科联合会诊,制定了一个缜密的“两步走”手术方案:先由介入医学科放置腹主动脉球囊,为手术预留一道“安全闸”;再由心血管外科团队开腹,切除巨瘤,置换人工血管。

手术当天,该院麻醉手术中心主任

医师陈聪率先为林伯实施全身麻醉。该院介入医学科顺利完成球囊置入后,陈聪紧接着实施了一项关键的前置技术——血小板分离术,将林伯自身的一部分血液成分提前分离保存起来,为术中可能的大出血做好“战略储备”。

手术由心血管外科主任王广阔以及副主任梁湘源主刀。尽管有球囊护航,但瘤体巨大、瘤颈极短,在处理血管的关键时刻,汹涌的出血还是发生了。此刻,早已待命的血液回收机全速运转,将术中出血回收、处理后,安全回输给林伯。

这次手术堪称一场“血液保卫战”:团队共回收处理了2500毫升的红细胞,术中出血约7000毫升——这几乎是林伯全身血量的两倍。在整个过程



回收机内的血小板、血浆、红细胞。

中,陈聪通过精准的麻醉管理、血管活性药物调控和液体输注,牢牢稳住了林伯的生命体征,为外科医生创造了清晰、稳定的手术环境。

最终,在团队的通力协作下,手术成功完成。而护航这场高难度手术的两大“利器”——血小板分离技术与血

液回收技术,在临床用血日益紧张的今天,发挥了不可替代的作用。它们不仅极大保障了患者的用血安全,让外科医生能心无旁骛、从容手术,也节约了宝贵的血制品资源。术后,林伯恢复良好,已顺利康复出院。

B “储血”和“回收”技术安全高效 有效节约社会血资源

那么,血小板分离技术和血液回收技术有什么区别?陈聪介绍,可以把它们想象成一支分工明确的“血液护卫队”:1、血小板分离技术相当于提前“储蓄”。手术开始前,麻醉医生用一台智能设备(血液回收机),像“精选储存”一样,把患者血液中负责止血的血小板和富含凝血因子的血浆提前分离出来,妥善保存。这部分宝贵的“凝血资源”在手术最关键的时候(比如出血止住后)

回输,能快速改善凝血功能;2、血液回收技术则是术中“回收”。手术中若有出血,这台设备会立刻将流出的血液回收,经过类似“过滤、清洗”的过程,去除杂质和破碎细胞,把纯净的红细胞回输给患者。这能及时补充带氧的“主力军”,可以避免输用他人血液。

简单来说,血小板分离技术为提前存好“凝血材料”(血小板/血浆),血液回收技术为即时回收“运氧部队”(红细胞)。

两种技术一起使用可谓强强联合。据悉,因为大血管手术出血又快又多,单靠一项技术不够。光靠血液回收,只能救回红细胞,但宝贵的小板和凝血因子会在出血和“清洗”过程中丢失,术后患者可能面临凝血功能障碍的风险。而联合血小板分离技术,就相当于为患者提前建立了个人专属的“凝血因子库”。在手术止血后回输,能精准、快速地补充凝血物质,大大减少术

后渗血和血制品总需求。两者搭档,实现了对血液“运氧”和“止血”功能的双重、高效保护。

陈聪表示,对于像林伯这样的患者来说,这些技术有着更安全、恢复更快、节约社会血液资源等好处。通常,麻醉医生和外科医生会在术前评估并告知患者。患者如有特殊的血液疾病或服用抗凝药(如阿司匹林、华法林),务必提前告知医生团队。

亲吻孩子、把食物嚼碎了喂给孩子,可能会传染病毒 小心孩子患上“亲吻病”

近日,江门市妇幼保健院儿科门诊出现了一批“小苦瓜”,他们反复高烧、喉咙痛得咽不下东西,脖子还肿了起来,让家长们既心疼又困惑。该院儿科急诊医生杨媚提醒,这可能不是普通感冒,或是被称为“亲吻病”的传染性单核细胞增多症。记者就传染性单核细胞增多症采访了杨媚,帮助家长们学会识别、科学应对。

文/图 江门日报记者 梁爽 通讯员 杨媚 管浩男

什么是“亲吻病”?

