

我院超声科成功完成经胸右心声学造影检查

本报讯 近日，我院超声科联合介入室、CCU 及神经内科成功完成首例经胸右心声学造影检查。该项检查填补了我在超声造影检查的一项空白，该技术在鲁西南地区属领先水平，为我院心脑血管疾病的诊断又添新技术。

右心声学造影又称发泡实验，是利用静脉注射手震微气泡生理盐水造影剂，使右心系统显影，造影剂气泡直径>10微米，平均约15微米，正常情形下微气泡不能通过肺毛细血管网，从静脉血管输入后只出现在右心，不进入左心系统。由于微泡与血液存在明显声阻抗差，即使个别微泡(低速微量血流)也能清晰显示，如果在患者的左心房或者左心室看到有微气泡，则提示可能是从异常的通路由右心腔到达左心腔，即常说的右向左分流。同时，检查中还可以根据微气泡在左心腔室出现的时间早晚，初步判断异常是出现在心房心室间隔的缺损，还是出现在心外结构的异常，例如肺动静脉瘘等。



检查适应症：
1.偏头疼，特别是有先兆偏头疼的患者；
2.原因不明的缺血性脑卒中、一过性头晕、晕厥患者；
3.PFO 封堵术后的检测；
4.永存左上腔静脉和单纯性冠状静脉窦扩张的鉴别诊断；
5.怀疑肺动静脉瘘、静脉畸形引流患者，或诊断某些先天性心血管畸形；
6.需了解右心腔大小、心内膜边缘、室壁厚度、有无占位、瓣膜反流等。

检查禁忌症：
1.严重紫绀且心内分流量大；
2.重度肺动脉高压；
3.有栓塞病史；
4.重症肺气肿、呼吸功能不全、重度贫血；
5.酸中毒及严重心、肾功能不全；
6.急性冠状动脉综合征、主动脉夹层、腹主动脉瘤、重度主动脉或

超声科前台报道，等候叫号。
3.医生告知检查注意事项，签署知情同意书。
4.仪器调节。图像采集时间5-10个心动周期。
5.连接心电图。
6.右心造影剂制作：被检者肘静脉留置静脉通路。连接三通管，使用一支20ml注射器抽取8ml生理盐水后再回抽1ml受检者自体血液，连接三通管的一端；再用一支20ml注射器抽取1ml空气连接三通管的另一端；然后将两支注射器通过三通管快速互相推送震荡20次，使空气、生理盐水、血液三者均匀混合。
7.操作时，造影剂以弹丸方式快速注入。留存动态图，静息状态操作1次，Valsalva动作后操作1次至2次。
8.选取四腔心切面，分别观察静息状态及Valsalva动作后左心腔内微泡显影情况。
9.检查完观察30分钟，出具超声造影诊断报告。

□超声科 王磊

耳鼻咽喉科成功开展耳内镜下鼓室成形术

本报讯 近日，我院耳鼻咽喉科成功开展两例耳内镜下鼓室成形术，填补了枣庄地区耳内镜手术空白。

两名患者均慢性化脓性中耳炎。慢性化脓性中耳炎是中耳黏膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症，以反复耳流脓、鼓膜穿孔及听力下降为主要临床表现。治疗原则为消除病因、控制感染、清除病灶、通畅引流，尽可能恢复听力。常规治疗方案为耳后或耳前切口，手术创面大，影响面部美观。为解决长期流脓及听力提高问题，患者来我院就诊。

两名患者均为青年女性，对于美观要求较高。牛善利主任、马亚琳副主任、颜抗副主任多次组织科内讨论，在不影响手术质量及预后的情况下减小手术创面，决定行耳内镜下鼓室成形术为此手术方案。

在牛善利主任、马亚琳副主任的指导下，由颜抗副主任为患者实施手术。由于患者长期流脓，残存鼓膜钙化灶较多，加大了手术难度。手术过程中，麻醉医生准确控制血压，减少术中出血，为手术顺利进行提供了很好的手术环境。手术顺利，术后定期换药，患者及家属对于手术效果及手术创伤非常满意。

耳内镜微创手术是一套耳内镜外科的技术系统，主要通过超细的内窥镜、高清影像系统，利用特殊的手术设备，通过外耳道自然孔



径，干预外耳道、中耳、内耳甚至颅底等结构来完成手术过程。此类手术有微创、恢复快、花费少等优点，由于发展时间较短，目前鲁南地区医院开展尚少。该手术的成功实施，将为慢性化脓性中耳炎患者带来更多福音。

