

## “家门口”畅享国际诊疗服务 江苏大学附属医院成立首个外国专家工作室

为推进医疗领域的国际交流合作,更好满足患者对国际化、高品质医疗服务的需求,我院邀请德国纽伦堡医院 Cosima Brucker教授团队来院交流,成立全市医疗系统首个外国专家工作室。10月20日上午,我院举行外国专家工作室合作签约仪式,校党委副书记、院党委书记张济建向专家团队颁发聘书,院长陈吉祥等院领导以及相关科室负责人参加签约仪式。

会上,陈吉祥院长对德国纽伦堡医院 Cosima Brucker教授、Dimitrios Bolovis教授的加盟表示热烈欢迎。他表示,近年来江大附院聚焦医学前沿,积极开展国际交流合作,国际“朋友圈”不断扩容,为医院高质量发展注入强大动能。此次外国专家工作室的成立,标志着医院与国际知名专家的合作再上新台阶。他希望,通过中德专家的强强联合,让患者足不出市就能畅享同步国际的先进诊疗服务。

德国纽伦堡医院妇科中心主任 Cosima Brucker教授表示,自己身为一名外科医生,也是一名“培训师”。借此交流合作契机,团队不仅要

要将国际顶尖的医疗资源带给医院,还要将先进的诊疗经验毫无保留地分享给妇科、乳腺外科及相关专科的临床医生,让更多患者获益。

德国纽伦堡医院是欧洲最大的公立医院,特色专科包括乳腺癌治疗中心、妇科肿瘤中心、子宫内膜异位症中心、盆底功能障碍和尿失禁中心等。

等。该院的乳腺癌治疗中心在德国享有盛誉,自2006年2月起获得德国癌症协会与德国乳腺外科协会认证。通过与德国纽伦堡医院合作,将有力提升我院的医疗管理质量、医疗服务水平,并为镇江地区妇科达芬奇手术开展和妇科肿瘤、乳腺肿瘤的精准诊疗带来新机遇。



## 全市首家! 江苏大学附属医院肺癌诊疗中心成立

10月15日上午,江苏大学附属医院肺癌诊疗中心成立大会在图书馆六楼会议室顺利召开。省医学会呼吸病学分会主委、南京大学医学院金陵医院宋勇教授受邀参加成立大会,校党

委副书记、院党委书记张济建,院长陈吉祥、副院长黄汉鹏以及相关科室负责人等参加会议。

肺癌作为我国发病率和死亡率均居首位的恶性肿瘤,严重威胁人民群众的生命健康。传统诊疗模式下,患者往往面临诊疗前缺乏早筛意识、诊中奔波于多科室之间、诊后缺乏科学康复指导等困境,迫切需要通过多学科协作的创新模式,聚焦肺癌精准治疗需求,为患者提供覆盖筛查、诊断、治疗、康复的一站式、个性化诊疗方案,实现从初诊到治疗、从综合干预到长期康复的多维度、全流程管理。

会上,宋勇教授对我院肺癌诊疗中心建设提出了宝贵的意见和建议。

他指出,肺癌诊疗中心的成立,汇集呼吸与危重症医学科、胸部肿瘤科、胸心外科、介入放射科、医学影像科、病理科、麻醉科等多学科专家,形成一支强大的医疗团队,助力患者“一站式就医”。通过整合多学科优势,实现肺癌诊治全周期管理,为肺癌患者带来更优质的医疗服务。

陈吉祥院长表示,在全市首家成立肺癌诊疗中心是积极响应国家癌症防治行动、提升专科能力的关键举措,也是我院乃至全市医疗领域在肺癌防治方面迈出的重要一步,标志着我院在肺癌早期筛查、精准诊断、规范化治疗及全程管理方面实现了质的飞跃。



## 中国经济报告课题组赴我院考察调研

10月25日下午,中国经济报告课题组专家一行12人赴我院考察调研。镇江市卫健委副主任殷猛、信息中心主任朱月兰及我院副院长陈宝定等陪同调研。

中国经济报告课题组专家分别来自国务院发展研究中心宏观经济研究部、发展战略和区域经济研究部,国家卫健委卫生发展研究中心健康经济与保障研究部等部门,来院实地调研镇江商业健康保险理赔共享平台“医保商保同步结算”工作。

在入出院中心,专家组向工作人员详细了解商保直赔模式在我院的落地应用情况,并现场观看了“医保商保同步结算”案例演示。整个结算流程顺畅,结算方式便捷,发票标注清晰明了,患者满意度高。

