

UBE 技术实力圈粉！ 德籍友人顽固腰痛康复记

托马斯（化名）是一位长期在华工作的德企高管，多年饱受腰椎间盘突出困扰，近日经德方企业推荐在金坛第一人民医院接受了单侧双通道脊柱内镜（UBE）微创手术。手术的成功让他喜出望外。

托马斯因职业久居江苏金坛，持续一个多月的严重腰痛使其日常生活和工作受到严重影响，经保守治疗未见明显改善，疼痛发作时需卧床休养。

接诊医师李龙飞在患者完成核磁共振检查后，及时与其沟通病情，明确指出保守治疗可能带来的反复发作风险。经与家属充分商议，患者最终决定接受手术治疗。

医院骨科专家团队对此高度重视，骨科专家、副院长何劲教授结合患者年龄、职业需求及影像学检查结果，决定采用 UBE 微创技术。

与传统开放手术相比，UBE 技术具有显著优势：仅需在腰部建立两个微创通道，最大程度保留脊柱正常解剖结构；手术过程中对肌肉、韧带等软组织的损伤极小，有效降低术后疼痛感和感染风险。该技术还具有恢复快的特点，患者术后第二天即可下床活动。

5月6日上午在做好充分的术前准备后，何劲及团队凭借丰富的临床经验和娴熟的手术技巧，先精准定位病灶，随后打开两个仅 1.5 厘米长的切口，将器械操作通道与观察通道分开，手术视野广阔，全面地观察病变部位，准确切除了腰椎间盘突出物，实现了椎管减压。

“相比开放手术，UBE 技术出血量减少 80%，住院时间缩短 50% 以上。”何劲指出，该技术特别适用需快速复工的职业人群。



术后患者生命体征平稳，骨三科护理团队为患者提供了全方位的护理服务，患者腰背部的不适感明显好转，三天后便在护士的指导下佩戴腰围下地行走，恢复良好，术后 6 天顺利出院。

“It's amazing!” 疼痛感的消失令术后的托马斯先生非常满意。一声声“Thank you”表达着对骨科医护人员的精心治疗和周到服务的感谢。

虽然外籍患者有不同国籍、不同肤色、不同语言但医患无国界，在诊治过程中，骨科全体医护人员以实际行动诠释了“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神，展现了新时代医务工作者的责任与担当。

随着金坛城市能级提升，在坛外企及外籍人士逐年增加，我院在“院府合作”大背景下，以上海市第一人民医院国际医疗保健中心金坛分中心为平台，引进先进医疗技术、改善服务质量、优化服务流程，不断提高医疗服务能力，为提升金坛城市能级保驾护航，让在坛外籍人士相信金坛、相信金医。
文 / 戴雨 芦嫣 摄 / 戴雨

双镜联合精准诊疗

双镜联合手术（laparoscopic endoscopic cooperative surgery, LECS）是在保证病变根治的前提下，尽可能保留器官功能的理念中发展出来的，主要是指应用腹腔镜及消化内镜在手术中进行协同操作，从而达到既提高手术的精确性，又尽可能保护器官功能的效果。该模式通过结合二者的优势，既解决了单纯腹腔镜手术定位不准确和切除范围不足和过多的问题，也能为减少内镜手术可能出现的出血和穿孔并发症提供保障。

双镜联合手术模式的微创诊疗是其核心目标，是普外科和消化科共同努力方向，符合加速康复的理念，是目前临床发展热点！

患者老年男性，以“反复右上腹隐痛不适半年入院”，检查提示胆囊结石合并胆总管结石。通过 MDT 会诊，给予腹腔镜下胆囊切除术（LC）+ 逆行胆胰造影取石（ERCP）的“一步法”诊疗，普外科立刻 LC 治疗，一次麻醉解决两个问题。

胆石症是我国常见疾病，胆石患者中 5%-29% 患者为胆囊结石合并胆总管结石患者，传统方式多采用“序贯法”即一期普外科腹腔镜切除胆囊，二期消化内科再行 ERCP 处理胆总管结石，不仅住院时间长，费用高，而且痛苦大！在上述病例中双镜联合模式实现“一步法”治愈胆囊结石合并胆总管结石，LC+ERCP 一次性解决问题，缩短住院天数，减低费用！

微创是临床诊疗发展趋势，临床应用中应根据患者个体化因素综合考虑，选择最佳诊疗方式。

文 / 卢战军

18 楼坠落 奇迹生还

——创伤急救“金坛模式”打赢“教科书级”生命争夺战

2025 年 3 月 31 日 18:21 分，金坛第一人民医院急诊大厅的警报刺破寂静。一名从 18 楼坠落的青年被送入抢救室时已深度昏迷，面部撕裂的伤口深可见骨，鲜血浸透担架。“创伤急救绿色通道”在警报响起的瞬间激活——分诊、输血、影像检查、多学科集结，一场与死神争夺时间的战役正式打响。

