

这场生死营救 惊心动魄!

医护人员通宵奋战近9小时 腹中“爆雷”男子转危为安

24小时无尿,腹部持续疼痛;出血5000毫升,几乎等于一个成年人的全身血量;收缩压降到70mmHg,远低于正常数值最低值;腹主动脉瘤直径约10cm,比一个大苹果还大。这4个触目惊心的数字,出现在了68岁的冯伯身上。命悬一线之际,医护人员力挽狂澜,让其重获新生。

昨日,在“鬼门关”走了一趟的冯伯,握着医护人员的手,动情地说道:“多亏你们精湛的技术和精心的护理,将我拉回死亡线上拉了回来,真的太感谢你们了。”

江门日报记者 邓榕 张泽彬 通讯员 谭淑欣



我市首例房颤脉冲电场消融术成功开展 让更多房颤患者受益



我市首例房颤脉冲电场消融术在江门市中心医院成功开展。

江门日报(文/图 记者/梁爽 通讯员/谭淑欣)近日,我市首例房颤脉冲电场消融术在江门市中心医院心血管内科成功开展,标志着我市开启房颤脉冲电场消融术的全新时代,让更多房颤患者受益。

近半个月来,家住江门的徐阿姨反复心悸,多在情绪激动时出现,动态心电图结果显示阵发性房颤。1月9日,该院心血管内科主任高伟栋在广东省人民医院心血管内科专家薛玉梅指导下,顺利为徐阿姨进行房颤脉冲电场消融术。术中,医护团队使用国产原创的脉冲电场消融导管进行脉冲消融,消融后观察20分钟,进行肺静脉一心房双向传导阻滞测试,所有肺静脉均达到电隔离状态,即消融成功。

徐阿姨术前为房颤心律,脉冲消融过程中转为正常心律。术后,她无不适反应,心电图提示为窦性心律,正常心电图。术后第一天,徐阿姨即可下床活动,术后第二天便可康复出院。

据了解,人体全身的血液供应离不开心脏持续、有规律跳动,但如果心脏“乱跳”,正常的生理平衡被打破,就会出现房颤、早搏等心律失常问题。房颤是一种心脏疾病,房颤的发病率随着年龄增加而增高,它是导致脑卒中、心力衰竭的“元凶”之一,而房颤导管消融治疗可以有效改善患者症状,

特别改善心衰合并房颤患者预后。

高伟栋介绍,不同于传统的基于热能的消融技术,脉冲电场消融(PFA)是基于不可逆电穿孔(IRE)原理的非热能消融技术,其基本原理是通过超快高强度电脉冲产生的不稳定电场使细胞膜上形成不可逆的纳米级孔隙,导致细胞凋亡或坏死。由于不同细胞达到不可逆电穿孔的阈值不同,所以脉冲电场对组织的选择具有特异性,可降低周围组织损伤风险,如食道或神经。同时,放电时间短和导管贴靠要求低带来的操作简便性等优点,让PFA技术能够弥补有房颤消融治疗的不足,打破“冰”与“火”的困境。研究发现,PFA治疗房颤比射频消融和冷冻消融治疗有更高安全性与可靠性。

江门市中心医院心血管内科团队成功运用具备国际先进水平的脉冲电场房颤消融技术,打破了房颤消融技术发展瓶颈。此项技术的成功开展,不仅提升患者手术的体验感,也进一步提高了手术安全性,将为更多房颤患者带来临床受益。

高伟栋表示,未来,该科团队将继续秉承着“德高医精仁心仁术”的院训精神,不断学习提升自我,护佑广大群众的身体健康,同时不断推动脉冲电场消融技术发展,让越来越多患者受益。



发生触电怎么办? 这些急救知识要掌握

日常生活中,伴随着无处不在的电能,电力安全隐患如影随形。触电是指人体与电源直接接触后电流进入人体,造成机体组织损伤和功能障碍。轻者会出现惊慌、呆滞、面色苍白,接触部位肌肉收缩,且有头晕、心动过速、全身乏力的表现,严重时,电流通过心脏或脑部,容易导致病人呼吸、心脏骤停。

江门市紧急医疗救援指挥中心急救业务科负责人唐志均表示,如果能把黄金抢救时间,掌握正确的急救知识,或许在紧急关头可以救人一命。

触电后,如何正确施救?首先,应该迅速切断电源。如果触电发生在家中或者开关附近,应迅速关闭电源开关。拉开电源的总闸刀是最简单、最安全而且有效的方法。若无法断开电源,可用绝缘物体(如干木棍、厚衣服或其他坚固、干燥、不导电的非金属材料)使触电者尽快脱离电源,切不可徒手移动触电者,以免引电上身。

