

麻醉科孙莹医生在全省麻醉疑难病例汇报演讲中荣获佳绩

本报讯 为提升我省麻醉医生的临床思维和诊疗技能,促进学术交流与团队协作,10月27日,由山东省医师协会主办,山东省医师协会麻醉舒适化医疗专业委员会承办,山东第一医科大学第一附属医院协办的麻醉疑难病例汇报演讲在济南举办。

本次病例征集了全省各地三甲医院16个代表性的疑难病例,我院麻醉科孙莹医师以海选全省第一名的成绩脱颖而出,参加大会现场汇报演讲。孙莹医生的病例汇报以“看与断——迷雾下的真相”为题,从一位患者在硬膜外麻醉后突发双下肢及会阴区感觉运动功能丧失讲



山东省医师协会麻醉舒适化医疗专业委员会 2024年学术年会

重症医学科在2024年CRRT卓越技能展示大赛中荣获佳绩

本报讯 为提升重症护理人员连续肾脏替代治疗(CRRT)等关键技术领域的服务能力,9月至10月,海峡两岸医药卫生交流协会护理分会举办“2024年CRRT卓越技能展示大赛”,面向全国各级医院征集优秀作品。

经专家组评审,我院重症医学科主管护师张锋的作品《MFT Pre-Post cvvh》(持续前置换+后置换血液滤过),在众多作品中脱颖而出,晋级全国总决赛。10月19日,大赛决赛在北京举行。张锋以扎实的理论水平和出色的操作能力,赢得评审专家及现场观众的高度认可,荣获“2024年CRRT卓越技能展示优秀奖”。

CRRT治疗技术在临床危重症患者抢救中发挥着重要作用。CRRT主要特点为连续性,可通过连续不间断血液净化治疗,更好模拟人体自然肾脏功能,以最接近生理状态方式清除体内废物,维持体液的水电解质、酸碱平衡,从而使内环境达到稳态。目前主要用于重症急性肾损伤及严重慢性肾衰竭,合并肺水肿、尿毒症脑病及心力衰竭等血流动力学不稳定的情况。在多脏器功能衰竭、全身炎症反应综合征、严重挤压综合征、急性坏死性胰腺炎、慢性心衰、肝性脑病或大量补液引起肾功能衰竭等重症疾病中,CRRT均可发挥重要作用。

我院重症医学科于2005年开展CRRT治疗技术,一直引领枣庄地区CRRT技术诊疗水平,年均开展约500例次,为我市及周边地区重症患者提供更优质、更专业的医疗服务。 □重症医学科

胃肠外科承办枣庄市医学会疝与腹壁外科学术年会暨第六届善城善医疝年会

本报讯 为促进鲁西南地区疝与腹壁外科专业的交流合作,进一步推动疝与腹壁外科专业的标准化、规范化,提高疝与腹壁外科的诊疗水平,近日,由枣庄市医学会疝与腹壁外科学组主办,我院胃肠外科学术年会暨第六届善城善医疝年会在该院举行。我院副院长卜广波出席会议、大会主席、我院胃肠外科主任马刚主持开幕式。

大会特邀北京朝阳医院王帆教授,山东省立医院王龙教授,山东省千佛山医院李波教授,山东大学齐鲁医院逮景辉教授,临沂市人民医院陈东峰教授,菏泽市立医院薛洪峰教授,枣庄市立医院杨峰教授,以及我院李曙晖、陶宏、王昌华、王洪春、高亮教授等著名专家参加会议。

学术授课第一单元由马刚主任主持。逮景辉教授、李曙晖教授、高亮教授、王大玮教授分别以“浅谈外科开展胃食管反流病诊治体会”“胃食管反流病诊治进展”“食管裂孔疝影像学诊断”“食管裂孔疝外科诊治”为题进行精彩授课。胃食管反流病是一种常见病和多发病,其发病率逐年上升,临床表现复杂多样,涉及多个学科,通过MDT(多学科联合诊疗)模式,可有效提升诊疗水平、优化医疗资源、改善患者预后,推动学科发展。长期受反酸、烧心等症状困扰的胃食管反流、食管裂孔疝患者,应及时到消化内科、胃肠外科就诊。