□耳鼻咽喉科

我院脑科中心开展护理 MDT 病例讨论会



本报讯 为提升护理专业能力，近日，神经内科二病区组织开展一例护理 MDT 病例讨论会。护理部副主任刘允、伤口造口小组组长张国凤护士长、静疗护理专业小组组长胡

静护士长、肿瘤三科李园园护士长、妇一科徐滕滕护士长以及脑科中心部分护士长参加讨论会。会议由脑科中心护士长颜抗主持。

会上，责任护士及主管医生汇报病历后，大家主要围绕患者出现感染的原因进行多角度剖析，同时对解决护理难题及处理措施进行深入探讨，给出最合理规范的护理方案。最后，刘允副主任分享了工作中经历的两例典型病例，并对护理全面评估、病情观察、提高护士评判性思维能力、延续护理等方面提出相关工作要求。

通过此次护理 MDT 讨论会，给患者制定了个性化护理方案，提高了护理效果，促进患者快速康复，实实在在惠及患者。

护理 MDT 模式凝聚了不同专业护理人员的专业与智慧，实现以患者为中心的各专业无缝连接，构建一站式护理平台，做到优势互补，综合评估患者，共同制定科学合理规范的治疗护理方案，变“单兵种”为“多兵种”协同作战。同时，护理 MDT 的推广，能够体现护理的专业价值，激发护士的工作热情，促进我院护理高质量发展。

□脑科中心

风湿免疫科 开设无陪护病房

本报讯 为全面提升群众看病就医满意度，近日，风湿免疫科配合护理部，探索开展由第三方公司护工参与的无陪护病房。

“无陪护”并非是无人陪护，而是由经过规范化培训的护工替代家属承担患者住院期间的生活照护，推动病区医疗、护理和生活照护有机结合，实现无家属陪护或陪而不护，满足不同患者的需求，解除家属后顾之忧，从而安心工作，提高患者及家属满意度。

无陪护病房管理优势：
优化诊疗环境
为住院患者营造良好的就医环境，科室外来人员减少，防止交叉感染。
加快患者康复
1. 科室配备的护工均经过专业培训，持证上岗，生活护理技能强，协同互助效率高；
2. 长期服务于病房，熟悉科

我院成功完成一例超大体积前列腺钬激光剝除术

本报讯 近日，我院泌尿外科一病区程波副主任团队成功完成一例高难度超大体积前列腺钬激光剝除术。

患者，男，66岁，因“渐进性排尿困难伴尿频2年”入院。术前检查提示巨大前列腺增生(7.0cmX7.8cmX8.3cm)、尿管留置、双肾积水，创我院有史以来最大前列腺记录。与家属充分沟通后，家属要求进行微创手术。若采用普通开展的经尿道前列腺电切术，手术时间长，出血多，还切不干净，术后三四年复发的可能性极大。在程广舟副主任、褚雷主任的指导下，经过充分评估后，决定行经尿道前列腺钬激光剝除术。

术中，程波副主任采用钬激光模式将前列腺增生腺体进行整块剝除，完全将增生腺体游离后推入膀胱内，随后对创面进行妥善止血。最后置入前列腺组织剝削器，将剝除的前列腺组织粉碎并吸出。术中前

列腺剝除用时2小时，组织粉碎用时40分钟，术中出血100ml，切除前列腺总重量235g，创我院钬激光剝除新纪录。术后恢复良好，膀胱冲洗清亮，术后5天拔尿管。

患者及家属对医师高超的技术、负责的态度表示赞赏；对张展护士长带领的护理团队给予的悉心护理表示感谢，并赠送锦旗一面。

2020年我院开展经尿道前列腺钬激光剝除术。相比传统电切术，其优势在于激光的脉冲爆破作用，可以很快找到前列腺的外科包膜，沿外科包膜进行分离和剝除，可以完整彻底剝除前列腺增生组织，出血少，术后并发症少，恢复快，尿控满意，特别是大体积前列腺患者优势更加明显。我院泌尿外科开展钬激光剝除术3年余，共完成1000余例，术后效果好，标志着我院泌尿外科已达到国内先进水平。

□张航

让市民就近享有高质量医疗服务

——市中心人民医院高铁新区院区工作纪实



市中心人民医院高铁新区院区鸟瞰

本报讯 “大夫，我今天头疼得特别厉害，突然晕得快站不住了，不能正常走路干活，是怎么回事？”近日，在市中心人民医院高铁新区院区(东沙河社区卫生服务中心)门诊处，居民苏斌向医生咨询身体情况。经过仔细检查后，医生告诉苏斌：“您这是耳石症，不是高血压，以后起床要注意动作缓慢，不宜太快，否则有可能会还会出现类似情况……”

