

医生的两页手写“治疗攻略”，一页手绘“科普” 让团队、患者对“第一次”手术有了更足的底气

江大附院完成我市首例腔镜下气管隆突肿瘤手术

钱小蕾 孙卉 杨冷

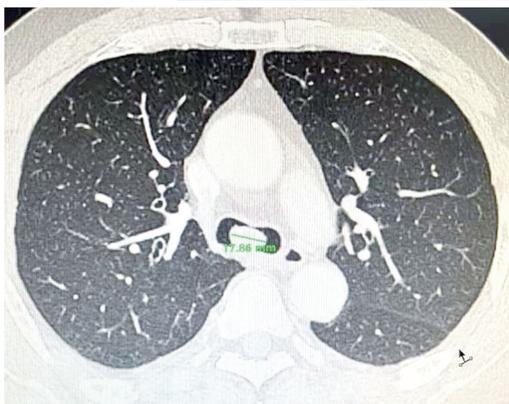
“这是一台值得骄傲的手术。”日前，在完成一例腔镜下气管隆突肿瘤手术后，江大附院胸外科副主任医师郁琿，通过微信朋友圈打卡分享了当下激动的心情。

气管隆突肿瘤手术，被称为胸外科手术领域的“皇冠”，在所有肺部手术中，难度仅次于肺移植，除了手术操作复杂之外，更加考量医院多学科协作能力。而随着气管隆突肿瘤患者蒋先生的康复出院，标志着江大附院成功完成了“摘冠”挑战，这是江大附院的“第一次”，也是镇江的“第一次”。

肿瘤堵住呼吸“三岔口” 公认的难题如何解？

10月16日，60岁的蒋先生康复出院了，回想起近半个月来的经历，他坦言对“绝处逢生”这个词有了透彻心扉的理解。

今年7月，蒋先生开始莫名咳嗽，跑了很多次医院，吃了不少药，症状却未减轻。到了9月，发现痰中带血的他，立即在我市一家医院接受了支气管镜检查，发现气管隆突肿瘤，肿瘤堵塞了气管的4/5，病理检查提示为中分化鳞状细胞癌。



隆突是左右支气管分叉的“要道”，该处长肿瘤，无异于堵住了呼吸“三岔口”，如果任其生长，随时会有窒息的风险。

恶性肿瘤的诊断已经让蒋先生遭受了莫大的打击，而医生给出的建议更是让他感受到了绝望。因为医生告知他，气管隆突肿瘤手术治疗的难度太大，建议其接受化疗。

不甘心的蒋先生随后来到江大附院，找到胸外科副主任医师郁琿，仔细查阅病例资料后，郁琿给出了不一样的答案：“手术是治疗隆突肿瘤的首选，虽然很难，但可以！”

郁琿介绍，症状隐匿、部位特殊、难度极大，隆突肿瘤的这些“标签”，让其成为胸外科公认的“难题”。气管肿瘤手术已经是肺部手术中难度最大的手术之一，而气管隆突部位的肿瘤因为要做



本版图片由江大附院提供

隆突重建，再加上要在腔镜下进行，更是难上加难。

目前，我市在该领域的手术经验尚属空白，郁琿缘何有自信给出“可以做”的回复？

10个问题由团队解决 画个图解让患者明白

“凭借着多年来积累的呼吸道肿瘤手术经验，我深知‘隆突重建’是一项多科室协作的系统工程。”接下难题的郁琿认为，理清解题思路是关键。他静下心来对整个治疗方案进行了梳理，在笔记上罗列出了两页共10个问题。

只要将10个问题各个击破，一切就迎刃而解。在胸外科主任陈圣杰的组织下，大家先“招兵买马”，再“谋篇布局”。ICU主任张德厚、副主任尹江涛，麻醉科主任蒋鹏、副主任马鹏，胸外科护理组

全都加入了治疗团队，反复讨论手术方案及应急预案。

郁琿解释，手术的难点在于既要保证肿瘤的切除彻底，又要保证气道吻合重建的确切，术中还要对血运、神经进行保护。切除肿瘤后进行气道重建的过程中，还需要对患者肺脏进行有效的通气，因为患者气管要完全被切断，所以缺氧带来的手术风险极高，如果术中患者氧饱和度无法维持，就需要ECMO(体外膜肺氧合)高级生命支持技术作最后一道防线。