“亲吻病”即传染性单核细胞增多症,它是由EB病毒感染引起的一种急性传染病。之所以被称为“亲吻病”,是因为病毒大量存在于感染者的唾液腺和唾液中,很容易通过密切接触,特别是口对口传播。如大人亲吻孩子、共用餐具、把食物嚼碎了喂给孩子等,都可能将病毒传给免疫力尚不完善的孩子。因此,杨媚提醒,家人应避免与孩子进行唾液接触。

杨媚介绍,“亲吻病”初期很像感冒,但如果出现以下“三联征”,就要高度警惕了:1、发烧(热):体温38℃—40℃,热型无固定,发热时间大多1—2周,少数可达数月;2、咽峡炎(痛):咽部、扁桃体、腭垂充血、水肿,伴有咽痛。有时扁桃体表面可见白色渗出物或假膜形成。有时孩子会因为吞咽咽痛而拒绝吃

饭、喝水,甚至流口水;3、淋巴结肿大:颈淋巴结肿大是最常见的,脖子看起来变粗了,摸上去能感觉到一个个肿大的“疙瘩”。部分孩子也可能出现腋窝、腹股沟等处的淋巴结肿大。

除了以上三大典型表现外,部分孩子还可能出现以下症状:一是眼睑浮肿,看起来像没睡醒,15%—25%的患者出现此症状;二是肝脾肿大,医生体检至2—3周。若发生了上气道梗阻、脑炎、脑膜炎、心肌炎、溶血性贫血、血小板减少症等并发症的重症患儿,短疗程使用糖皮质激素可明显减轻症状,如氢化可的松、泼尼松、地塞米松等。

家庭护理时,家长应准备清淡、易吞咽的流质或半流质食物,如米汤、烂面条、酸奶、蒸蛋羹,避免过热、过硬、辛辣的食物刺激喉咙。鼓励孩子多喝水,如果出现喉咙痛拒绝喝水可尝试少量多次,或给予凉的流质。患病期间,孩子的餐具、毛巾应单独使用并消毒。



反复高烧、喉咙痛、脖子肿是“亲吻病”的典型症状。

时可发现,需警惕避免腹部撞击。肝大者占45%—70%,大多数在肋下2厘米以内,可出现肝功能异常,并伴有急性肝炎的上消化道症状(恶心、胃纳差、腹胀等),部分有轻度黄疸。脾脏肿大发生率为35%—50%,伴疼痛及压痛,偶可发生脾破裂;三是皮疹,呈现多形性皮疹,如丘疹、斑丘疹、荨麻疹、猩红热样斑疹、出血性皮疹等,多见于躯干。

如何预防“亲吻病”?杨媚建议,杜绝唾液接触,不要嘴对嘴亲吻孩子,不要用嘴吹凉孩子的食物,更不要把咀嚼过的食物喂给孩子。养成卫生习惯,教育孩子勤洗手,不与他人共用水杯、牙刷、餐具等。增强免疫力,保证均衡营养、充足睡眠和适度锻炼。

虽然“亲吻病”听起来吓人,但绝大多数孩子预后良好。家长不必过度焦虑,关键在于及时识别、妥善护理,并做好预防。日常相处时,可通过更安全、健康的方式,让孩子感受到爱。

江门首家免陪照护病房专业守护暖人心 让住院不再是“全家忙”

住院陪护,曾是很多家庭的“甜蜜负担”——一边是需要照料的家人,一边是放不下的工作与生活,分身乏术成了常态。如今,江门市人民医院骨外二科(脊柱关节骨病科)率先突破传统模式,打造江门地区首家免陪照护试点病房,用专业医护团队取代传统家属陪护,为患者带来“省心、安心、暖心”的全新住院体验。

文/图 江门日报记者 梁爽 通讯员 许洁怡 黎歆



医护人员及医疗护理员精心照料患者。

跨越沟通障碍的专业守护

听障人士唐先生在工地干活时,不慎从1.5米高处坠落,被紧急送往该院骨外二科就诊。入院时,唐先生呈嗜睡状,呼之可睁眼,经诊断考虑为颈髓损伤,必须绝对卧床休息,颈部需用颈托外固定,日常需保持轴线翻身。

特殊的是,唐先生无家属陪伴,仅有一名男性工友在侧,且因听障存在沟通障碍,生活照料面临诸多困难。了解情况后,工友为其选择了免陪照护服务。针对唐先生的病情与特殊情况,医疗护理员赵媛担起24小时生活照料工作。

