

【山海同心】

多学科远程会诊“把脉”，专家扎根“山”与“海”

68岁的嵊泗人潘先生(化名)被诊断为帕金森病已经十几年了,行动迟缓、肢体震颤,最近十来天,他又出现了幻视、幻听的症状,被我院嵊泗分院收治住院后,其尿频现象也引起了医生的注意,每3至5分钟就要小便,几乎整晚不睡觉都在跑卫生间……8月19日,在我院三墩院区远程会诊中心,6位专家视频连线嵊泗分院,为老年病科、神经内科、心血管内科、内分泌科、血液科等多个疑难患者“隔空把脉”,为患者进一步治疗提出宝贵建议。

视频那头,是我院老年病科主任陈旭娇主任医师、神经内科副主任刘小利主任医师、心血管内科副主任金红峰主任医师、内分泌科副主任阮园副主任医师、血液科主任沈益民主任医师,视频那头,是已到当地开展工作3个多月的我院“山海”提升工程专家急诊科副主任赵峻峰主任医师(嵊泗分院常务副院长、信息关系中心主任)、老年病科主任助理洪秀芳副主任医师(嵊泗分院内科业务副主任)、内分泌科王绍冠副主任医师、心血管内科魏玮医师和神经内科楼跃医师。

远程会诊现场,我院专家团队在听取嵊泗分院患者病情介绍后,通过了解患者的治疗情况、检查数据以及在线查看影像学资料后展开病历讨论,进行全面评估,经过充分的沟通交流,进一步明确了相关诊断,并完善了治疗方案。

远程会诊中,刘小利做出对潘先生的病情判断,考虑患者存在自主神经通路障碍,“帕金森病早期存在非运动症状,包括



嗅觉减退,焦虑抑郁情绪等,他的尿频与焦虑抑郁情绪存在相关性。”刘小利说道,她建议下一步治疗可通过改善患者的情绪和自主神经功能障碍两部分进行。

77岁的范先生(化名)常年高血压,最近因血压控制不稳寻求治疗。陈旭娇在听取病情汇报后建议,进一步予以动态血压等检查,明确24h血压控制及靶器官损伤情况,制定合理降压方案。她特别强调,要重视老年人合理用药和多重用药问题,避免不恰当用药引发的“处方瀑布”等问题。

知名专家远程云会诊,让传统的就诊任务和诊断任务从“不可能”成为了“可能”。我院医务部副主任杨杰表示,开启与嵊泗分院之间的首次远程视频会诊,是“山海”提升工程的重要内容,为嵊泗患者诊疗提供了新的途径。今后,医院将定期开展包括远程病例讨论、在线查房等多模式合作交流,医、教、研全面对接,利用总院优势资源为嵊泗患者服务,让他们足不出户,享受到省级优质医疗资源。



优质医疗卫生服务向“山”与“海”不断延伸,除了远程会诊,专家们也积极奔向“山”与“海”。

神经介入科周育苗副主任医师去往柯城后,他和我院衢州分院同科室的专家一起推动衢州分院不断优化脑卒中流程,理顺卒中救治流程,缩短患者到院至再灌注时间,短短几个月时间已经开展了几十例例脑血管介入诊疗手术。另外,积极开展全院性业务学习,提高医护对神经介入的认识,结合大量病例介绍神经介入的治疗体系,同时还多次到社区、乡镇卫生院义诊和科普讲座。

6月,周育苗在衢州分院神经内科团队的配合下,采用支架取栓术成功抢救一位大脑中动脉闭塞患者。新技术的开展,是柯医神经内科在脑血管治疗领域的一大跨越,不仅填补了科室该项技术的空白,还将为当地百姓提供更优质的医疗服务,更坚实的健康保障。

8月10日,86岁的翁奶奶早饭后散步

时突发左侧肢体无力跌倒在地,同时口齿不清,意识逐渐模糊,家人急呼120送至衢州分院。急诊科段鑫霏医师接诊后考虑脑卒中,立即启动卒中中心绿色通道救治流程。患者意识模糊、双眼向右凝视、口齿不清、左侧肢体完全瘫痪,迅速完善头颅CT+CCTA,提示右侧大脑中动脉M1段闭塞。在CT室立即给予阿替普酶静脉溶栓。