其次,对于呼吸、心跳停止的触电者,应立即进行心肺复苏。按压部位为胸骨下半部(标准体型两乳头连线中点),按压深度至少5厘米,频率100-120次/分钟,胸廓充分回

弹,中断时间<10秒,并且可以只进行单纯胸外按压。如果附近有自动体外除颤器(AED),应首先使用AED。AED送达急救现场后,迅速打开AED并贴上电极片,自动分析后除颤。除颤完成继续进行心肺复苏。早期除颤是复苏成功的关键之一。

第三,及时送医。在完成初步急救措施后,应立即拨打急救电话120,尽快将触电者送往医院接受专业治疗。在等待救援时,要密切观察病情,保持冷静,不要慌乱。

唐志均提醒,为了预防触电事故的发生,在日常生活中要注意用电安全:一、避免接触裸露的电线和电器,不要在潮湿的环境中使用电器,定期检查电线和电器是否破损。电器使用完毕要及时拔掉电源插头;二、雷雨天气应关好门窗,避免在雷雨天气的户外使用手机和上网;三、不使用大功率电器,不私拉乱接电线,不使用劣质插排,不违规使用烧水壶等违规电器。此外,家长和老教师应该向孩子传授正确的用电安全知识,让他们了解电的危险性和如何安全使用电器设备,以免发生意外。

(邓榕)

A 命悬一线 腹主动脉瘤破裂 流血不止

冯伯,鹤山人。三年前,他被诊断患有腹主动脉瘤。

腹主动脉是人体的大动脉,负责腹腔内脏、腹壁的血流供应。腹主动脉瘤是由于腹主动脉壁的扩张形成的囊状突出。

“当它呈瘤样扩张后,就像一个膨大的气球,只不过里面流动的是高压血流。”该院心血管外科主任医师王广阔说,当“气球”在血流的冲击下越来越大时,动脉瘤壁也会越来越薄,到了一定程度,就会被“吹炸”。

通常,腹主动脉瘤直径超过5cm就达到手术指征。不过,由于早期症状并不明显,加上担心手术风险,冯伯一直没有按照医生的建议接受手术治疗。就这样,一枚“不定时炸弹”留在了冯伯的体内。

1月10日,这枚“不定时炸弹”终于“引爆”了。当天上午10时,正在家中休息的冯伯突然感到腰部、背部疼痛,也排不出尿了。患有肾功能不全的他,以为是肾脏问题导致,便尝试通过大量喝水、喝水来解决,但未见效果,腰背疼痛也在逐渐加剧。

当晚7时,疼痛难忍的他,到当地医院就诊,诊断为腹主动脉瘤破裂,被紧急送往江门市中心医院急诊科就诊。此时的冯伯,已是脸色苍白,四肢冰凉,大汗淋漓,神志淡漠,监护仪提示收缩压降到70mmHg,而正常人的收缩压一般在90mmHg—120mmHg。

在得知冯伯有腹主动脉瘤破裂后,且已存在大量出血,值班医生立刻为其开通绿色通道,通知手术室,进行急诊手术。

据悉,腹主动脉瘤一旦破裂,不做手术,死亡率几乎100%,即使手术治疗后,死亡率仍然高达40%—70%。从腹主动脉瘤初次破裂至患者死亡,平均约4小时。“瘤体一旦破裂,高速、高压的动脉血立即喷射入腹腔,在短短几分钟内患者失血可达数千毫升,随即出现休克,大出血而死亡。”王广阔说,不幸中的万幸是,该患者的破裂口未破入腹腔内,而是在腹膜后壁,涌出的血液有脊柱及肌肉限制,并形成下腔静脉的动静脉瘘,分流部分血流,所以,才能支撑到送医院就诊。

由于出血量过大,此时的冯伯连血红蛋白都测不出来了,人已处于休克状态,生命危在旦夕。

B 争分夺秒 白衣战士 全力以赴守护生命

对于破裂性腹主动脉瘤,立即进行手术治疗是唯一的生存机会。

时间就是生命,该院急诊科给予快速补液并立即配血,血库在配对好血型后第一时间将新鲜红细胞送达。在进行必需的检查后,晚上8时,冯伯被紧急送往手术室进行抢救。

通常,针对破裂性腹主动脉瘤,外科医生会在腹部进行切口,以便直接访问到主动脉,然后使用人工血管替换破裂的主动脉部分。

“这样存在两大风险:一是腹膜原本就在出血,直接开腹,血会一下就喷射出来,患者很容易因失血过多而死亡;二是腹腔内大量血肿,很难分离瘤体的吻合区域,且在分离过程中存在大出血风险。”该院心血管外科主任医师张志刚说道。

