

诊室传真

为肿瘤患者提供
科学精准诊疗方案
多学科会诊
一站式治疗疑难病

晚报讯 14日早上7点,上海仁济医院肿瘤专家、市一院肿瘤科主任、多学科会诊(MDT)技术委员会主任委员陈东芹带领肿瘤科全体医师和护士长,与肝胆外科、胸外科、介入科、放疗科、影像科、病理科等兄弟科室主任一道,就一名七旬脑梗患者的病情开展多学科会诊。

原来,前不久,72岁的患者徐某因突发意识不清、左侧肢体无力入院,急诊诊断为急性脑梗死,病情危重。更让人揪心的是,患者的检查提示肺部和脑内均有占位。经过市一院神经内科积极治疗,患者脑梗死症状有所改善,但肿瘤原发灶不能明确,病情复杂。为了确保患者下一步的顺利治疗,陈东芹组织了MDT讨论,通过多位与会专家集中讨论,全面分析患者的病情,为患者提供了科学合理的诊断思路及下一步的权威治疗方案。

专家们对患者进行了详细的体格检查,结合病史以及检查报告,展开了面对面的讨论。病理科主任杨其昌建议给患者肿大的淋巴结进行穿刺活检,明确病理诊断后指导下一步治疗;影像科副主任崔磊针对其他部位病灶,考虑患者膀胱增厚是长期尿管留置导致的水肿增厚;介入科主治医师江晓冬表示介入科可以配合肿瘤科对患者肺部结节行穿刺活检;放疗科主任吴迪军也提醒在场的每一名医护人员,肿瘤防治要做到“三早”(早发现、早诊断、早治疗)还任重道远。陈东芹最后进行了总结,并制定了个性化的治疗方案。

此次多学科会诊还涉及直肠肿瘤合并肺多发转移可能、多次活检未明确诊断的患者张某;肺癌治疗后再次进展的患者黄某某;十二指肠癌手术后为求进一步治疗入院的患者彭某等患者。通过多位专家的MDT讨论,患者及家属对患者的病情得到了进一步了解,也获得了下一步更规范、专业的治疗方案。

记者了解到,在仁济专家陈东芹的牵头下,市一院已开展肿瘤相关MDT讨论102例,为不明原发灶的诊断、疑难病例的治疗等提供了更专业、规范的依据。在搬迁新院后,该院MDT继续于每周二早7点举行,采取和上海仁济医院合作的新模式,同质化运营,由肿瘤科、肝胆外科、胃肠外科、胸外科、介入科、放疗科、影像科、病理科等相关科室的专家齐聚一堂,合力给复杂疑难肿瘤患者制定精准诊疗方案。

记者冯启榕



多科室联合为患者做会诊。

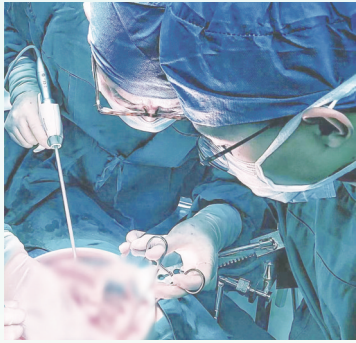
患者一夜呕血1000毫升

通大附院多科联合救治化险为夷

“病人直接从消化内科送往手术室,运送途中还在不停呕血,对于这种病例一分钟都不能耽误!”近日,南通大学附属医院内科主任兼消化内科副主任蒯小玲教授讲述了14日夜里发生的惊险一幕。当天夜间,蒯小玲联合外科副主任李鹏教授为一名消化道大出血患者施行了急诊胰十二指肠切除术,术后患者消化道出血得到有效控制,恢复顺利。

据蒯小玲介绍,54岁的李先生长期胃部不适,有十二指肠溃疡病史,春节过后有2次呕血,2次胃镜检查都没有查出原因,于2月初转诊到通大附院,急诊再次胃镜检查无明显出血病灶,绿色通道快速转入消化内科病房后,经过5天的住院治疗病情已逐渐好转。就在14日晚,李先生突然出现多次呕血,总量达到1000ml,血压跌至70/50mmHg,已出现休克症状,一场紧张有序的消化道大出血救援战立刻打响。

在快速扩容加压输液的同时申请配血,新鲜血球和血浆在最短时间内输入李先生体内。当蒯小玲将胃镜探入胃内查找出血点时,只见患者胃腔内有大量血凝块堆积,整个胃腔已如“血海”一般,被鲜血遮挡的视野根本无法看清病



医生在为患者做手术。

灶位置,只在十二指肠球部和降部交界转弯处发现一个小小的血栓,内镜下用钛夹试图夹闭血栓发现该处肠壁硬,止血效果不佳。此时,患者仍持续性大量出血,生命体征极不稳定,如果不及时止血,随时有生命危险。