学术授课第二单元,王玉龙教授、王帆教授、李波教授分别以“疝手术后并发症”“腹腔镜疝术后感染原因分析及处理”“腔镜下复发疝手术”为题进行精彩授课。同时,演示了一台腹腔镜疝TAPP手术,一台腹腔镜切口疝IPOM手术。期间,李波教授、王帆教授进行现场主持和互动。

我院胃肠外科每年完成疝外科



手术700余台次,包括各种类型的腹腔镜疝、腹腔镜切口疝、食管裂孔疝、造口旁疝等手术,腹腔镜微创化率达到80%,日间手术比例达到70%。近期成功开展多台腹腔镜下治疗食管裂孔疝手术,微创手术具有创伤小、恢复快、切口美观等优势,患者就体验满意度高。

此次学术会议设置手术转播、规范化培训及科普讲座等精彩环节,内容丰富,贴近临床,为鲁西南各医院疝外科医师带来先进的临床经验,切实推进了疝与腹壁外科学术交流,提高了诊疗水平。 □胃肠外科

近视手术黑科技——我院成功开展有晶体眼后房型人工晶体植入术

本报讯 近日,我院眼科一病区团队在王兵主任带领下,成功为一名高度近视患者实施双眼有晶体眼后房型人工晶体(Implantable collamer lens, ICL)植入术。

患者,男,30岁,双眼近视加散光高达900多度,平时需戴厚重的镜片,为工作和生活带来了诸多不便,且患者双眼角膜厚度偏薄,不符合做角膜激光手术的条件。为帮助患者完成摘镜的梦想,王兵主任及王敏主治医师为患者进行了详细的术前检查及评估,决定为患者实施双眼ICL植入术。

9月30日上午,经过轴位标

记、散瞳、表面麻醉等一系列术前准备,患者进入手术室,十几分钟后,手术便结束了。被问到水中感受,患者表示:“放置晶体的时候眼睛有点酸胀,其余时间没太大感觉。”手术次日复查,患者双眼裸眼视力均达到1.2,ICL晶体的位置与轴向精准、拱高理想,患者感觉视物前所未有的清晰,对手术效果非常满意。

ICL植入术的成功开展,为近视患者提供了一个新的选择,特别是对于那些高度近视或角膜厚度、形态不达标而无法行角膜激光手术的患者,无疑是一个巨大的福音,标志着我院眼科的近视治疗水平又迈上了一个新的台阶。

ICL晶体植入术相关知识
什么是ICL晶体植入术?
ICL晶体植入术是通过微创手术将一枚轻薄的人工晶体植入眼内,达到矫正屈光不正的目的。
为什么选择ICL晶体植入术?
ICL手术在全球已开展20多年,其安全性和有效性已经得到广泛证实,并获得美国FDA批准许可应用。ICL手术已经在全球范围内普及,覆盖70多个国家,每5分钟就有一枚ICL被植入眼内,全球植入量已超过100万枚。
最新型ICL-V4c已于2011年

在欧洲上市,获广泛好评,2014年通过我国CFDA认证,正式在我国引进应用。它与传统的ICL比较,增加了中央孔设计,不再需要术前进行虹膜激光造孔,减少了创伤,简化了手术流程。

ICL晶体植入术有哪些独特优势?
矫正范围广:可以矫正50-1800度近视,600度以内散光。
清晰视觉:ICL晶体植入人的位置是在虹膜和晶状体之间,且ICL晶体材料具有大光学区的设计,患者在术后可以体验更高清的视觉。
量眼定制:每个晶体都是根据20多项严格术前检查参数,个性化“量眼定制”。使用高科技专利材料,在人体内没有排斥反应。
安全可靠:ICL晶体植入术不需要切除角膜组织,不改变眼球结构,避免或减少干眼症的发生。如果以后需要做其他眼部手术或度数变化,可以随时取出或更换。
手术便捷:手术时间短,恢复快,第二天就可以正常使用眼。
ICL晶体植入术的适宜人群和矫正范围?
最佳年龄是21-45岁,近视度数1800度以内、散光600度以内且度数稳定者。 □眼科一病区

