

产妇突发羊水栓塞,生命危在旦夕 医护团队争分夺秒跑赢死神

“感谢妇幼保健院,你们是我们的救命恩人!”近日,刘女士(化名)向市妇保院产科刘伟玲主任激动道别。

都说生孩子如闯关,正月初五那天,刘女士一家算是亲身感受了这句话的分量。刘女士回忆说:“当时,我在睡梦中突感一股血流冲向脑门,随即头痛欲裂,溺水的濒死感牢牢地困住我。”“正月初五凌晨3点左右,我在卫生间听到妻子‘啊’的一声大叫,随即冲出去,看到妻子手乱舞,脚抽筋,床上也湿了一片,我惊慌失措冲到护士吧台大叫‘医生救命!我爱人破水了,气上不来不能说话了!’值班医生一路飞奔到床前,这时候,我爱人已经呼之不应,双臂挥舞还伴有抽搐,样子极度痛苦!”讲述这段过程时,刘女士爱人仍心有余悸。

“不好!破膜后呼吸困难,抽搐,可能是羊水栓塞,产妇和胎儿生命危在旦夕,必须马上进行手术!”这是值班医生周大春的第一反应,抢救应急预案立即启动,一场生死营救就此拉开帷幕。

所有值班人员迅速就位,开放静脉通道、面罩给氧等急救措施立即跟上,并以最快速度将患者向手术室转运。3点15分,随着一声响亮的哭声,体重3750克的女婴顺利娩出。此时,刘女士血氧饱和度略低,心率、血压均正常,母女闯过了第一道难关,但大家悬着的心没有



丝毫放松。很快,刘女士的病情出现新情况。胎儿娩出后,刘女士子宫收缩欠佳,胎盘剥离面、子宫切口、腹壁切口等创面广泛渗血,出血达到1200ml,医护人员立即给予按压子宫,使用促子宫收缩药物,快速输注纤维蛋白原等大量血液制品,有力的抢救措施使得刘女士生命体征一直维持在稳定状态,刘女士随即被转移到ICU。

在继续观察治疗1小时后,刘女士再次出血约450ml,且血不凝。此时,检验科报告凝血功能危急值!纤维蛋白原测不出!“难道一定要切除子宫吗?她才30岁啊,况且还是第一胎!”刘伟玲主任与值班人员商量后决心全力保子宫。于是重回手术室,尝试经阴道放置宫腔球囊填塞压迫止血,同时纠正凝血功能异常,子宫保住了!

“刘女士夫妻定居苏州,产检都是在当地完成的,分娩选择了回父

母所在城市,选择了我们医院。他们双方都是高级知识分子,平时看了不少医学书籍,对羊水栓塞有所认识。刘女士爱人当时反应非常迅速,第一时间呼救,我们值班医生抢救也是争分夺秒,最终母女平安!”刘伟玲不无欣慰地说。

院长助理、产科主任成晓燕介绍说:“我院作为南通市孕产妇危急重症救治中心,全市产科质量控制中心,在孕产妇管理中有着丰富的经验、人员训练有素,流程规范、预案完善,每年的分娩量约占南通市区的50%。对于羊水栓塞,准爸妈们不用过度担心,因为它的发病率相当低,约为1.9~7.7/10万,刘女士是我院近两年唯一一例,也被成功救治。2023年,我院共出生6452个宝宝,龙年伊始,已迎接了233个龙宝宝的诞生,宝妈们都获得了圆满分娩体验。”

韩斌 李波

七旬大爷是“镜面人”心脏反位 通大附院成功逆向完成心脏瓣膜修复术

在影视剧中,有时会出现这样的情形,男主被敌人一刀刺进心脏部位,却意外存活,给出的原因是心脏位置与常人不一样,长在了右侧胸腔。这种情况并不是编剧的脑洞,在临幊上,专业的术语叫“镜面心”。2月28日,记者从南通大学附属医院了解到,该院心胸外科主任尤庆生教授,为74岁的“镜面人”郭大爷(化名)在镜面心上实施了二尖瓣膜和三尖瓣膜修复术。

家住启东的郭大爷平日一向身体健康,但是近半个月以来时不时感觉胸闷气短、呼吸不畅,且症状持续加重,胸闷气短的时间能长达数小时。经人推荐后,郭大爷的家人带着他慕名来到通大附院心胸外科尤庆生的门诊,做进一步检查。