此前,商保赔付时效需2-3周,现在能够做到及时赔付、省时省力,患

者再也不用往返于保险公司、医疗机构打印各种资料,实现了一窗办理、便民惠民。

专家组一行对我院“医保商保同步

结算”工作表示肯定,并就商保直赔的技术支撑、数据安全、与医保的衔接等问题与相关人员展开交流。



## 让免疫系统“自己人不打自己人” 王胜军教授受邀解读诺奖

近日,2025年诺贝尔生理学或医学奖揭晓。美国科学家玛丽·E·布伦科、弗雷德·拉姆斯德尔和日本科学家坂口志文获奖,获奖理由是“在外周免疫耐受方面的发现”。

免疫学为何成为诺奖常客?此次获奖的“免疫耐受”又是什么?新华日报特邀我院王胜军教授解读诺奖免疫“刹车”机制。

### 一群特殊的“刹车”细胞

王胜军表示,以往获得诺奖的免疫研究多集中在“攻击”方面,即如何增强免疫应答以对抗疾病。而今年诺奖得主的工作,则聚焦于免疫系统的“安保”方面——那些专门负责“踩刹车”的细胞。简单来说,免疫系统对“非己”成分(如细菌、病毒)会发起攻击,如同踩下“油门”;而对自身成分则需维持“免疫耐受”,依靠“刹车”机制抑制过度反应。

免疫耐受是人体免疫系统的一种精细调节机制,具有双重性:当机制正常工作时,它能保护自身组织免受攻击,维持内环境稳定;一旦机制被破坏,自身免疫病便会随之而来。

今年诺奖得主的研究共同揭示:免疫系统中存在一类充当“安全卫士”的细胞——调节性T细胞。它们能够监控并抑制免疫系统对自身组织的无差别攻击,从而构建起身体的免疫自我耐受机制。

### 挑战传统认知的发现

调节性T细胞的发现历程跨越数十年。坂口志文在1995年率先发现并命名了这类特殊的细胞。当时科学界普遍认为,免疫耐受主要通过中枢免疫器官(如胸腺)实现。然而坂口的研究,挑战了这一传统认知,他证实,免疫系统更为复杂,并发现了一类以前未知的免疫细

胞,能够保护身体免受自身免疫性疾病的侵害。

2001年,布伦科和拉姆斯德尔在研究一种易发多器官自身免疫疾病的小鼠(scurfy)模型时,发现这些小鼠的基因发生了突变,他们将其命名为Foxp3。进一步研究表明,该基因的突变会导致人类儿童IPEX综合征(一种严重的罕见自身免疫性疾病)。

两年后,坂口志文成功地将Foxp3基因与调节性T细胞联系起来,揭示了Foxp3基因如何控制调节性T细胞的分化发育。王胜军表示,至此,3位科学家的研究成果相互印证,共同绘制出调节性T细胞完整的生物学图像,也由此确立了“外周免疫耐受”这一重要研究领域。

### 调节性T细胞的临床探索

免疫学能频繁斩获诺奖,与其强大的临床转化潜力密不可分。“调节性T细胞的研究不仅深化了我们对免疫系统的理解,更为多种疾病的治疗带来了新希望。”王胜军介绍,目前,全球已有50多项基于调节性T细胞的临床试验正在进行,主要集中于自身免疫病和移植排斥两大领域。

在自身免疫病方面,研究人员尝试用调节性T细胞治疗红斑狼疮、溃疡性结肠炎和1型糖尿病等疾病。在器官移植领域,这类细胞可能帮助移植患者减少甚至停止抗排斥药物。近年来,科学家们还开始探索调节性T细胞在渐冻症等神经退行性疾病治疗中的潜力,这类疾病也与炎症反应密切相关。

王胜军表示,基于对免疫学原理和机制的深入理解,科学家们正试图攻克现代医学中的诸多棘手疾病。从自身免疫病到癌症治疗,免疫学的研究成果有望为众多医学领域开辟出全新的诊断与治疗路径。

## 我院获评PCCM科规范化建设 “肺癌与肺结节专病照护能力项目”优秀单位

近日,国家PCCM科规范化建设及专病照护能力提升项目认定结果正式公布,我院呼吸与危重症医学科凭借规范的诊疗体系、突出的专业能力以及优质的全周期管理,获评“肺癌与肺结节专病照护能力项目”优秀单位,也是全市首家且唯一获此殊荣的医疗机构。

PCCM是呼吸与危重症医学的英文缩写。国家PCCM科规范化建设项目是在国家卫生健康委指导下,由中华医学会呼吸病学分会、中国医师协会呼吸医师分会、中国呼吸专科医联体、国家呼吸医疗质量控制中心等共同发起。