儿科成功救治多名重度系统性红斑狼疮患儿

本报讯 近期,我院儿科三病区成功救治多名重度系统性红斑狼疮患儿。

患儿,女,12岁,因“面颊皮疹1月余,高热10余天”收住院。入院后完善相关检查,发现患儿已多系统受损:白细胞减少、胸腔积液、大量蛋白尿、肾性高血压,病情十分凶险,结合抗核抗体、抗dsDNA阳性,排除肿瘤、结核等疾病,诊断为“重度活动性系统性红斑狼疮”。

为迅速控制病情、保护脏器功能,首先给予口服羟氯喹、吗替麦考酚酯基础治疗;患儿大量蛋白尿、高血压提示患儿肾损害严重、病情难控、预后不良,给与大剂量甲泼尼龙琥珀酸钠冲击治疗。患儿体温逐渐稳定,但蛋白尿好转不理想,联合2种降压药仍顽固性高血压。主管医师李莉副主任医师、杨非非主治医师分析病情,患儿血压顽固性升高与原发

疾病肾损害相关,与家属充分沟通病情后,果断给予环磷酰胺冲击治疗,患儿血压、血常规、尿常规渐趋正常,临床康复,顺利出院。后续共6次环磷酰胺冲击治疗,现患儿病情平稳,步入校园。

患儿,女,13岁,因“面颊皮疹4月余”收入院。入院后完善相关检查,发现患儿除外表可见的皮肤受累,还有双下肢重度浮肿、高血压、白细胞减少、心包积液、大量蛋白尿等,多脏器受损、病情相当凶险,结合抗核抗体、抗dsDNA阳性,排除肿瘤、结核等疾病,诊断为“重度活动性系统性红斑狼疮”。

患儿大量蛋白尿、重度浮肿、高血压等提示患儿肾损害严重、病情难控、预后不良。为迅速控制病情,给予大剂量甲泼尼龙琥珀酸钠冲击治疗。但患儿下肢浮肿未明显好转,家长很着急。科主任王洪祥副主任医师召

耳鼻咽喉科完成显微镜联合耳内镜下人工听小骨植入术



本报讯 近日,我院耳鼻咽喉科成功在显微镜联合耳内镜下,为一名中耳胆脂瘤患者实施乳突根治术+鼓室成形术+人工听骨植入术,让患者重获清晰听力,也标志着我院在专业手术上的又一突破。

患者,女,34岁,幼儿时发生过中耳炎,经治疗后已明显好转,但最近一个月反复右耳肿痛、流脓、流水,伴听力下降,严重影响生活,来我院就诊。耳内镜示:右耳外耳道狭窄,肉芽组织及脓血性分泌物填充,鼓膜窥不及;颞骨CT示:右侧中耳鼓室扩大,见软组织影填充并向外耳道延伸,右侧听小骨骨质吸收,形态小,部分听骨欠清,考虑:右侧胆脂瘤型中耳炎(累及右侧外耳道)。耳鼻咽喉科副主任医师颜抗经过阅片及结合患者病史,判断患者是中耳胆脂瘤造成听小骨断裂,建议患者入院手术治疗。

患者入院后给予完善电测听示:右耳混合性聋。术前相关检查:无明显手术禁忌,经科室团队术前讨论评估病情,进一步明确了患者中耳胆脂瘤及听小骨破坏吸收的诊断。患者为年轻女性,微创、美容及术后恢复快是患者对手术的希望。但患者中耳胆脂瘤较大,确需开放手术,为减少手术瘢痕及美容的需求,主刀医生颜抗考虑可以采取显微镜及耳内镜双镜联合的手术方式,尽可能在保证清除胆脂瘤的基础上微创操作。