为了搭建沟通桥梁,赵媛在医院医护人员的指导下学习简单手语,同时借助小白板、手势、表情等方式,耐心了解唐先生的疼痛感受与生活需

求。从喂食喂药、擦浴清洁,到翻身拍背、伤口护理,每一项照料都细致入微;同时,她还会用通俗易懂的方式向唐先生介绍护理流程、注意事项,并指导其进行功能锻炼。

护理过程中,医护团队格外注重耐心与共情,用温暖的举动缓解唐先生因沟通障碍产生的不安感,给予他心灵上的慰藉。

在科室全体医护人员及医疗护理员的精心照料下,唐先生的病情逐渐好转,脸上慢慢露出笑容。出院时,他笑着向医护团队竖起大拇指,用最朴实的方式表达谢意。其工友更是看在眼里,记在心里,出院后特意拨打了江门市12345政务服务便民热线,对该院骨外二科全体医护人员的专业与贴心进行表扬。

全流程覆盖医疗与生活

免陪照护病房与常规病房最大的不同,在于组建了由医生、护士、康复师、医疗护理员组成的专属照护团队,实现从医疗治疗到生活细节“全流程覆盖”,让患者无需家属陪伴也能得到周全照料。

医疗层面上,患者入院后,医生会结合病情制定个性化诊疗方案;护士24小时在岗监测生命体征、执行治疗操作;康复师同步介入指导术后功能锻炼。

生活层面上,从协助患者翻身、进食、洗漱等日常起居,到伤口护理、用药提醒、心理疏导,每一项服务都精准对接患者需求。这种专业模式,既避免了家属因缺乏专业知识导致的照护疏漏,也让家属无需在工作与病房之间来回奔波,真正

实现“患者安心治疗,家属放心托付”。

该院骨外二科相关负责人表示,对于脊柱关节疾病患者而言,术后康复阶段的专业照护直接影响恢复效果,这也是免陪照护病房的核心优势之一。不少患者反馈:“没有家属陪护,反而能更专注于治疗和康复,医护人员的照护比家人还细致,恢复得也更快。”

作为江门地区免陪照护的“先行者”,该院骨外二科始终以患者需求为核心,用专业打破传统陪护的局限,让医疗服务更有温度。未来,该科将持续优化免陪照护模式,为更多脊柱关节疾病患者提供高质量的诊疗与照护服务,用专业与温暖守护其健康与尊严。

告别20余年膝痛,术后次日下地行走 全膝关节置换术 让患者重获“膝”望



患者对治疗效果满意,为手术团队点赞。

68岁患者钟阿姨被“右膝关节骨性关节炎”困扰了20余年,长期依赖药物保守治疗。近期,她的右膝关节疼痛突然加重,严重到寸步难行,影响日常生活。为寻求进一步治疗,钟阿姨来到江门市人民医院骨外二科(脊柱关节骨病科)就诊。

X线检查显示,钟阿姨的双腿已呈明显“O”形改变,双侧膝关节间隙变窄,其中右膝关节病变尤为显著。结合患者病史、体格检查、辅助检查以及整体健康状况等综合评估,该院骨外二科主任林毅忠建议她接受“右侧全膝关节置换术”治疗。

什么是全膝关节置换术?林毅忠介绍,全膝关节置换术(Total Knee Arthroplasty,简称TKA),是一种通过手术切除受损的膝关节表面骨质和软骨,植入人工关节假体来替代病变关节的治疗方式。其核心目的是恢复膝关节的正常结构和功能,减轻疼痛,帮助患者改善日常生活质量。它是治疗严重膝关节炎且经阶梯式治疗效果不佳患者的不错选择。

在获得钟阿姨及家属的同意后,

林毅忠带领团队为钟阿姨进行手术。手术十分顺利,钟阿姨术后第二天便能下地行走,右膝关节的疼痛感消失,屈曲、伸直功能及稳定性都恢复良好。目前,正按照个性化的康复计划,逐步恢复正常行走、上下楼梯等日常活动能力。

那么,哪些情况适合全膝关节置换术?林毅忠表示,当膝关节炎严重影响生活,且保守治疗无效时,全膝关节置换术是理想的治疗选择,主要适用于以下人群:1、严重膝关节疼痛者。疼痛持续且严重影响日常生活,如行走、上下楼梯、站立等;2、关节畸形者。出现膝内翻(O型腿)或膝外翻(X型腿)等畸形,影响关节功能和稳定性;3、关节活动受限者。膝关节屈伸活动范围明显减小,无法满足日常生活需求;4、骨关节炎晚期者。X线检查显示关节间隙严重狭窄、骨质磨损严重;5、类风湿关节炎等疾病晚期患者。关节破坏严重,功能障碍明显。

(文/图 江门日报记者 梁爽 通讯员 孙军辉 黎歆)