周育苗会诊后考虑右侧大脑中动脉闭塞系本次脑梗死的责任血管,有取栓开通血管的指征。时间就是生命,分秒必争是脑科医生的准则。患者边静脉溶栓边被转运至导管室。术中造影发现患者右侧大脑中动脉M1末端分叉处呈三干型,其中两干经静脉溶栓后已经再通,但中间最粗的一干仍闭塞。随即周育苗用娴熟的技术半小时成功取出血栓,闭塞的血管完全再通。随着脑动脉血流的恢复,患者的病情也快速缓解,回病房时意识完全清楚,左下肢肌力基本恢复正常,左上肢也能抬高床面,翁奶奶露出了满意的微笑。

脑动脉取栓术对医疗设备和医师技术要求非常高,“山海同心”让衢州分院充分整合了省内及院内资源,加强卒中中心建设,不断开展及完善各项卒中救治关键技术,目前静脉溶栓数量已位于衢州地区前列,在周育苗的协作下,衢州分院近2个月来已开展数十例脑血管造影,数例大脑中动脉支架及取栓手术,均取得良好效果,有效降低了脑卒中的致残率和致死率。

文、供图/宣传统战部 吴玲珑 吴婧

内外科通力协作,这个“无辜”器官保住了

近日,我院普外科成功为一名患者完成腹腔镜下胰腺钩突肿瘤切除术。完整切除了肿瘤的同时,避免了常规切除胰腺钩突肿瘤需要行切除胃、十二指肠、胰头、胆管的胰十二指肠切除术,最大限度地降低了患者的创伤,提高患者术后的生活质量,真正实现了胰腺疾病的微创化治疗。

来自宁波58岁的黄先生(化名),1个多月来反复出现中上腹的疼痛,当地医院诊断为胆囊炎,黄先生回家后吃了些药,症状却依旧没有缓解。

前不久,他和家人来到我院三墩院区,希望能够查明病因。接诊的我院普外科谢达飞副主任医师仔细看了CT,发现黄先生虽然考虑胆囊炎,但并没有胆结石,这样的情况很少见,同时CT上显示患者胰腺钩突有个占位,这引起了谢达飞的疑虑。

果然不出所料,经过增强MRI检查提示,黄先生胰头钩突占位很有可能是IPMN(胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤),是肿瘤!虽然不大,但是会有恶变的可能。

摆在黄先生面前不止肿瘤的可怕,还有治疗方案的纠结。

肿瘤所在的解剖部位给外科医生带来极大的难题:肿瘤位于胰腺钩突部,被十二指肠包裹,又位于重要的血管后方,显露、局部切除极其困难,而且肿瘤与胰管相通,切除后容易发生比较棘手的并发症“胰瘘”。

常规手术方法可能需要行胰十二指肠切除,也就是说为了一个暂时为良性且有恶变风险的肿瘤,黄先生可能要付出切除十二指肠、胰头、胆囊及胆总管等多个脏器的代价,手术风险和创伤明显增大,而且由于消化道重建也会大大影响患者术后的生活质量。

我院普外科主任王国良主任医师经验丰富,根据患者肿瘤的特点,本着微创化和精准外科切除的手术理念,在术前先联系我院消化内科副主任冯玉良主任医师为患者预先置入一根胰管支架,目的是可以术中帮助定位,同时可以减少术后胰瘘的发生,然后为黄先生行“腹腔镜下胰腺钩突肿瘤切除术”。

术中通过几个0.5~1厘米的小切口,将十二指肠降段和胰头充分游离,保护肠系膜上静脉和动脉,充分显露胰腺钩突肿瘤,经过1小时仔细分离,将肿瘤连同包



膜完整切除,病理最终显示果然为IPMN(胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤)。此次手术术中无输血,失血仅为20ml。

目前,黄先生恢复良好,在病房内为我院的医生点赞道:“感谢医生及时发现我的肿瘤隐患,还用这么小创伤的手术为我治疗,你们真是火眼金睛,刀到瘤出!”