9月12日,由颜抗主治医师主刀,在显微镜联合耳内镜下为患者进行乳突根治术+鼓室成形术+人工听骨植入术。术中探查发现鼓膜松弛部穿孔,乳突腔、鼓室、鼓室入口、上鼓室大量黄色胆固醇样物,听骨链变形严重,锤骨及砧骨部分残存,给予彻底清除胆脂瘤物及肉芽组织,分离锤砧关节、砧锤关节,取出残存锤骨及砧骨,冲解锤骨见锤骨活动良好,予以冲洗鼓室后植入人工听骨,重建听骨链。经过近4小时的手术,成功为患者去除胆脂瘤,取出残存的听骨,并予以人工听骨替代,成功实现耳朵内的“搭桥”,实现“米粒上绣花”的精美操作。

术后复查,患者恢复良好,可正常音量交流,鼓膜愈合好,未再出现耳部肿痛及脓液水等不适,目前规律复诊。

科普知识
1.人体最小的骨头:听小骨
人体每侧耳朵都有3块听小骨,分别为锤骨、砧骨、镫骨,最小最轻的镫骨如同“米粒”一般大小,仅约3毫米、3毫克左右,其手术操作难度不亚于米粒上绣花。听小骨位于中耳鼓室内,相互以关节相连,称为听骨链。其作用就是当外界声音引起鼓膜震动,传递声音至内耳刺激神经产生听觉。
2.听骨链受损的常见病因
病史较长的慢性化脓性中耳炎(合并鼓室硬化或听骨链固定);中耳胆脂瘤,胆脂瘤上皮侵蚀骨质,听小骨被吸收;头部或耳部外伤;先天性听骨链畸形等。
3.人工听小骨
当自身听骨受损时,此时就需要人工听骨的帮助了!人工听骨多为钛合金材质,重量轻,安全性高,较少发生排斥反应,具有较高的延展性。目前人工听骨主要分为2种类型:
部分植入人工听小骨假体(PORP):适用于部分听骨置换;锤骨及功能被保留。
全植入人工听小骨假体(TORP):适用于全听骨置换;假体直接连接到锤骨足板上。
4.耳内镜手术的优势
内镜操作,减少外部切口,减少瘢痕形成,微创手术;减少磨骨时间,保留更多的生理构造,减少术后并发症;住院时间短,恢复快,花费少;术野清晰,操作灵活。 □颜抗

泌尿外科二病区成功完成一例高龄患者巨大体积前列腺剝除手术

本报讯 近日,我院泌尿外科二病区成功完成一例高龄患者巨大前列腺(351克)剝除手术。

患者,男,86岁,排尿困难病史二十余年,半年前曾因排尿困难住院,检查超声示前列腺肥大并膀胱多发结石,残余尿300余ml,建议患者手术治疗,患者因高龄惧怕手术拒绝手术治疗。近日,因排尿困难尿潴留导致腹胀再次住院,予以留置尿管缓解症状。

此次,患者因不愿长期留置尿管,要求进行手术治疗。前列腺MRI检查示前列腺巨大,大小为351克,且合并膀胱多发结石。一般前列腺肥大手术患者大小多在100-100克,超过200克的病例较为罕

见,此例患者临床极为罕见,为我院开展前列腺手术最大体积前列腺。一般超大体积前列腺多采取开刀手术,可缩短手术时间,但开刀手术创伤大,术中术后出血较多,患者术后恢复慢,痛苦大,且存在膀胱漏尿,切口裂开等并发症。

经赵伟副主任医师、邢猛、刘进亮主治医师医疗团队讨论后,决定为患者实施经尿道前列腺剝除手术。此手术经尿道完成,无刀口,创伤小,但由于此患者前列腺体积巨大,且合并膀胱多发结石,手术时间久,前列腺创面大,术中渗血多,且患者术前贫血(99g/L),高龄,手术风险巨大。术前与患者家属充分沟通,并予以备血。麻醉医师刘希明考

