

微创率高达94%

从上海就医回来的病人
指定要他们做手术

以心为灯

鄞医心胸外科在专业领域
登顶“珠穆朗玛峰”

宁波大学附属人民医院(鄞州人民医院)心胸外科团队。



从曾经的“开膛剖心”大手术,到如今的“小切口”微创技术,他们为每一次心跳、呼吸和吞咽保驾护航,守护患者最基本的生命功能;从单一解决病痛到医护联合人文关怀促进加速康复,他们努力打造暖心科室,让每一位患者感受到生命的温度和长度……他们就是宁波大学附属人民医院(鄞州人民医院)心胸外科团队。28年间,他们不断探索微创技术和综合疗效,在肺癌、食管癌、纵膈肿瘤和复合伤急救等方面精勤不倦,拓宽做强,近年来在心脏手术领域大步前进,团队综合实力稳居全市第一梯队。

3 拓展心脏外科高地
微创助力快速康复
高难度手术占90%以上

记者在采访中了解到,鄞医心胸外科与上海长海医院、浙大一院的心脏外科有着长期紧密的合作关系,在心脏手术上同样成绩不俗,是首批利用胸腔镜完成微创心脏手术的学科。

心脏受损的人往往死亡率极高,在心脏上做手术,就是和死神的巅峰对决。43岁的杨女士(化名)患有风湿性心脏病多年,一周前突然感到胸闷气喘,伴有心慌,心跳加快,她找到了鄞州人民医院心脏外科主任朱海宏专家。朱主任通过心脏超声发现患者二尖瓣、主动脉瓣和三尖瓣均有严重的狭窄或关闭不全,他仅在杨女士右侧腋下开了一个5厘米的手术切口,用胸腔镜一次性治疗复杂的多瓣膜病变,避免正中大切切口开胸手术,彻底解决了杨女士的问题。术后第4天杨女士就出院了,快速康复理念和心脏微创手术得到完美结合。

鄞州人民医院自2018年开展首例体外循环下心内直视手术以来,发展迅猛,成功抢救急性主动脉夹层60余例,在浙江省重点手术排名中,冠状动脉旁路移植术名列全省第23,心脏瓣膜手术第16,房、室间隔缺损修补术第20。今年,朱海宏团队还率先开展超声引导下先天性心脏病房间隔缺损封堵术,与以往的介入手术相比完全没有射线,实时动态监测安全可靠。

创科于1994年的这支团队经过28年的发展,亚专科特色鲜明:闻剑波擅长食管肿瘤;朱海宏、黄科峰挑起心脏团队大梁;江明君、黄华奇、葛建军在肺部肿瘤各术式方面颇有建树;戚赛春擅长微创纵膈肿瘤手术,几位年轻医师黄威、谭林林等在肺重建方面做得有声有色。

去年,该科出院人次超过1200人次,年手术量近1000例,以腔镜微创为主,其中高难度手术占90%以上……闪光的奖牌见证精湛的医术,鲜艳的锦旗记录良好的口碑。鄞州人民医院心胸外科将站在崭新的起点上,继续探索,永不止步。

记者 陆麒雯 通讯员 冯济业

1 双侧肺癌患者点赞鄞医团队
在家门口就可享受先进技术

目前,肺癌是我国发病率和死亡率最高的恶性肿瘤之一。随着医学设备及技术的不断进步,多发肺癌的检出率越来越高。在鄞州人民医院心胸外科,每年都会遇到几十例双侧肺癌患者,其中就包括林大伯(化名)。

73岁的林大伯在一次常规体检中被查出双侧肺癌,在上海进行了右侧肺癌切除手术。回家后林大伯开始出现发热、咳嗽。为了就医方便,他来到鄞州人民医院心胸外科,由学科带头人闻剑波团队成员黄科峰副主任医师接诊。