随着学科建设不断往前推进,需要搭建有PCCM特色的专病照护能力体系,以满足专病的同质化能力提

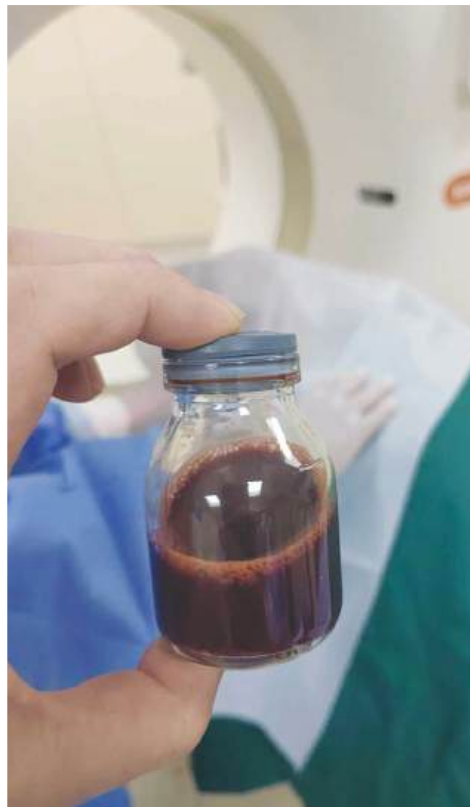
升,实现多学科交融。2024年1月,PCCM科规建——专病照护能力提升项目正式启动。PCCM专病项目认证由国家权威机构主导,对医院的专科能力、医疗质量、人才培养、学科管理及辐射能力等进行多维度、量化的严格考核。

此次我院PCCM科申报的“肺癌与肺结节”专病项目通过认证,并获得“优秀单位”称号,不仅是对我院PCCM科专病建设成果的权威肯定,也是医院整体医疗实力与服务能级提升的重要体现。我院将借此契机,进一步完善专病防治体系,加强高层次人才培养和科研创新,推动呼吸与危重症医学科向更高水平迈进,为健康中国、健康江苏、健康镇江建设贡献更多力量。



# 对口帮扶送技术 前沿空间分割放疗技术惠及泗阳患者

若给癌症按“人设”分类，甲状腺癌一定是看上去最“无害”的一个，它顶着“懒



癌”的标签，让人觉得“长得慢、危害小，不用急着管”，不少人因此被蒙蔽。家住泗阳的吴大爷（化名）很早就发现了脖子上的异常，但没有足够重视，就诊时已经到了晚期，失去了手术机会。近三年来，从靶向治疗到免疫疗法，他尝试过多种治疗方案，可肿瘤依旧“顽固”。

今年，我院在对泗阳医院对口帮扶中带去了一项前沿放疗技术，这场与癌症的漫长对抗，终于迎来了转机。

## 拳头大肿瘤卡脖， SFRT技术3周扭转困局

“靶向药、免疫治疗都试过了，肿瘤还是纹丝不动。”谈起病情，77岁的吴大爷有些心灰意冷。

2021年，吴大爷查出甲状腺癌，并伴有颈部、锁骨上、胸骨上窝、纵膈淋巴结转移，由于年龄大、病程晚，无法手术治疗。随后的几年里，他辗转多家医院，先后尝试了靶向和免疫疗法，但收效甚微，病情仍在进一步发展。8月10日，吴大爷复诊时，颈部肿瘤体积已达5.0\*6.0\*7.5厘米，拳头大的肿瘤死死“卡”在脖子里，不仅压迫得他吞咽、呼吸都费劲，更让治疗陷入了困境。

此时，带队在泗阳医院对口支援的我院放疗技术中心主任游涛关注到了吴大爷的病情，认真分析研判后，提出可以尝试前沿的放疗技术——空间分割放疗技术（以下简称SFRT）。短短3周的时间，经历了5次治疗后，吴大爷脖子上的肿瘤就已经液化坏死，经穿刺引流术后病理检查未检出

肿瘤细胞，这样的效果让吴大爷全家都感到喜出望外。

## 告别地毯式轰炸， 导航引导实现精准围剿

“对于肿瘤体积超过5厘米，临近重要脏器，或像吴大爷一样对化疗免疫耐药的复杂病例，传统放疗就像‘地毯式轰炸’，消灭癌细胞的同时，极易损伤周围正常组织，患者往往因副作用大而难以耐受。”游主任解释，SFRT是一种采用非均匀剂量分布的精准放疗技术，它打破传统放疗对肿瘤靶区剂量均匀性的要求，通过独特的剂量分配方式提升治疗效果，就好比给放疗系统设置了“GPS精准导航”：通过独特的“峰谷剂量”分布，在肿瘤内部形成高剂量区与低剂量区的交错格局——高剂量区从肿瘤内部“爆破”癌细胞，低剂量区则像“防护罩”，最大程度减少损伤，保护甲状腺周围的喉返神经、气管等关键结构。

对比传统放疗，SFRT的优势一目了然：

- 1、精准打击：只“打”肿瘤核心，不“伤”正常组织；
- 2、疗程缩短：通常仅需5次左右治疗，大幅缩短就医周期；
- 3、副作用小：对正常器官损伤可控，治疗的安全性和舒适度；
- 4、性价比高：短疗程直接降低治疗成本，减轻患者经济负担。