虑患者高龄,手术时间长,出血多,全麻术后苏醒困难,患者转重症监护室可能性极大,经全面评估后为患者采取了腰硬联合麻醉。

术中由于患者创面渗血多,一度出现血压低,麻醉医师及手术室护士积极为患者联系输血,维持患者血压。经过四个多小时,终于成功为患者完成了经尿道前列腺剝除术+膀胱结石碎石取石术,术中寻找剝除层面清晰,止血彻底。

患者术后安返病房,术后基本无出血,尿色一直较清,第二天即下床活动并正常进食,第六天拔除尿管。拔除尿管后,患者排尿通畅,且未出现尿失禁,对手术效果极为满意。 □泌尿外科二病区

心血管内科三病区成功完成一例特殊急诊经皮冠状动脉介入治疗术

本报讯 近日,我院心血管内科三病区赵宗寒主治医师在朱宗涛主任指导下及导管室技师协作下,利用血管内超声(IVUS)成功完成一例特殊急诊经皮冠状动脉介入治疗术(PCI)。

患者,男,55岁,湖南籍,6天内发生两次心梗,第1次出现时间为9月28日,患者胸痛、心率慢,就诊于外院,行冠状动脉造影提示右冠闭塞,予冠状动脉球囊扩张术+血栓抽吸术+冠状动脉腔内溶栓术开通闭塞血管;10月3日,患者再次出现胸痛,复查造影提示右冠再次闭塞,经反复尝试,未能开通闭塞血管,患者憋喘加重、氧饱和度持续降低,如不能及时开通闭塞血管,随时有生命危险,夜间带绕动脉鞘管由120紧急转入我院。

通过各区(市)选拔,共7支队伍21名药师参加本次竞赛,经过激烈比拼,我院医共体代表队荣获团体一等奖,张腾荣获技能竞赛一等奖(第一名),闫家彬荣获二等奖(第二名)。

我院药学部将以此次大赛为契机,不断提高药师临床合理用药水平,为患者提供优质的药学服务,切实保障患者用药安全。 □药学部

师、张世宇医师迅速赶到医院,共同讨论分析病情、制定治疗方案。目前患者一般状态差,生命体征不稳定,外院反复尝试导线不能通过闭塞段的救治经历,血管存在夹层血肿的可能性较大,手术风险极大,难度很高,经与患者家属充分沟通后,决定尝试开通闭塞血管,尽最大努力抢救患者生命。

患者进入导管室后,憋喘明显,血压、氧饱和度和低,需面罩吸氧,大剂量去甲肾上腺素维持血压。朱宗涛主任建议应使用强支撑指引导管,先用超导线轻柔操作,结合血管内超声(IVUS),尝试寻找血管真腔。术中选择6F SAF指引导管行冠状动脉造影提示右冠中段闭塞,先后尝试Anyreach、Sion工作导线未能通过闭塞病变,然后在Finecross微导管辅助下,换用Gaial1硬导丝通过闭塞处成功送至右冠远端,行血管内超声

(IVUS)检查显示血管支架远段局部夹层、血肿,导丝全程位于血管真腔,在IVUS精确定位下,成功开通血管,并植入支架2枚。术后,经CCU医护人员精心治疗,已于10月10日康复出院。

滕州市中心医院胸痛中心作为本市最大的国家级胸痛中心,负责滕州市及周边县区急性心肌梗死的抢救工作。患者经急诊绿色通道直接进入导管室行冠脉介入治疗,胸痛中心值班电话19806321200(小号620)。中心拥有20余人的急诊介入介入团队,24小时随时待命,每年完成急诊PCI达300多例,平均接诊至血管开通时间60分钟。医院从院前急救,到急诊科、心内科、导管室所有环节无缝衔接,保证以最强的技术力量,最快速反应的医疗团队,为广大百姓的心脏健康和生命安全保驾护航。 □心血管内科三病区