

【MDT】

盆腔囊肿切除 + 腹膜透析管置入一次完成

——我院成功完成首例肾内科、妇科联合手术

什么是多学科联合会诊？

同传统专家会诊模式相比，MDT模式需要规范化的多科室协作与更高的患者参与度。这种合作是完全根据患者病情需要，组织相关学科联合制定“最优”治疗方案并执行，从而保证患者受益最大化的一站式医疗服务，缩短了患者住院周期，提高就医效率。

MDT模式在现代医学中扮演着先行者的角色，我院也一直广为推崇，积极开展多学科合作，且随着院府合作的不断深入，上海市第一人民医院的专家教授加入我们的多学科会诊，包括参与手术治疗，不仅提高了医疗资源的利用效率，也为患者带来了更加便捷、高效、精准的医疗服务。

病例回顾

4月11日，我院肾内科、妇科和麻醉科强强联合，成功完成了一例跨学科联合手术，为患者化解了长时间的疾病困扰，驱散积聚已久的阴霾。

患者何阿姨发现血肌酐升高4年余，几经周折于广东、南京各大医院就诊，明确诊断为慢性肾小管间质性肾炎，已逐渐发展为慢性肾脏病5期。近期随女儿在我区定居，因感觉乏力加重，在家人的陪伴下，来到我院肾内科住院，查血肌酐值为：732.5 $\mu\text{mol/L}$ ，伴高钾血症，拟完善透析前准备，结合自身考虑，何阿姨选择了腹膜透析这一方案，但是经检查发现，她的盆腔内有一大小约52x40x47mm³的囊性占位，囊肿不除、腹膜置管是否能成功放入？若行盆腔手术，何时才能伤口修复，实现腹膜透析？若术后腹腔粘连，腹透管还能否如愿置入？



患者及家属商议后，最终决定继续药物保守治疗，暂缓妇科手术及透析准备，复查各项指标稍有好转后患者即出院休养、告知可能的风险并嘱其密切随访。患者在家中自行口服中药，数天后来我科门诊复查，血肌酐升至805.5 $\mu\text{mol/L}$ ，血钾亦再次升高，紧急收住院行降钾等抢救治疗。患者此次药物应用后肾功能指标无明显改善、血钾持续偏高，但患者对临时血液透析颇多顾虑，仍优先选择腹膜透析，多次病情沟通后，患者及家属同意立即手术治疗。结合其合并盆腔囊肿，传统的手术方式需要分别由妇科和肾内科进行两次手术，不仅增加了患者的手术风险和恢复时间，还可能因为手术区域的重叠造成相互干扰，且透析的延迟存在极大风险，严重时危及生命。

面对这一挑战，肾内科副主任孔媛立刻组织了多学科讨论，并联系了上海市的一专家团队，经过一番集思广益，提出一套“双剑合璧”的手术方案：在一次手术中，同时处理盆腔囊肿并完成

腹透管的放置。这一方案要求手术团队在保证安全的前提下，实现两个学科手术技术及围手术期管理的无缝对接。由于尿毒症患者的全身并发症较多，电解质代谢紊乱、肾性贫血、心功能不全等，这给全麻也带来了极大挑战，为此，手术双方团队及麻醉科进行了反复探讨、多次查房，确保手术过程中的每一个环节都能不失毫厘。

手术当天，在麻醉科的保驾护航下，肾内科和妇科专家组成的联合手术团队默契配合、群策群力，按照预定方案顺利完成了手术。首先由妇科主任袁霞带领团队进行腹腔镜双侧卵巢和输卵管切除术 + 腹腔镜下盆腔粘连松解术；随后，上海市肾内科副主任医师谷立杰、金坛医院肾内科副主任孔媛带领团队接棒进行腹膜透析腹腔镜法置入术，整个过程从容不迫，不仅成功切除了患者的盆腔囊肿，还顺利置入了腹膜透析管。

术后患者恢复良好，袁伟杰教授专家团队密切关注病情变化，并现场参与查房，指导围手术期的管理，逐渐完成了腹腔引流、腹透液冲腹、腹腔灌注留腹等过程，顺利过渡至常规腹膜透析，护理团队也认真配合，对患者的腹透液操作进行了考核并发放合格证书，确认患者出院回家后能规范操作。4月26日，患者随诊来院，伤口恢复满意。

本次手术的成功开展是肾内科学科进步的重要标志，也是打破专科壁垒、发挥多学科优势的典型案例，肾内科全体医护将始终秉持“以患者为中心”的服务理念，不断精进医疗技术，与兄弟学科互帮互助，为更多患者提供优质、高效、个性化的医疗服务。