根据中国多中心数据（2021-2023），SFRT较常规放疗生存期明显延长，2年无

进展生存率分别为38%和21%；2023《Radiotherapy&Oncology》回顾性研究表明，SFRT较常规放疗局部控制率分别为72%和48%；2022年复旦大学附属肿瘤医院数据显示，SFRT组3级及以上放射性食管炎发生率从18%降至6%；T4期肿瘤（直径>7cm）或侵犯纵膈时，手术切除率<20%，3年局部控制率从30%提升至55%。

## 不止甲状腺癌， 打开复杂肿瘤生存窗口

SFRT技术发挥作用的“战场”远不止甲状腺癌，从临床应用来看，SFRT覆盖的癌种相当广泛，包括肺癌、乳腺癌、肝癌、肉瘤、胰腺癌、腹腔肿瘤、结直肠癌、妇科肿瘤等多种中晚期实体瘤，为众多身处困境的患者带来了生存希望。

以下几类肿瘤适用该技术：

- 中晚期大实体瘤（如5厘米以上的肺癌、肝癌、胰腺癌、乳腺癌、鼻咽癌、盆腔肿瘤、软组织肉瘤等）；
- 手术或放疗后复发的实体肿瘤（无法再次手术，正常器官限量达到极致值，无法再进行常规放射治疗）；
- 免疫耐药的实体瘤。

此次SFRT技术在泗阳医院的成功落地，是我院医疗帮扶的又一硕果。通过“技术带教+专家驻点”模式，将先进放疗技术送到泗阳，让当地患者在家门口就能享受高水平的诊疗服务。

# 急诊ECMO团队成功救治 一名心跳“停摆”8小时的年轻患者

9月16日下午，26岁的江雪（化名）躺在急诊抢救室里，监护仪上的心率已经变成一条冰冷的直线。然而，此刻的江雪仍能在护士的指引下眨眼、抬脚、张开手掌。这是奇迹吗？当江雪突发心跳呼吸骤停，我院急诊中心ECMO团队火速集结，在20分钟内即建立体外膜肺氧合系统（ECMO）支持，实现在无心跳情况下，患者恢复自主意识，将一脚踏入鬼门关的江雪硬生生拽回了人间。

## 10分钟 “王牌战队”火速集结

9月16日中午时分，正在家中休息的江雪突然感到一阵胸闷，呼吸变得急促，脸色也愈发苍白，家人察觉到异常后，连忙将她送到了附近医院。测量血压仅86/64mmHg，适当补液后，医生建议立即转院救治。随后，江雪被救护车转运至我院急诊中心。

“进入抢救室时，患者全身大汗淋漓，面色苍白，我们立即监测生命体征，并完善血常规、心梗三项、心电图等检查。”急诊内科主任张建国介绍，就在询问病史的过程中，江雪突然失去意识，监护仪上心率呈现一条直线，医护团队立即展开胸外按压、肾上腺素静推、呼吸支持等救治。很快，江雪恢复了心跳和意识。

然而，没一会儿，江雪再次出现心跳呼吸骤停，团队迅速再次进行心肺复苏，数分钟后患者恢复心跳。

但是，医护人员尚未来得及喘口气，短短两分钟后，江雪又发生了第三次心跳呼吸骤停。施救的同时，张建国果断决定启动ECMO（体外膜肺氧合）——一种顶尖的体外生命支持技术，能部分或完全替代患

者的心肺功能，为心肺功能衰竭患者提供循环和呼吸支持，是抢救濒死患者的“终极武器”之一。

得到家属认可后，ECMO“集结号”在急诊工作群内“吹响”，10分钟不到的时间，ECMO治疗小组成员、设备就已全部集结到位。

## 20分钟 心跳停摆中打通重生之门

启动ECMO的速度、精准度考验着团队每一个人。

急诊内科副主任张浩作为总指挥负责救治的总调度，急诊内科副主任胡振奎带领宋旭、贡碧涛医师进行ECMO置管，胡翔医师负责气管插管和深静脉置管，急诊中心两位副护士长许磊及孙国付协同进行ECMO管道预冲……伴随着监护仪的报警声和一道道抢救指令的传达声，每一个环节都紧锣密鼓而又精准默契地进行着。

不到20分钟，VA-ECMO（静脉-动脉体外膜肺氧合）成功建立，ECMO转机启动的瞬间，静脉血通过管路流入VA-ECMO氧合器，经过膜肺交换后，变成鲜红色的含氧血，再通过离心泵的推力，顺着动脉导管回流到江雪体内，这艘“生命摆渡船”，开始正常“航行”。