此外,除了腹主动脉瘤破裂,冯伯还伴有冠状动脉粥样硬化性心脏病、陈旧性脑梗死、高血压、肾功能不全等诸多疾病,身体状况较差,在手术过程中,患者很可能会因附壁斑块、血栓脱落发生远端栓塞,导致大出血、肠坏死、心梗、脑梗等各种严重并发症,这些意外情况大大增加了手术难度。

鉴于病情危重且紧急,经验丰富的心血管外科团队,决定采用胸腹联合切口,进行腹主动脉瘤切除加入人工血管置换术,并重建副肾动脉及双侧肾动脉。

晚上8时30分,手术正式开始。王广阔主刀,张志刚任第一助手,麻醉科主任陈聪在积极纠正失血性休克的同时,施以稳健的全身麻醉。李尚谦、李芳两位医生以及手术室黎艳娟等护理团队密切配合,一场与“死神”较量的生命保卫战打响了。首先,王广阔打开患者的胸腔,用止血钳夹住瘤体近心端的主动脉,限制血流速度,维持患者血压稳定。

接着,打开腹腔。这时,一个直径约10cm的巨大动脉瘤映入眼帘,厚厚的血肿覆于周围,一系列挑战才刚刚开始。

第一步,要进行血管分离。由于瘤体太大,及后腹膜大量血肿遮挡腔内脏器动脉,再加上瘤体周围有肾动脉、肠系膜上、下动脉及输尿管等重要组织,很容易造成误伤及损伤,血管游离难度极大,因此,成功分离血管,手术就相当于成功了一半。

第二步,切除瘤体,植入人工血管,缝合破损的血管,缝合同样并非易事。腹主动脉瘤破裂后,人体凝血机制被激活,血管脆性大,很容易碎裂,再加上不停地渗血,模糊视野,血管就像烂肉,一碰就卡断。如何在人体万条细小的血管中找到合适的血管走位、对接,缝得滴水不漏,很考验医生的基本功。

“这就好比在豆腐上缝针,如果进针的角度不对,或者用的针粗细、软硬不合适,血管就碎裂了。”张志刚说,而且缝针时间太长,病人的机体功能也受不了,因此,要争分夺秒。

从医15年来,张志刚一直坚持每天用人工血管练习血管缝合,有时用猪心练习。他说,通过这种方式保持好手感,这样在真正做手术时缝合起来才又快又稳。

最后,是周围血管的保护重建。“为了尽量降低术后并发症的发生,我们进行肠道分支血管重建,有效降低肠道坏死风险,提高肠道功能恢复的速度。”王广阔说道。

在这场彻夜抢救中,几乎每分钟都充满了危险,需要全体术者精神时刻高度集中。一切都有条不紊地进行,人工血管依次与近端腹主动脉、肾动脉、双侧肾总动脉做吻合,并重建肠系膜下动脉及双侧肾内动脉,尽量恢复内脏区供血。术中,陈聪密切监测患者的心率、血压等,精准、快速术中输液、补液。

凌晨2时许,手术顺利完成。冯伯被送至ICU,但医生的任务仍未结束,仍然陪伴在冯伯左右。直至凌晨5时许,确保冯伯的生命体征平稳安全,才离开。这场近9小时的抢救终于告一段落。

C 多措并举 有效降低 并发症发生率

根据文献报道,复杂型破裂性腹主动脉瘤,即使通过手术进行治疗,死亡率仍有40%—70%。

“常见的手术并发症包括出血、感染、血栓、肾功能损害等,会增加患者的死亡风险,术后一周内患者的死亡率很高,因此,术后的护理和管理至关重要。”王广阔说道。

“这一阶段的管理主要包括心肺功能监测和管理、肾功能监测和管理、脑血流监测和管理、疼痛管理、营养支持以及血红蛋白水平监测和输血治疗等。”该院心血管外科护士长陈丽芳补充道。