文 / 潘蔚 摄 / 孔媛

生命奇迹

急性心梗遭遇“电风暴” 紧急除颤上演生命奇迹

急性心肌梗死是一种常见且危险的心脏疾病，主要是由冠状动脉突发闭塞，导致心肌供血中断，心肌细胞损伤、坏死，甚至导致心脏骤停。常见症状包括胸痛、胸闷、气短、恶心、呕吐、大汗淋漓等，对于急性心肌梗死的治疗，早期诊断和紧急开通罪犯血管可提高患者的生存率和预后。

近日，金坛第一人民医院急诊科与胸痛中心团队携手，成功挽救了一位急性心肌梗死患者的生命。4月30日上午，患者家属特意将锦旗送到急诊科手中，这面锦旗的背后，是一场与时间赛跑的生命救援……

急诊室的生死博弈

4月8日深夜，患者邵先生突发胸痛15min紧急来我院就诊，急诊立即予以心电图检查及相关检查，紧急呼叫心内科会诊，过程中患者突发

意识丧失，心电监护提示室颤！急诊重症医学科副主任丁东亮和史惠华医生立即下达抢救医嘱，急诊科护士邓兰星和王婷燕立即给予200焦耳电除颤、持续胸外按压……随着除颤后监护仪上显示了QRS波群跳动，患者恢复自主呼吸，首轮复苏告捷。

但危机仍未解除，同时给予口服替格瑞洛和阿司匹林肠溶片，给予吗啡3毫克静脉注射，当机立断：“启动胸痛中心绿色通道，优先保障介入手术！”这一关键决策为后续救治赢得黄金时间。

植入支架 血管畅通 转危为安

心内科周磊副院长了解患者病情后，立即开通DSA绿色通道，紧急冠脉造影明确诊断和打开闭塞的冠脉恢复血流等一系列操作，造影提示前

降支开口后完全闭塞，支架顺利植入，闭塞的血管被完全打通，血液再次畅流！

心梗急性期，手术后仍存在恶性心律失常、心源性猝死等风险，电风暴是心源性猝死的最高危状态，死亡率可达80%以上。这次抢救成功是团队协作的胜利，从院内急救系统的迅速响应、精准的抗心律失常策略到规范化的高级生命支持以及家属的充分信任，每个环节都至关重要，正是急诊科医护人员及胸痛团队的密切配合，才为患者赢得一线生机。

温馨提示

若出现胸闷胸痛，尤其是胸前区持续性压榨性疼痛，伴有肩背部放射痛、大汗淋漓，甚至出现意识障碍、呼吸困难等症状时，务必引起重视，一定要及时拨打120，争取120分钟的黄金救治时间。

文 / 王婷燕

首例

我院骨二科成功完成首例人工肩关节置换术

开启肩关节疾病治疗新篇章！

4月17日，骨二科团队在闫主任的带领下成功完成我院首例人工肩关节置换术。

73岁黄奶奶摔断右臂，医生“移花接木”换上“零件”！

“医生，我这把年纪，手还能拿得起碗吗？”黄奶奶车祸后，右臂剧痛、无法动弹。送到我院急诊时，X光片显示：右侧肱骨头压缩性骨折、肱骨头与肱骨干及两个结节分开，骨头像“摔碎的瓷碗”，传统固定手术极难修复，并且黄奶奶患有严重的骨质疏松症，若强行打钢板固定，很可能面临骨头无法愈合、坏死等风险。“别担心，

咱们换一个‘新零件’！就像给老房子换一根承重柱，既要稳固，又要灵活。”骨科闫主任一句话，让黄奶奶和家人看到了希望。经过闫主任及其团队全面评估，最终决定实施“人工肩关节置换术”。

患者与医护的“双向奔赴”

“从假体选择到植入角度的把握，每个环节都凝聚着团队的心血。”闫主任表示，“这次成功为后续开展同类手术奠定了坚实基础。”手术的成功只是起点，术后康复才是决定最终效果的核心。从早期的肌肉静力训练到后期的主动运动，每一步都需患者与医护团队的紧密配合。“耐心”与“坚持”是康复的关键词，而科学的指导能大

幅降低并发症风险。骨二科医护团队用专业与精心呵护式的指导让患者更快拥抱无痛、灵活的生活。

生命的尊严，在于行动的自由

自院府合作以来，我院引进了大量人才和技术，未来的肩关节置换术将朝着个性化假体定制、更小创伤、更长使用寿命的方向发展。这不仅会降低手术风险，还能让更多年轻、活动需求高的患者受益。肩关节置换术为患者推开了一扇新的大门——在这里，疼痛不再是枷锁，功能障碍不再是终点。愿每一位患者都能在医疗科技的护航下，重拾生活的掌控感与幸福感！

文 / 丁菁