急诊绿色通道：4 分钟完成 CT 检查的“闪电战”
“血氧 72%！启动创伤红码！”

患者到院 3 分钟内，急诊团队完成气道管理、加压输液，影像科同步启动“极速扫描模式”。4 分钟，从担架转移至 CT 扫描完成；12 分钟，影像片作为参考，医生下达初步诊断：血气胸、肋骨骨折、腹腔脏器损伤。

这不是科幻场景，而是金坛第一人民医院急诊科的日常标准：创伤红码触发后，输血科、影像科、手术室进入“战时状态”；抢救室与 CT 室直线距离仅 15 米，检查床与手术推车无缝对接；影像医师驻守急诊科，AI 辅助诊断系统将读片时间压缩 70%。

当胸外科团队在 CT 室旁完成胸腔闭式引流，引出 850ml 积血时，时钟刚走过 18:44 分——从患者入院到首轮救命操作完成，仅用 23 分钟。

重症监护室：48 小时逆转“死亡三联征”

转入 ICU 时，患者的血压已跌至 65/40mmHg，体温直线下降，酸中毒严重到足以致命。重症医学

科袁冬主任团队开启“损害控制性复苏”：

与失血赛跑：两小时内加温加压输注 1.5 单位红细胞 + 1025ml 血浆，体温从濒危的 35.4℃ 拉回安全线。

为肺减负：肺保护性通气技术让严重挫伤的肺脏“温柔呼吸”。

构筑感染防线：在创伤后 6 小时“黄金窗口”启用顶级抗感染方案。

第 48 小时，危机再临——患者血清淀粉酶不断增高，持续腹痛，CT 提示胰腺损伤，在史鸿潮主任建议下请东部战区总医院专家会诊后，确认存在胰管断裂可能，形成胰瘘。死亡率超 60% 的噩兆下，经重症医学科、消化内科、肝胆外科多学科会诊，讨论治疗方案，由消化内科卢战军主任、周鑫主任团队先行 ERCP 下胰管中断桥接手术。

内镜奇迹：在 0.8 厘米断裂带上架起“生命桥”
面对凝血功能极差、循环不稳的极限挑战，周鑫在上海市第一人民医院常驻金坛专家卢战军指导下完成了一场教科书级操作：

1. **超声内镜精准定位：**在肿胀的胰腺组织中锁定 8mm 的胰管断端。

2. **导丝穿越“死亡裂隙”：**0.025 英寸超细导丝像蛛丝般跨越断裂带。

3. **支架释放的艺术：**7Fr 双猪尾支架在断裂处展开，瞬间重建胰液引流通道。

术后 24 小时，患者的胰周积液从 4.8cm 缩小至

1.2cm，淀粉酶水平直降 82%。这场手术改写了两个不可能：国际指南认为多发伤急性期不宜 ERCP，他们却在伤后 50 小时完成；教科书规定血小板 $< 50 \times 10^9/L$ 禁忌操作，他们以 $35 \times 10^9/L$ 创造奇迹。

数字背后的温度，这场抢救创下两项纪录。速度革命：从 CT 确诊胰腺断裂到 ERCP 成功仅在短时间内完成；协作突破：在升压药维持下完成四级 ERCP 手术。

但比数据更动人的，是患者苏醒后说的第一句话：“医生，我梦见自己在黑暗里跑，突然看见前面有光。”

金坛模式：重新定义创伤救治

金医人用行动证明，时间不是成本，而是生命本身：绿色通道将传统流程压缩 58%；学科不是孤岛，而是生命拼图：急诊、ICU、内镜的“三剑合璧”；技术不是冰冷器械，而是人文关怀的延伸：那根 7Fr 支架上，凝结着对生命的极致尊重。

在上海市第一人民医院众多教授团队的全程指导下，这场抢救不仅是一次生命奇迹的缔造，更成为技术革新与经验传承的战役。

当晨光穿透 ICU 的玻璃幕墙，患者监护仪上的波形与初升朝阳形成奇妙共振。此刻，那个曾与死神擦肩的青年，正用逐渐恢复血色的手指，在病房玻璃上描摹着朝阳的轮廓。这抹跨越沪金两地、凝聚三代医者智慧的生命之光，终将照亮更多绝望中的希望。

文 / 罗云霞、钱颖