自今年6月30日全面开放接诊以来，市中心人民医院高铁新区院区(东沙河社区卫生服务中心)已接诊病患8000多人次，服务周边40多个村居，为前来就诊的患者提供了高水平的医疗服务。据有关负责人介绍，市中心人民医院高铁新区院区位于高铁新区“六合社区”内，按国家二级甲等医院标准设计。医院总占地面积为10145平方米，总建筑面积为120308平方米，绿化率35%，总投资

额为5800余万元，包括门诊综合楼、住院楼、职工食堂及独立的发热病人诊疗区域和污水处理系统。医院建筑整体采取“中心+两翼”的布局形式，“中心”为门诊大厅，“两翼”分别为南侧门诊、急诊楼和北侧中医、住院楼。独立的发热诊疗区域位于医院最北侧，将传染病与其他区域分隔开。新院采用宽敞明亮的空中走廊将门诊楼与住院楼相连，形成相对独立又彼此联系的不同层面的医疗空间。

走进医院，宽敞明亮的病房诊室，干净整洁的环境卫生，给前来就诊的患者提供了良好的就诊环境，清晰的路标指示牌充分展现了医院的人文关怀。市中心人民医院高铁新区院区院长任平治介绍说：“医院设有18个临床科室、10个辅助科室，同时设有综合病区 and 康复病区，拥有住院床位100余张，整个医院做到洁、污分流，医、患分流，是集医疗、预防和康



市民在呼吸内科就诊



输液区输液

精准医疗 核你同行 ——核医学案例分享

病例：
老年男性，主诉：头晕2天，右侧肢体无力6小时。现病史：患者于2天前出现头晕，呈持续性，伴视物旋转及视物双影，无恶心、呕吐，未在意。入院前6小时突然出现右侧肢体无力，伴右侧肢体麻木，伴言语不清。

头颅CT检查示：“脑干、左侧小脑半球类圆形高密度影，瘤卒中？脑出血？”(图1)。

既往史：“高血压病”病史5月，最高血压210/100mmHg，未治疗。

个人史：吸烟30余年，平均20-40支每天；饮酒30余年，平均3-4两每天。

CEA22.82ng/ml(0-10)、神经烯醇化酶NSE20.620ng/ml(0-20)升高。

完善颅脑强化MRI检查示：脑干、左侧小脑半球、右侧额颞叶、右侧基底节放射冠区多发占位性病变，符合转移瘤表现(图2)。

图2. 脑干、左侧小脑半球、右侧额颞叶、右侧基底节放射冠区多发占位性病变。

为明确原发灶行PET-CT进一步检查(图3、4)。PET/CT示：左肺上叶不规则囊性灶(SUVmax约5.3)，左肺门、主动脉弓下高代谢病变(SUVmax约12.1)；诊断为左肺上叶肺癌多发转移。

诊断思路：
本例患者初步诊断脑转移瘤，肿瘤标志物筛查未见明显特异性异常，临床选择PET/CT来寻找原发灶。PET/CT不仅发现了原发灶，而且展示了原发灶代谢不均质的特点，引导对代谢程度高的部位进行活检，取到可靠的标本，最终得到病理诊断。

恶性肿瘤细胞代谢活跃，葡萄糖酵解能力高于正常组织细胞，肿瘤细胞摄取葡萄糖增加；18F-FDG是一种葡萄糖类似物，能够大量积聚于肿瘤病灶内，被PET捕捉到相关信息，可以“一目了然”地了解全身各脏器的葡萄糖代谢情况，加上同机CT图像所提供的精确解剖结构，能够同时提供代谢和解剖信息，起到1+1远大于2的作用。

TIPS：
1. 对于原发灶不明的转移瘤，如脑转移、肺转移、骨转移、肝转移等，以及肿瘤标志物升高，PET/CT为精确寻找肿瘤的原发灶器提供了一个标准化的路径，从而在诊断流程上大幅降低了不必要的风险。
2. PET/CT展示的精准的代谢信息可以指导更快的病理学检验，从而制定及时有效的治疗策略。
3. PET/CT在肿瘤诊疗过程中的应用，能够有效避免很多弯路，节约宝贵的治疗时间和费用。
4. 根据美国国立综合癌症网络非小细胞肺癌临床实践指南(NCCN2023.3版)，PET/CT被推荐用于肺癌治疗前评估。

□张峻国 关祥祯

诊疗经过：
入院后完善检查示癌胚抗原

图3、4. 左肺上叶不规则囊性灶(黄箭)，SUVmax约5.3；左肺门、主动脉弓下高代谢病变(绿箭)/SUVmax约12.1。

图3、4. 左肺上叶不规则囊性灶(黄箭)，SUVmax约5.3；左肺门、主动脉弓下高代谢病变(绿箭)/SUVmax约12.1。