监护仪上，心率仍是一条冰冷的直线，而病床上的江雪，却能按照副护士长孙国付的指令，做出相应的眨眼、抬脚等动作，在无心跳情况下恢复了自主意识。

此时，ECMO扮演着心脏的角色，让江雪的心脏得到充分的休息，为心功能的恢复争取宝贵的时间。

在团队的积极治疗下，心脏停止跳动八小时后，江雪的心电监护上终于出现了

波形，从起初的一点电活动，逐渐恢复到正常的心跳，“罢工”的心脏重新恢复“工作”。当一直坚守在患者身边的胡振奎主任将心脏跳动的消息在工作群里汇报之后，群里一片雀跃，大家一起见证了一个奇迹，也为了江雪的生命重启感到庆幸。

经过十余天的治疗，目前江雪已经成功转安。

## 不是奇迹 是他们时刻准备

“ECMO救治的关键，一半在设备，一半在团队”。张建国表示，ECMO设备是基础，操作和上机后的管理是救治的前提，而我们急诊ECMO团队24小时待命，“召之即来，来之能战”，对设备的熟练操作，对病

情精准判断，各环节无缝配合，才是将“设备优势”转化为“救治成功”的关键。

目前，ECMO技术已成为衡量一家医院危重症救治水平的重要标志——它不仅是一台设备，更是一套“多学科协作+精准医疗”的综合体系，而江雪的案例，正是这套体系高效运转的生动缩影。从去年7月至今，我院急诊中心已经运用ECMO成功救治了25名患者，而江雪是最年轻的一位。

张建国解释，ECMO的核心作用是暂时替代人体心肺功能——当心脏无法正常泵血、肺部无法有效氧合时，它可将体内的静脉血引出体外，通过设备完成“氧气交换”和“压力输送”，再将含氧血送回体内，确保大脑、肝脏、肾脏等重要器官不缺氧、不坏死，为后续的救治赢得时间。





# 听建议、优流程！ 医患面对面，架起“连心桥”

由副院长带队，行风办、医务处、护理部、门诊部多个职能部门负责人参与，与十多名住院患者及家属代表一起，围绕“清风润医患 满意在附院”主题，开展医患面对面活动。

近日，我院通过一场医患深度交流，探讨优化就医体验良方，着力打通医疗服务过程中的痛点、堵点，提高患者就医满意度。

在沟通交流环节，患者及家属代表踊跃发言，结合自身就医经历，既表达了对我院医护人员精湛技术、辛勤付出的感谢，也坦诚指出在基本设施配备、停车场地改善、医学知识获取等方面遇到的实际问题与改进建议。对于所有问题，医院行风办工作人员均进行了详细登记，确保会后由责任部门跟进处理并反馈。

医患沟通，除了对就医感受进行交流，健康知识的传递同样重要。活动中，营养科医生围绕健康体重管理、健康食物选择等营养保健常识，开展科普讲座，帮助大家掌握科学实用的健康知识，走出常见饮食误区。

活动最后还组织了患者满意度问卷调查，从诊疗技术、服务态度、后勤保障等多个维度，细致了解患者对就医全流程环节的评价，为后续精准改进服务指明方向。

今年我院重点围绕“三优一满



意”目标持续发力。为进一步提升医疗质量、优化服务及流程，医院启动“医疗质量攻坚年”，实现了“全时空”门诊100%覆盖、门诊检查智能化预约，住院床旁结算率达到66.4%。随着“一窗通办”的开展，业务办理时间减少50%以上，患者就医更省心、更高效。在行风建设上，医院通过患者满意度调查、明查暗访、医德医风小讲堂、智能监管平台等，及时发现和解决群众就医的难点堵点，规范诊疗行

为，筑牢廉洁防线。

当前，医疗行业正通过创新活动形式，将化解矛盾的端口前移，我院举办医患面对面活动，为医患双方构建了一个畅通高效的沟通平台，用实际行动彰显了主动接受监督、持续改进服务的决心与诚意。

“医疗服务没有‘终点站’，只有‘加油站’。大家在就医过程中，可能会遇到流程不顺畅、服务不到位的地方，都可以提出来，不管是

大问题还是小细节，都是我们改进工作的‘指南针’。”副院长陈宝定表示，对于此次活动中患者和家属提出的问题，院方将认真梳理、会后专题研究，明确整改措施和时间，确保每个问题都有回应、有落实，让患者的声音成为推动医院高质量发展的不竭动力，最终实现患者满意、医院提升、医患和谐的共赢局面。

## 强沟通 促反思 提水平 江大附院泗阳省级巡回医疗小组 开展叙事医学讨论会

巡回医疗小组深入基层医疗机构，送去的不仅是优质的医疗技术和服务，还有感同身受的理解与温情。近日，我院2025年泗阳省级巡回医疗小组在驻地开展叙事医学讨论会，四位不同临床科室的医生通过分享巡回医疗期间的所见所闻、所思所悟，剖析基层医疗的现实困境，凝聚未来行动共识。