根据心脏彩超等系列检查结果显示,引发郭大爷上述症状的是二尖瓣和三尖瓣关闭不全,需要通过

二尖瓣膜和三尖瓣膜修复术予以治疗。手术本身并不复杂,心胸外科有着丰富的手术经验,但是据其家人所说,他是很罕见的“镜面人”。“镜面人”的心脏、肝脏、脾脏、胆等器官的位置与正常人相反,其中心脏位于右侧胸腔,心尖指向右下,又被叫作“镜面心”。

镜面人的出现几率仅为两万五千分之一,而在镜面心上实施修复手术的更是少见。“因为患者的心脏位于右侧胸腔,术中主刀医生的站位、手术切口选择、缝合操作,甚至是手术器材等均要与常规手术相反,团队需要做好充分的术前准备,提前演练手术步骤。”尤庆生说道。正常手术时主刀医生应该站在患者

的右侧,而在这台手术中,主刀医生站在患者左侧,并根据镜面人器官的特点连接体外循环管路,切口也相应改到心脏左侧。

此外,手术需要用到的三尖瓣成型环也是按照正常心脏的位置设计的,直接装在输送器中无法与镜面心吻合。尤庆生团队根据患者实际情况,在术中对三尖瓣成型环进行改造,让其能够与镜面心相适应。

在麻醉手术医生和手术护士的默契配合下,尤庆生团队成功地在镜面心上完成了二尖瓣膜和三尖瓣膜修复术。术后第二天,郭大爷顺利拔除呼吸机,各项生命体征稳定。术后一周,郭大爷已经能够下床自主活动。“我现在完全感觉不到胸闷气短,也能自己下床走走,真是太感谢医生了!”郭大爷笑着说道。

吴昱 李波



诊室传真

置之不理12年 肾结石长到6厘米 医生提醒: 发现结石要及时就医

12年前,周女士在体检时发现左肾结石,她觉得没有哪里不舒服,就一直没有重视。近日,她因左侧腰部胀痛不适,到当地医院检查才发现在左肾的结石竟已经长到6厘米,几乎占据了大半个肾脏!

“平时一点感觉都没有,真没想到会长这么大。”周女士赶紧来到南通六院泌尿外科寻求进一步治疗。完善相关检查后,泌尿外科主任钱麟发现,周女士为先天性输尿管肾孟连接处狭窄。他介绍,肾孟好比小水池,输尿管就像是水管,二者的连接处呈漏斗形,此处狭窄会引起尿液的滞留,促使结石形成。如果没有引起重视,结石会越长越大,形成尿路梗阻,引发肾孟扩张积水,破坏肾脏功能。

“单纯取出肾脏的结石并不能从根本上解决患者问题,帮助患者恢复尿路通畅才是关键。”泌尿外科主任钱麟说,肾孟输尿管连接部狭窄诊断一旦明确,除了轻度肾孟积水、肾盏无明显扩张,可继续随访观察暂时不手术外,其余情况都需要通过手术解除梗阻。像周女士这样临床症状明显,肾盏、肾孟已明显扩张并出现感染的情况,更应采取积极手术治疗。

如何“一箭双雕”通过一次手术既取出肾结石又解决输尿管肾孟连接处狭窄问题呢?钱麟主任带领泌尿外科团队针对患者病情进行了全面评估与讨论。由于患者左肾结石巨大,若采取常规经皮肾镜碎石取石术,手术需分期进行,治疗周期长、费用相对较高;加上患者输尿管肾孟连接处先天性狭窄,碎石后较大碎块的结石排出可能仍较为困难,因结石明显增大扩张的肾孟术后还会有再出现肾积水和反复感染的风险。

综合考虑并与患者及家属充分沟通后,泌尿外科团队决定为患者行肾孟切开取石术、肾孟成形术、输尿管支架置入术,通过一次手术,同时解决两个问题,实现“标本兼治”。术中,手术团队顺利将肾孟处一颗6厘米的“巨石”完整取出,切除输尿管肾孟连接处狭窄段,将肾孟多余部分切除修整至合适大小,重新缝合肾孟与输尿管,留置输尿管支架管,恢复患者尿路畅通。

“要治结石,但不能只治结石。”钱麟主任表示,输尿管上接肾孟,下连膀胱,是一对管径粗细不均的细长管道,且存在三个生理狭窄处。

结石排出必须通过这三处狭窄,有些人肾孟及输尿管先天性发育异常、输尿管狭窄,即使是小结石也难以排出,导致结石越长越大。因此,发现肾结石后,应及时就医,一旦明确存在尿路梗阻性疾病,要积极接受相应治疗,从根本上解决问题。

李波 张燕