胰腺手术的确是外科最为复杂、创伤最大的手术。但近年来,腹腔镜技术已经开始应用到胰腺外科手术中。而IPMN这个疾病正是所有胰腺疾病中最适合用腹腔镜技术完成的,术后患者一般2~3天即能下床正常活动,一周左右即能出院。

文/宣传统战部 郭俊
供图/普外科 谢达飞

23岁女生身体里抽出黑色粘稠液体……

这两年,每次来月经都成了年仅23岁的梁女士(化名)的噩梦,没有一次不痛得死去活来,哪怕吃了止痛片,也还是痛。偶然间看到某网红APP上一位创作者的巧克力囊肿治疗经历,她慕名找到了我院超声诊断科副主任洪勇强主任医师。

梁女士每个月的“那几天”不规律,而且经期腹痛、腹胀不断加重,让她很受困扰。B超提示其左卵巢内可见一大一小约7.35*5.02*6.71cm的囊性包块,经过术前评估,患者符合介入超声引导穿刺硬化治疗适应症,8月4日,洪勇强为梁女士成功实施了相关治疗。在超声引导下,直径只有1mm的穿刺针穿入患者囊肿腔内,共抽出黑色粘稠液体(巧克力色)130ml,再用生理盐水反复冲洗,直至抽出液体清亮,随后医生们采取硬化治疗,在患者囊内保留部分药物以防



囊肿复发。头一天下午微创手术做好,第二天一早,梁女士就神清气爽地出院了。“感觉棒棒的,我会介绍小妹妹也过来治疗。”她笑意盈盈地说道。

洪勇强介绍,巧克力囊肿学名“子宫内膜异位症囊肿”,简称“巧囊”,是子宫内膜异位的一种病变。哪些巧克力囊肿适合超声引导下穿刺治疗?我院超声诊断科谢飞医师介绍:

1. 囊肿直径>4 cm; 不愿或不能再次手术者以及囊肿合并感染者;
2. 囊肿直径>4 cm; 有生育愿望、备孕或体外受精-胚胎移植(IVF-ET)前,不愿或不能手术者;
3. 囊肿直径>4 cm; 无生育愿望、不愿或不能手术者;
4. 囊肿破裂而生命体征正常者,不愿或不能手术者;
5. 囊肿合并妊娠3个月以上,囊肿挤压妊娠子宫、膀胱或结肠等,引起大小便不适等临床症状和体征者。

文/宣传统战部 吴玲珑
供图/超声诊断科 洪勇强

错挨一刀,57岁就要靠拐杖,他们帮他找到元凶

57岁的付先生(化名)在当地医院做了骨科手术后一直没有好转,随即前往杭州寻求治疗,我院血管外科终于帮他找到了疾病的“幕后真凶”——左髂动脉闭塞。

付先生还没有退休,但腿脚已然不大灵便。左下肢间歇性跛行,走路一瘸一拐,不仅影响工作和形象,也影响到了他的生活。一年前,他专门去当地医院骨科就诊,被诊断为腰椎管狭窄,并接受了相关手术治疗。他以为这下总该能好好走路、左脚也不会那么疼了吧?结果,术前能走500米的付先生,术后走个100米就觉得无比吃力,间歇性跛行更严重了。到底怎么回事?

付先生投奔生活在杭州的女儿,让其帮忙找个专家看看。来到我院三墩院区,他还是选择先看骨科,还要做手术才能缓解身体痛苦吗?骨科专家找来血管外科为付先生会诊,因为临床中,近期已经碰到多例间歇性跛行但最后证实并不是骨科问题,而是血管发生了病变的患者。果不其然,双下肢动脉彩超、ABI(踝肱指数)检查提示付先生血管出现问题,进一步的下肢动脉CTA显示,左髂动脉完全闭塞了。也就是说,他身体里的血液流动到左下肢的髂动脉这里,流不过去了,因为血管死死地堵住了。

7月27日,我院血管外科主任叶金明主任医师主刀为付先生实施了左髂动脉球囊扩张成形术及支架植入术,术后患者恢复良好。“走路感觉比以前好多了,走个一两千米也不觉得累了。”付先生满意地说。

叶金明介绍,主髂动脉闭塞症是一组引起盆腔缺血和(或)下肢缺血为主要表现的疾病。因为髂动脉是主动脉在肚脐周围水平分成的分支,其功能是为下肢和骨盆的器官供血,所以主髂动脉闭塞症常表现为臀肌和(或)下肢间歇性跛行,如果病变加重,会引起肢体重度缺血,严重影响生活质量,甚至危及生命。

文/宣传统战部 吴玲珑