叙事医学是由美国大学学者于2001年提出的医学概念，主张通过倾听、理解患者疾病故事改善医疗实践，使临床医学更具温度。2006年，中国期刊首次引入该概念。

此次讨论会上，消化内科倪鑫、呼吸与危重症医学科周朦、心内科孙侠、口腔科沈树玲四位医生从各自专业角度，分享了他们在巡

回医疗期间深受触动的案例与反思。

在泗阳，有一名15岁的遗传性肌无力患者，由年迈的爷爷奶奶用轮椅推了数里路前来求医。面对目前医学无法根治的基因缺陷患者，沈树玲陷入沉思：“当临床技术到达边界时，医生的角色是什么？”后来，当她看到医疗队队长、老年病科医生侯莉为男孩联系当地政府和相关残联，积极搭建援助桥梁时，沈树玲的疑惑随之解开：“医学的终点不一定是治愈，而是关怀与赋能，尤其是在慢性致残性疾病管理中，我们需要关注患者的社会心理需求，帮助他们有尊严地生活。”

孙侠在当地参与的一次胃镜检查经历令他警醒：“医疗是团队协

作，任何一个环节的短板都可能成为‘阿喀琉斯之踵’。”孙侠非常重视“三基三严”（基础理论、基本知识、基本技能；严格要求、严谨态度、严肃作风）的培养，因为“这是医疗安全的生命线，提升基层能力，就要从最基础、最常规技术的规范化培训抓起”。

周朦在一次查房时，发现许多慢阻肺患者症状控制不佳，多番了解后得知，其核心问题在于基层医院用药储备不足、患者对基础吸入装置的认识普遍不足，基层医生对患者的有效指导不足。

面对基层诊疗工作中暴露出



的三个“不足”，周朦深有感触：如果临床指南不能落到实处，就无法真正帮助针对的患者人群。周朦表示：“呼吸与危重症医学科的帮扶工作的

重点要从‘讲什么病用什么药’深入到‘如何确保用对药’的层面，推行‘精准的基层医疗’，以确保每一项基础技能都能被掌握和正确执行。”

倪鑫的分享内容与当地消化道疾病有关。倪鑫关注到，泗阳地区有饮酒风俗，高发胃食管反流病，许多患者长期忍受症状，但基层诊疗多停留在对症开药，缺乏系统问诊、生活方式干预、随访管理和对癌前病变的筛查意识，反映出“重治疗、轻预防、缺管理”的普遍现象。在倪鑫看来，影响居民生活质量的慢性病才是基层医疗的“大头”，因此，帮助基层建立慢性病管理思维和简易随访体系至关重要。

四个故事，从医学人文到医疗技术，从慢性病管理到疾病预防，勾勒出了一幅完整的基层医疗生态图。分享结束后，医疗小组深入讨论，形成了明确的行动共识与建议。

“叙事医学讨论会相当于医疗小组的‘加油站’和‘校准仪’，可以帮助医护人员从患者的故事中汲取力量与智慧。”侯莉表示，医疗小组将常态化开展叙事医学讨论会，把思考转化为持续的努力，为基层群众提供更有温度、更全面的医疗服务，为提升基层医疗质量贡献更坚实的力量。

## 附属医院党委 召开10月 党务工作例会

10月15日下午，附属医院党委在行政楼三楼会议室召开10月份党务工作例会。院党委常务副书记、副院长袁国跃，以及各党群部门、党总支（直属党支部）主要负责人参加会议。

会上，袁国跃就“十五五”规划编制、“三优一满意”专项行动、高质量发展创新提升项目以及加强作风建设等作了强调和部署。他要求，一是以高度的责任感和使命感投入到规划编制工作中，通过调研学习他院经验，全力打造特色鲜明、区域领先的高水平大学附属医院。二是锲而不舍落实中央八项规定精神，推进作风建设常态化长效化，淬炼过硬政治能力，守牢廉洁自律底线，以严实作风赋能医院高质量发展。三是深化“三优一满意”专项行动，积极主动作为，创新方式方法，在医疗优质、服务优良、流程优化中不断取得新成效，更好守护群众健康。

会议传达学习了学校党委10月份党务工作例会精神。外科第一党总支、后勤保卫党总支及离退休党总支书记分别就近期党建工作开展情况作了交流发言。

## 我院开展 反恐防暴 应急演练

为进一步加强医院安全保卫工作，强化“医警共建”联防联控机制，提高安保队伍应对突发事件的应急处置能力，10月13日上午，我院与镇江市公安局反恐支队及京口分局联合开展反恐防暴应急演练，全体安保人员参加演练。

此次演练模拟医院人员密集区域内的突发紧急事件，一名不法分子蓄意行凶，警医协作现场处置的整个过程。在医护人员按响一键报警后，我院安全保卫处按照应急处突预案，第一时间启动“医警”联防联控机制，与京口分局特巡警大队民警共同对“行凶者”实施抓捕。

