

七旬老人隔离点突发意外

先前的应急演练变成实战

患有帕金森氏综合征的七旬老人王阿婆,近日在江北一隔离点突发意外。从隔离点工作人员进屋处置,到负压救护车到达现场,把阿婆送往指定医院救治,整个过程无缝衔接、快速高效。该隔离点的行政点长黄赞非常感慨:正因为隔离点提前做过应急演练,才能如此迅速地处理该起突发事件,凸显了江北区集中隔离场所“2+3”管理机制的成效。



突发意外的老人被快速送往医院。受访单位供图

提前制订了一套应急预案

黄赞所在的这个隔离点是新开点位。5月2日上午9点,他接到指令,整好行李,同宁波市第九医院的李水英医生一起,11点赶到了隔离点。黄赞担任行政点长,李医生担任医疗点长,下设安保组、后勤组和转运组三个组。

该点位总共140多个房间,当天下午1点不到,就有隔离人员被送到,头两天陆陆续续收了120多人,包括本地的密接、次密接、时空伴随人员等,也有重点地区回来的人。

5月4日,隔离点接收了两位特殊的老人:张老伯是密接人员,其老伴王阿婆有帕金森氏综合征及其他疾病。由于他们的女儿正在其他隔离点隔离,家里没人照料,王阿婆也一起来隔离。

进来的当天,考虑到老人情况特殊,两位点长召集三个组的组长,制订了一套应急预案:一旦老人遇到突发状况需要急救,医疗点长冲进房间救治,行政点长在场外指挥,第一时间联系定点医院、呼叫医疗转运车、采样送核酸……相当于提前做好演练。

没想到,两天后老人真的突发意外,先前的演练变成了实战。隔离点工作人员穿着防护服冲上楼,按预案分工各司其职。情况虽然危急,现场处置却有条不紊地进行着,从事发到负压救护车赶到现场,把老人送出就医,整个过程无缝对接,快速高效。

当晚11点35分,接受治疗后的老人重新回到酒店,李医生和黄赞他们这才松了口气。

凸显“2+3”管理模式的科学性

黄赞告诉记者,这次突发状况的快速处置,离不开之前的演练,也凸显了江北区创新推出的集中隔离场所“2+3”管理模式的科学性。

所谓“2+3”模式,即双点长加三组长:每个集中隔离点均设置1名行政点长、1名医疗点长和1名安保组长、1名转运组长、1名后勤组长。行政点长负责集中隔离点的统筹协调;医疗点长由区卫健局派驻,负责隔离人员的核酸采样等医疗事务。

该模式将两个点长和三个组长的工作职责,分为入驻前、隔离中、解除后三个阶段,并以

清单式细列列出,出台了江北区集中隔离场所行政点长、医疗点长、安保组、后勤组、转运组日报表。

各组按照清单,每天要开展自查。管理清单要求详细记录14岁以下儿童、患有严重基础性疾病人员、无自理能力人员等特殊群体的信息。王阿婆到了该隔离点后,她的特殊情况就引起了点位工作人员的重视。

清单特别把防止交叉感染作为重要组成部分予以注明,方便集中隔离场所根据清单内容逐一对照检查。

记者 程鑫

血管烂穿肠壁 “定时炸弹”破裂 危在旦夕的罕见病患者 被成功救回

近日,55岁的杨先生在鬼门关走了一圈,两个凶险的急病在他身上叠加:一是上消化道出血;二是主动脉十二指肠瘘,腹主动脉与邻近的十二指肠“烂穿”。不仅诊断复杂,而且救治难度极大。最后,在宁波市第二医院多学科团队的努力下,将杨先生从鬼门关前拉了回来。



多学科团队正合力抢救杨先生。

血便、呕血竟是病死率极高的罕见病所致

“突发呕血、黑便1天,考虑消化道出血伴十二指肠肿物破溃……”前不久,杨先生在家中休息时突然腹痛,拉出暗红色的血便,随后出现呕血,在当地就诊后被上转到宁波市第二医院急诊抢救。

典型的上消化道出血,急诊科值班医生快速启动危险性上消化道出血救治流程,联系消化内科、胃肠外科会诊。同时,为了进一步

明确出血原因,医护团队快速为患者完善了腹部增强CT。

“结果很快就出来了,出乎大家意料,CT影像推翻了之前的判断,患者肚子里还藏着一颗‘定时炸弹’!”急诊科孙亚冰医生说,放射科提示在患者十二指肠降部与水平部交界处发现了腹主动脉瘤。

赶来会诊的血管外科许春波医生紧急联系血管外科主任郎德

海以及胡松杰主任医师进一步评估。两位专家一致预判患者此次消化道出血的罪魁祸首就是腹中的这颗“定时炸弹”:炎症性的腹主动脉瘤感染、侵蚀消化道,导致两者之间形成瘘管——原发性主动脉消化道瘘(AEF),通俗讲就是腹主动脉瘤把消化道烂穿了!

“原发性AEF非常罕见,病死率极高!”郎德海主任等专家锁定病根。

千钧一发,先堵住出血源头

明确了诊断,并没有让多学科团队松一口气。

“患者送进急诊时生命体征暂时平稳,但已经连续解血便5次,这在原发性AEF中属于‘先兆性出血期’。”也就是说,动脉血管壁即将崩塌破裂,一旦血压控制不好,动脉压升高的话,随时都可能使主动脉瘘口坍塌,有将近1/3的

患者会在6个小时内出现致命性大出血。

必须马上手术!当晚6时,急诊科、手术室、麻醉科、重症医学科、胃肠外科快速行动,开通绿色通道,启动导管室,准备为患者先行腹主动脉瘤腔内修复手术,先堵住出血的源头。

郎德海主任团队仅花了1个

多小时,就在病变的血管植入覆膜支架,修复了危在旦夕的腹主动脉血管壁。随后,胃肠外科郑丁铖副主任医师立即进行术中胃镜检查,在十二指肠降部与水平部的交界处发现一个很明显的溃疡,随着覆膜支架的植入,威胁杨先生生命的警报暂时解除。

接力抢救彻底切除病根

当天晚上8:40,血管外科、胃肠外科、麻醉科、手术室等多学科医护团队还在接力抢救。腹主动脉的破口堵住了,但十二指肠壁的破口还需要进一步处理。

胃肠外科副主任吴枫、郑丁铖、郑成团队接过接力棒。“出现溃疡的十二指肠要切除,为了避免消化液的腐蚀感染再次侵袭脆弱的腹主动脉,还需要为十二指

肠进行改道吻合。”吴枫副主任团队开腹后快速找到了十二指肠的破口处,分离病灶周围脏器和血管,切除了病灶肠管。最后,耗时3个多小时,顺利进行了肠腔改道吻合。

在医护人员的精心照护下,杨先生短短两周时间就康复出院了。

据介绍,AEF指无主动脉手术史的患者出现主动脉与消化道

直接相通。该病死率极高,未治疗AEF患者的病死率接近100%,手术患者的病死率为30%~40%。

一旦发现脐周方向用手在肚皮可触及明显的搏动性包块,且自身伴有高血压的患者,特别是中老年人群,一定要引起重视,及时到血管外科专科筛查是否患有腹主动脉瘤。

记者 王颖 通讯员 余钻标 文/摄