经过检查,黄科峰迅速诊断出林大伯是术后感染,属于常见的并发症。经过治疗,林大伯的身体状况很快趋于稳定,但这段经历让他的身体和心理都承受了不小的负

担。

其间,黄科峰向林大伯介绍,他们也是常规通过微创手术来解决肺癌,就算肿瘤很大,也可以通过新辅助治疗缩小病灶,手术后快速康复,能让病人实现“活得长”且“活得好”。

“这样看来,我根本没必要去上海做手术啊,家门口就可以。”林大伯对于自己此前的决定后悔不已。两个月后,他请黄医师为其实施了单孔胸腔镜下左肺癌手术,过程顺利。

为了让肺部功能恢复到最佳状态,护士长庞维娜术前就为林大伯制定了全面的康复计划:从咳痰指导到呼吸锻炼,并结合疼痛和营养护理。术后一周,林大伯就出了院。临走前他忍不住点赞:“和上海专家比,我们鄞州医生的水平完

全比得过!”

林大伯的就医过程只是鄞医心胸外科众多病例中的一个小插曲,背后体现的是这支团队深耕钻研的初心。“仁爱、仁术、创新”是科室的宗旨;“视年长者为父母,视年幼者为儿女兄妹”作为服务理念,就贴在科室文化墙上,印在每个团队成员的心上。

人的肺具有不可再生的特点,为了最大程度减小损伤,该团队追求为这些患者进行精准的肺段切除或肺楔形切除,最大化切除病灶、最大化保留肺功能、最小化创伤侵袭。就这样,精准地确定病变的大小、数量、位置,设计最佳治疗方案,成为每天早会的主题。经过精准的术前综合研判,目前该团队实施的手术,微创率已达到94%。

2 祸不单行 食管、胃先后癌变
两次“改装”重建消化功能再获新生

衡量团队水平不能光看门诊量和手术量,更要看其攻克疑难杂症的能力。

86岁的老汪(化名)不久前刚过完生日,精神矍铄,完全看不出他曾两次与癌症正面交手。5年前,他被查出食管癌,肿瘤大小4厘米,且累计范围较广,必须立即手术。食管肿瘤切除后,接下来才是手术的关键——重建患者从口腔到肠段的消化道。闻剑波团队对胃部进行游离,然后制作出一个与食管相匹配的管状胃,将其牵拉至颈部,并与食管吻合后重建消化道,手术成功。

不幸的是,老汪在今年初的胃镜检查中又发现了肿瘤,这种情况在医学上被称为异时胃食管双原癌。老汪已是耄耋之年,手术风险

大,再次手术的操作难度更大。首先,胸腹腔的解剖结构已经改变,医生常规的手术入路需要调整;再者,上次手术及愈合过程会导致组织黏连,分离相当困难;最棘手的是,残胃因为肿瘤需要被切除,只能选择其他器官来重建消化道。

经过多学科讨论,专家团队最终采用保留血供空肠间置代替胃重建消化道。这种术式操作复杂、吻合口多,术后容易出现吻合口瘘、移植肠坏死梗阻或水肿等并发症,死亡率也很高,因此被称为食管外科界的“珠穆朗玛峰”术式。最终,在该院麻醉科、手术室、重症监护室等多学科的紧密配合下,老汪重获新生。

这支团队之所以敢这样挑战极限,是基于临床多年积累的丰富

经验,每年近千台手术以及一位位被治愈患者的良好回馈给予的自信。

当38岁的东北男子董先生来到鄞州人民医院求诊时,他已经记不得这是自己看过的第几家医院。多年前,他被查出左侧胸腔有一个肿瘤,因无法确诊,每一家医院的医生都建议他往上级医院看。之后,他边打工边看病,辗转来到宁波。

在这期间,他出现胸闷、气喘的症状。被收治入院时,他的肿瘤直径已经达到15厘米,几乎挤满了左胸腔,对全身的骨质也已造成了破坏。要对每一位患者负责到底,经过严密的术前评估,治疗如期进行,闻剑波团队费尽周折,终于在胸腔镜下完整切除肿瘤。术后,董先生胸闷气喘的症状完全消失。