在演练现场，大市口派出所所长许驰中，对警用器械的使用以及现场抓捕技巧进行了详细讲解。镇江市公安局反恐支队政委李锦虎，市公安局京口分局副局长罗海波、尹飞对实战演练进行了全程指导。

演练结束后，现场复盘总结。我院赵峰副院长表示，医院人员密集，安全至关重要，必须时刻紧绷安全这根弦，通过开展常态化的演练不断提升应急处置能力，确保在面临真实危机时能迅速、有效地应对，切实保障医患安全。





# 入秋先养『阳』，艾灸护健康

手脚发凉、易疲劳？慢性不适总不见好？出现这些症状，多是身体“阳气不足”。秋风起，寒意浓，正是用艾灸温阳补气、驱散寒邪的黄金季。本期带大家了解下如何科学艾灸，为健康护航。

## 艾灸的作用原理

艾灸是中医外治法的重要部分，是借助燃烧艾草产生的热力和药性，刺激人体特定穴位或部位，达到温通经络、调和气血、扶正祛邪的目的。其核心功效包括：

**1、温经散寒**  
艾热能深入经络，驱散体内的寒湿邪气，对关节冷痛、胃寒、宫寒等有奇效。

**2、行气活血**  
热力能推动气血运行，化解瘀堵，缓解各种酸痛和疲劳。

**3、扶阳固脱**  
大补人体元气，增强根本阳气，对于体虚、乏力、免疫力低下者至关重要。

**4、升阳举陷**  
对中气下陷导致的胃下垂、脱肛、脏器下垂等有调理作用。

## 如何选择艾灸疗法

艾灸疗法形式多样，功效也不尽相同，需遵从医嘱并结合自身具体情况，匹配最为适宜的疗法。常见且功效突出的灸法有以下四种：

**1、传统艾条灸(简便易行)**  
手持或借用灸盒放置艾条，在穴位上方固定或回旋施灸，具有温通经络、祛风散寒、扶正补虚的功效。这是最基础、最安全的灸法，适用于绝大多数虚寒性病症和日常保健，如风寒感冒、寒性咳嗽、胃脘冷痛、寒凝痛经、腰腿冷痛等。



**2、温针灸(双重效力)**  
温针灸是针刺与艾灸的结合。将针刺入穴位后，在针尾插上一小段艾条点燃，使热力通过针身直接传导至穴位深处，具有双管齐下，既通又补的特点。适用于既需要疏通又需要温煦的病症，如寒湿痹痛、关节冷痛、麻木不仁、脾胃虚寒等。



**4、扶阳灸(能量之源)**  
扶阳灸并非某种特定技法，而是一种灸治理念。它专注于培补人体根本的阳气，核心是重选穴、重灸量、重灸材，具有大补元气、温肾壮阳、回阳救逆的功效。适用于一切阳虚症的核心调理，如畏寒怕冷、四肢不温、精神萎靡、极度疲劳、久泻不止、男性阳痿早泄、女性宫寒不孕等。



## 艾灸注意事项

1、大血管处、心脏部位不宜施灸。  
2、实热证、阴虚火旺者(如高热、舌生疮、便秘尿黄者)，妇女经期、妊娠期、传染病患者，身体极度虚弱等情况禁灸。

3、过饥、过饱、酒醉、大汗淋漓、极度疲劳等情况禁灸。  
4、艾灸治疗期间不宜进食寒凉之物，灸后多喝温开水以协助排毒，灸后1小时内不宜接触冷水或洗澡。

## 我给我爸输血，为啥不行？



“我爸在胸外科马上要手术，医生说可能需要输血，他是A型血，我和好哥们也都是A型，就抽我俩的给他吧！”输血科陈阿琴主任的办公室里，两位年轻人急切地表示，想直接输血给住院的亲属，但却被陈主任婉拒。献血、输血并非简简单单的“搬运”，背后藏着很多关乎生命安全的“门道”。

## 从血管到血管 需要50+人严格把关

“无论医院哪一个部门，都没有采集血液输注给患者的权利。”陈主任表示，经过国家卫生行政部门批准的血站是唯一合法采集血液的机构，所以，献血必须到血站或血站设立的献血点。

血站完成采血后，要对感染性指标等项目进行严格检测，“考核”合格的血液经过离心、过滤等处理，制成不同血液成分的制品，入库登记储存后才能发放给医院输血科。

临床医生评估患者病情后开出输血申请，输血科需要鉴定血型、筛查不规则抗体、交叉配血相合后，才会通知护士取血，护士按流程输注，输注完成后医生进行输血评价。

整个过程中，有超过50人以上工作人员的协作，每一个环节都要严格按照规范进行双人核对，全程记录可溯源。

## 别被影视剧误导 亲人之间不能相互输血

“我是她儿子，抽我的！”影视剧中经常出现给亲人输血救命的感人场景，实际上是犯了医学上的大忌。

陈主任表示，近亲之间相互输血可能导致输血相关移植物抗宿主病(TA-GVHD)，一旦发生，死亡率高达90%以上。

正常情况下，人体内血液中的淋巴细胞(T淋巴细胞)具有清除异己的作用。在非近亲输血过程中，供血者血液中的T淋巴细胞会被患者的免疫系统识别清除，从而维持患者内环境稳定。