术后,冯伯被送往ICU进行密切监测,及时发现并处理可能出现的心肺功能衰竭。在ICU医护人员的精心照料下,冯伯生命体征平稳,各项临床指标趋于正常,1月16日,冯伯转至心血管外科病房。

“在术后护理中,我们重点监测了患者的肺功能、肾功能和肠道功能。”护士长陈丽芳说,在肺部方面,检测其呼吸氧饱和度;在肠道方面,注意观察肠道功能、肠鸣音以及是否有腹胀、腹痛、呕吐等,并制定合理的营养支持方案;在肾功能方面,通过使用抗感染、消炎药、静脉营养补液等改善肾功能。在必要的情况下,还需要进行血液透析治疗。

此外,疼痛管理是术后早期管理的重要组成部分。手术后,患者可能会出现严重的疼痛,这不仅会影响患者的舒适度,还可能影响患者的康复进程。因此,该科与医院康复科合作,为冯伯进行康复治疗。

在冯伯未苏醒时,护士、康复师会帮助冯伯做一些被动的肢体活动;冯伯苏醒后,就帮助他做一些床上活动,配合使用心肺康复营养药物,促进冯伯尽快下床、早日康复。

在护士的精心照料下,目前,冯伯精神状态良好,恢复情况良好,预计可在一周内康复出院。

腹主动脉瘤破裂,是一种极其危重状态,患者来诊前常因大出血休克而死亡,手术死亡率仍高达40%—70%。抢救这类患者难度极大,这不仅是一场专业技术水平的试炼,更是一场综合救治能力的终极考验。

“近两年,团队救治破裂性腹主动脉瘤患者共计33例,成功率高达93%,远高于文献报道,同时该技术还获得了国家级技术推广项目。”王广阔感叹道,这名患者之所以能转危为安,离不开通过多类型手术积攒下来的丰富经验,更离不开科室医护团队、不同科室之间的密切配合,最终,我们跑赢了死神。

(邓榕)

D 知多D 如何远离 腹主动脉瘤?

腹主动脉瘤因难以被发现,一旦发病,因病情变化快,迅速致命等特点,又被称为人体的“不定时炸弹”。那么,究竟该如何预防?如何治疗?记者就此专访了江门市中心医院心血管外科主任医师王广阔。

问:腹主动脉瘤的高危因素是什么?

答:腹主动脉瘤形成的危险因素有高龄、男性、吸烟、腹主动脉瘤家族史、高血压、高血脂、动脉粥样硬化和冠心病,其中吸烟及家族史最重要。建议60岁以上人群至少每年常规体检一次,无创性检查—胸腹部CT平扫,腹部彩超能迅速定性诊断或排除腹主动脉瘤。

问:腹主动脉瘤有哪些表现?

答:腹主动脉瘤患者多数无任何症状,少数患者有脐周或中上腹部、腰背部疼痛,疼痛性质可为钝痛、胀痛、刺痛或刀割样疼痛;突发的剧烈疼痛往往是腹主动脉瘤破裂或急性扩张的特征性表现,故把腹主动脉瘤突然出现疼痛视为最危险的信号。

问:腹主动脉瘤如何治疗?

答:当被确诊为腹主动脉瘤后,直径小于5cm的胸腹主动脉瘤需要在血管外科门诊定期随访。如果出现以下情况,需要积极治疗:

一、当腹主动脉瘤瘤体直径>5cm时需要手术治疗,由于女性腹主动脉直径偏细,如果瘤体直径>4.5cm,就应该考虑手术治疗;

二、不论瘤体大小,如果腹主动脉瘤瘤体直径增长速度过快,每半年增长>5mm也需要考虑尽早手术治疗;

三、不论瘤体大小,如出现因瘤体引起的疼痛,应当及时手术治疗。

问:患上腹主动脉瘤注意事项有哪些?

答:一、腹主动脉瘤的主要病因是动脉硬化,为预防本病发生,必须从预防动脉硬化着手,控制高危因素如控制血压、戒烟、戒酒,限制动物脂肪、高胆固醇类食物的摄入;

二、如有突然发生腹痛、或腰背部疼痛,提示腹主动脉瘤破裂可能,需争分夺秒就诊,否则有危及生命可能;

三、不宜剧烈活动,避免生气急躁。对于患有慢性肺疾病的人群需减少肺部感染诱因,避免剧烈咳嗽;

四、尽量避免便秘和一切增加腹腔压力的因素。

(邓榕)

★ 健康科普指导

唐志均:江门市紧急医疗救援指挥中心急救业务科负责人