看着胃腔大量鲜红色血液,也许出血病灶就在胃腔内,容不得丝毫犹豫和耽误,蒯小玲立即电话联系胃肠外科李鹏教授,准备内外联合实施手术。李鹏随即联系中心手术室和麻醉科做好充分准备,从突发呕血到上台手术不到1小时。术中胃部切开一个小口子,立刻清理胃腔积血,胃镜再次进入仔细寻找出血点,最后确定出血病灶并不在此,而是在十二指肠球降交界处。术中发现该部分十二指肠

和胰腺粘连,并且离胆总管开口非常近,无法做局部切除,“正常人的胰腺质地柔软,这个病人的胰腺质地明显偏硬,呈慢性胰腺炎表现,给手术切除吻合带来巨大挑战,最后成功实施了胰十二指肠切除术。”李鹏介绍。急诊胰十二指肠切除术是普外科手术领域难度较大、过程复杂的手术,十分考验医生的技术。经过3个小时,手术顺利完成,李先生成功脱离了生命危险。

“感谢蒯主任、李主任,救治太及时了,把我爱人从鬼门关拉回来了!”李先生的爱人全程目睹了丈夫的抢救过程,被医护人员高效的救治、不放弃的责任深深感动。

据了解,这已不是蒯小玲和李鹏第一次遇到这种情况,早在前年5月,一名19岁的男孩同样发生了十二指肠溃疡和胰腺组织粘连、大出血,两位专家紧密配合、精准实施胰十二指肠切除术,挽救了男孩的生命。李鹏介绍,内外科联合手术治疗大大简化救治环节,能避免多次手术对患者身体的损害,减轻患者的负担。对于发病凶险、重症患者的救治不仅考验单科技术,还有团队紧密协作能力,麻醉手术科、输血科、护理团队一起高效运转、争分夺秒,才能挽回一线生机。

本报记者李波 本报通讯员陈静

“00后”实习护士脾破裂大出血

南通三院多科协作助力患者创造生命奇迹

21日上午,在南通市第三人民医院骨科一病区,21岁的实习护士小赵正在带教老师的指导下为病人进行护理服务。看着眼前这个充满活力和干劲的姑娘,无论如何也想不到两个月前小赵曾遭遇严重车祸,距离“鬼门关”仅一步之遥。危急关头,南通三院多学科协作,腹腔镜微创、自体血回输、加速康复等先进技术“齐上阵”,助力患者重获新生。

两个月前的一天中午12点多,市三院肝胆外科接到急诊外科电话,一名外伤后迟发性脾破裂患者紧急入院。患者正是该院的实习护士小赵,1小时前遭遇车祸,来院时血压低至90/60mmHg,已处于休克状态,生命悬于一线。

时间就是生命!急诊立刻启动创伤中心抢救机制,迅速开辟绿色通道。肝胆外科值班医生、副主任医师朱任飞第一时间赶赴现场,对患者病情进行了综合评估,认为可采用腹腔镜微创治疗,并向普外科主任、肝胆外科主任吴建军主任

医师及时进行了汇报,然后与副主任医师邱烽一起为患者紧急制定了详细的手术方案。

因血库备血送达手术室需要一定的时间,为争分夺秒挽救患者生命,肝胆外科与手术室、麻醉科通力协作,紧急启用自体血液回收机进行自体血液回输,也就是“用自己的血救自己”。术中,医生发现患者腹腔内已出血超过2000ml,脾脏下极还有活动性出血。能否有效控制出血是手术成败的关键,也是难点所在。

依托先进的腹腔镜手术系统,肝胆外科手术团队等采取了先离断脾蒂,再分离脾脏上下极的方法进行“攻坚”。在手术组缜密的操作下,患者破裂的脾脏被完整切除取出,结合利用自体血液回收技术,将患者手术中流失的血液收集、过滤、分离、清洗、净化后,再回输患者体内。

从患者入院到手术结束,全过程仅1个多小时,充分体现出南通

三院以多学科联合为基础,对急危重症患者极高的抢救效率和极强的救治能力。吴建军介绍,由于脾脏位置血运丰富,毗邻关系复杂,脾蒂动静脉的游离及结扎等处理难度很大,术中精细解剖的同时,还需避免对周边血管、脏器造成损伤,技术难度远远大于传统开腹脾切除术。三院肝胆外科腹腔镜手术团队凭借丰富经验和精湛技术,步步为营、稳扎稳打,仅1个小时不到就出色地完成了这一高难度手术,成功挽救了患者年轻的生命。

在加速康复外科指导下,患者恢复良好,术后第1天即能下地行走,术后第5天即顺利出院。如今,小赵已经重返岗位,在救死扶伤的道路上遵循前辈的脚步继续前行。“这段刻骨铭心的经历不仅让我对生命有了更多感悟,也对医者仁心有了更深刻的体会。”劫后重生的她这样说。

本报通讯员王晨光
本报记者冯启榕