

全球首例“微创”换心手术成功

患者免受“劈胸破骨”之痛

武汉晚报讯(记者罗兰 通讯员聂文闻 彭锦弦 熊婉婷)全球首例!通过一个小切口完成心脏移植,免去患者“劈胸破骨”之痛。1月14日,华中科技大学同济医学院附属协和医院宣布,该院心脏大血管外科主任董念国教授团队完成一例“胸腔镜辅助右前外侧小切口心脏移植”手术,该术式目前在世界范围内未见同类报道。记者探访发现,4天前接受手术的吴女士已转入普通病房,可以自己吃东西,还能站立床边接受训练。

53岁的吴女士患心力衰竭十余年,已发展为终末期,心脏移植是目前唯一的救命方法。董念国介绍,常规手术必须从胸骨正中劈出20至25厘米切口,长期卧床、极端虚弱的吴女士已经受不起如此重创。为了挽救吴女士的生命,董念国大胆提出“小切口”的思路。

新的微创技术将颠覆传统心脏移植的手术路径与操作习惯。狭小空间将使心脏暴露不足,操作受限,腔镜吻合、供心复苏难度剧增,尤其是有限的供心存活时长将对团队的技术水准和协作能力提出巨大挑战。他带领团队反复研讨,借助3D影像进行技术重建,模拟患者胸腔内场景和手术路径,针对各种可能出现的意外制定处理预案。

1月10日,董念国率领团队进入手术间。术中,团队从患者右侧第三肋间开辟了一道8厘米长的切口,撑开肋间形成适合供心的“小窗口”,通过这个唯一空间严丝合缝地植入供心。没有常规手术充分直视的条件,团队借助胸腔镜视野实现精准摆位,在左心房、肺动脉、主动脉、上腔静脉及下腔静脉五个关键吻合口完

成了双重精密缝合。61分钟后,新的心脏恢复强有力的跳动。董念国表示,新方式不损伤胸骨、不破坏肋骨,最大程度保留了胸廓的完整性,适用于绝大多数心脏移植病人,尤其适合于终末期心衰伴恶病质患者,患者康复质量也将明显优于常规手术患者。



董念国教授团队借助8厘米小切口完成心脏移植。 通讯员刘坤维 摄

成了双重精密缝合。61分钟后,新的心脏恢复强有力的跳动。

董念国表示,新方式不损伤胸骨、不破坏肋骨,最大程度保留了胸廓的完整性,适用于绝大多数心脏移植病人,尤其适合于终末期心衰伴恶病质患者,患者康复质量也将明显优于常规手术患者。

据了解,自2015年以来,协和医院完成心脏移植手术1266例,近10年手术量居全球第三,疗效达国际顶尖水平。其中,存活时间最长纪录为21年,患者今年33岁,十分健康,每天都在刷新纪录。

高浓度药物输液8天,女子患上肾衰竭

武汉晚报讯(记者张金玉 通讯员陈梦圆 廖倩倩)近日,武汉一女子患上带状疱疹后,在诊所连续输液8天,竟然引发急性肾衰竭。经过武汉市第四医院及时救治,她的肾脏功能才恢复正常。医生提醒,不少药物具有肾毒性,且早期肾功能损害没有症状或症状轻微,使用过程中一定要注意肾功能监测。

半个月前,55岁的张女士发

现自己腰部、腹部皮肤疼痛,不久就长出了一排水疱。张女士在小区附近的诊所就诊后诊断为带状疱疹,医生建议其进行抗病毒治疗。然而,在该诊所连续输注阿昔洛韦8天后,张女士隐隐感觉腰部胀痛,于是她来到武汉市第四医院常青院区肾内科就诊。

接诊的廖倩倩医生详细询问了张女士病史,并查看张女士之前的治疗方案,发现抗病毒药物

单次剂量过大,且配药后浓度过高。随后,医生为张女士进行肝肾功能检查,发现张女士已经出现急性肾衰竭。医生迅速为其办理住院,进行水化护肾等治疗。几天后,张女士肾脏功能好转。

该院常青院区肾内科负责人蔡源医生介绍,带状疱疹是水痘一带状疱疹病毒感染导致的。张女士之前使用的阿昔洛韦为抗病毒药物,在体内代谢和

排泄主要依赖于肾脏,特别是在剂量过大、浓度过高、给药速度过快、药物配伍不当等因素的影响下,容易在肾小管内形成结晶,堵塞肾小管,从而引发急性肾功能衰竭。

医生提醒,药物引起的急性肾损伤,早期往往症状不典型,患者容易忽视。一旦用药后出现皮疹、关节痛、尿量异常等症状,应立即停药。多数患者在及时停药并接受规范治疗后,肾功能是有机会恢复的,但若延误治疗,可能造成永久性损伤。

男子腹痛拖延5天,竟致肠坏死和感染性休克

武汉晚报讯(记者赵萌萌 通讯员张素华 李菡)近日,在武汉打工的房先生因5天持续腹痛到武汉市第三医院光谷院区疝与腹壁外科就诊,入院时他的肚子鼓胀如篮球,不久后体内感染指数暴增,被确诊为乙状结肠扭转。在经历一场高风险的紧急手术后,房先生目前生命体征平稳,正在接受后续治疗。

据悉,入院检查的全腹部CT影像提示,房先生乙状结肠、横结肠、降结肠明显扩张,并可见宽大气液平。影像还显示,在乙状结肠特定层面,肠壁及肠系膜血管

呈现出典型的“漩涡状”改变——这是乙状结肠扭转的明确征象。扭转的肠管导致肠道完全梗阻,腹腔内压力急剧升高,将膈肌严重上推,影响了呼吸与循环。同时,患者心率119次/分,呼吸为39次/分,已有严重缺氧的表现。

肠扭转、腹腔高压、急性呼吸衰竭、脓毒症、感染性休克……面对一系列致命诊断,来自心内科、重症医学科、呼吸内科、消化内科、麻醉科的专家小组迅速集结,为患者紧急手术。

1月6日,手术开始,由疝与腹壁外科郑新主任团队主刀。腹

腔打开后,发现整个腹腔被广泛扩张的结肠占据,根本无法将手伸入腹腔探查病变部位,蒋斌医生以吸引器吸出大量气体后肠管才瘪陷。拖出部分扩张的结肠后,发现患者乙状结肠发生了严重的逆时针扭转并异常扩张,肠壁充血水肿,近端结肠也随之扩张,小肠及大网膜与乙状结肠系膜存在广泛粘连。医生将扭转的乙状结肠进行手法复位后,观察到扭转处的结肠肠壁已坏死。鉴于远端直肠和近端结肠血运尚好,医疗团队决定,切除坏死的乙状结肠,并将降结肠的残端从此

切口拖出腹腔外,固定于腹壁上,形成临时性人工肛门,以便肠道内容物排出,利于近端肠管恢复。

在长达3小时的手术过程中,麻醉团队综合运用有创动脉血压、实时心排量监测等设备对患者实时监控,患者全程生命体征平稳。

术后,患者腹腔高压解除,呼吸心跳恢复正常,各种感染指标也逐步下降。目前,患者已由ICU转回普通病房。

郑新介绍说,如果突发剧烈腹痛,腹部明显膨隆、发硬,停止排气、排便,请立即就医,这不是普通的肠胃不适,而是外科急症,拖延会导致肠坏死、感染性休克,危及生命。