在麻醉科、ICU等多学科通力协作下，手术流程、应急预案逐一落实到位，此时，郁琿还需要给患者蒋先生做好术前的沟通。“手术说起来太过专业，非专业人士通常无法理解，我就试着将步骤画了下来，再跟患者讲解。”

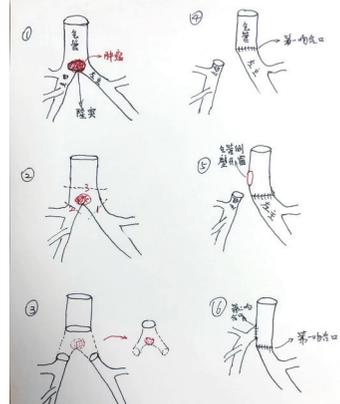
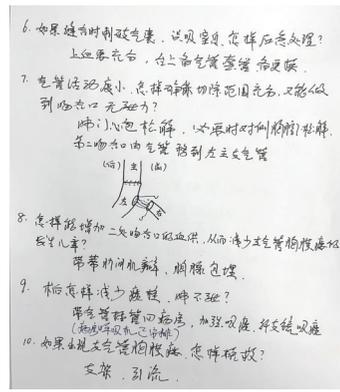
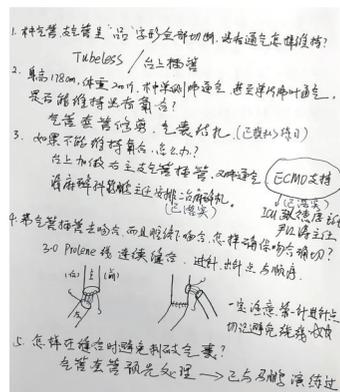
晦涩难懂的专业术语，通过一页手绘图，立刻变得简洁生动起来，患者不费力就搞懂了手术步骤，对手术的难点、风险也有了清晰的认识。郁琿和团队对待病患的认真、严谨，也让蒋先生对团队的信任度倍增。

三科协作，ECMO压阵 重建生命通道

9月20日，ICU将ECMO准备到位，患者一旦氧饱和度难以维持，ECMO就可以立即“上阵”，为手术争取时间。此外，麻醉科、ICU、护理组也对术中术后的各类应急预案流程进行了再次梳理复习。

9月21日上午，手术如期进行。要切除隆突肿瘤，必须将气管全部切断，通气是术中面对的第一项挑战。郁琿和副主任医师许贤荣确立了两路供氧方案：先是经口腔气管插管供氧，气管切断后，更换为气管切口插管供氧，吻合好第一个吻合口后，再切换回经口腔气管插管供氧。

离断气管，切除肿瘤后，最复杂的就是重建工作。团队先将右侧支气管与主气管接上，然后在气管右侧开口，把右边的呼吸“要道”吻合上。肿瘤切除后气道缺损大导致吻合张力大，需将左右肺门及上段气管充分游离松解，操作范围横跨左右胸腔，风险大、



难度高。要求手术医生必须具有熟练的外科解剖技能和高超的腔镜手术技巧。

经过数小时的紧张配合，手术顺利完成。“完成超高难度挑战，团队非常激动兴奋！”郁琿说。患者蒋先生术后康复顺利，现已顺利出院。出院前，他特意让家人定制了一面锦旗送给医护人员表示感谢。

气管肿瘤早期症状不明显，常表现为咳嗽、咳痰、喘息及胸闷等非特异性呼吸道症状，容易引起患者的重视。当肿瘤逐渐堵塞气管腔时，会出现喘息症状，因此经常被误诊为支气管哮喘。当肿瘤占位效应使气管管腔狭窄达50%-75%时，患者才会出现比较明显的胸闷、呼吸困难症状。郁琿建议，如果咳嗽、气喘、胸闷两周以上无缓解，建议到医院接受颈部胸部CT或支气管镜检查，以明确病因。