而近亲属，尤其是直系亲属间，人类白细胞抗原(HLA)更为相似，比如把父亲的血输给儿子，儿子的免疫系统可能会将基因相似度很高的来自父亲血液中的淋巴细胞视为“自己人”，但是这个“自己人”会在儿子体内定居后大量增殖，并“鸠占鹊巢”，反过来攻击儿子的组织器官，从而导致输血相关移植物抗宿主病(TA-GVHD)的发生。所以，直系亲属之间不能相互输血！

## 同血型≠完全匹配 血型系统相当复杂

陈主任表示，“血型相同就可以直接输注”是公众对输血知识的一个常见误区。

A型、B型、O型和AB型只是ABO血型系统，其实人类血型系统远比这复杂。目前，已知的人类血型系统有40多种，每种系统都可能包含多种抗原。

以Rh血型系统为例，其内包含50个抗原数目。临床上最主要、最常见的仅有5个抗原，其中免疫原性最强的D抗原超过e抗原至少20倍。每个人的血型组合都是独特的，就像每个人的指纹一样独一无二。

因此，简单的“同型”并不意味着“完全匹配”。输血并非简单的“补充血液”过程，而是一项极其精密和复杂的医疗行为。它涉及到免疫学、遗传学、病毒学等多个学科

领域，需要严格的质量控制和安全管理。

## 血型鉴定+交叉配血 输血前的“双保险”

血液制品，从医院输血科到患者体内，还需要两道安全防线——血型鉴定和交叉配血试验。这两步环环相扣，哪怕是看似“标准”的血型，也可能藏着需要破解的“难题”。

## 第一道防线：血型鉴定，先把“基础信息”查准

对于需要输血的非紧急抢救患者，第一步要做的就是ABO和RhD血型鉴定，这是输血安全的“地基”——只有ABO血型的正反定型结果一致，才能出具准确的血型报告。但有些情况会让血型鉴定“变复杂”：

特殊人群异常：老人、新生儿或患有血液病、肝病的患者，可能因红细胞抗原减弱、血清抗体异常，导致正反定型不一致。

稀有血型干扰：像孟买血型、类孟买血型、CisAB血型等稀有血型，常规检测容易误判，必须通过复杂的疑难血型鉴定程序，甚至基因测序才能确诊。稀有血型患者往往要跨地区协调血源，定制最优输血方案，才能确保安全。

## 第二道防线：交叉配血，给血液发“通行证”

就算血型鉴定无误，也不能直接输血，这时候还需要第二道更关键的防线——交叉配血试验。简单说，就是把患者的血液和献血者的血液“放在一起”，按照输血相容性检测程序操作，观察是否会发生凝集或溶血：

若结果完全无异常，说明“交叉配血相合”，这袋血才算拿到给该患者输注的“专属通行证”；若出现凝集或溶血，哪怕ABO、RhD血型完全相同，也绝对不能输——这就是临床常说的“交叉配血不合”。

很多人疑惑：明明血型相同，怎么还会配不上？其实是这3个“隐藏拦路虎”在作祟：

### 1、血型亚型“搞偷袭”

ABO血型下还藏着“细分款”——比如A型血分A1、A2、A3等亚型，B型血分B3、Bx等亚型。这些亚型的抗原强弱不同，可能导致配血异常。比如A2型患者的血清中，除了抗B抗体，还可能含有抗A1抗体。如果给他输了A1型血液，受血者体内抗A1抗体会攻击A1型红细胞，可能引发溶血。

### 2、不规则抗体“潜伏”

除了大家熟知的抗A、抗B抗体，部分患者体内还可能还存在“不规则抗体”——可能是天生携带，也可能是既往接触了自然界中的某些物质、输血、怀孕后产生的。这些抗体像“潜伏的特工”，平时毫无症状，但一旦遇到带有对应抗原的红细胞，就会触发抗原抗体反应，激活补体让红细胞破裂，严重时会导致肾衰竭、休克，甚至危及生命。所以输血前必须筛查不规则抗体，找到不携带对应抗原的血液，才能避开风险。

### 3、疾病或药物“捣乱”

某些疾病或药物也会干扰配血结果：自身免疫病患者(如系统性红斑狼疮)，血清中可能有自身抗体，会和献血者红细胞发生非特异性反应；长期用某些药物(如CD38单抗)，可能让红细胞表面产生“药物抗体”，导致配血假阳性。遇到这种情况，需要临床医生和输血科医生共同评估——要么调整用药，等药物代谢后再配血，要么选择特殊处理的血液(如洗涤红细胞)，确保输血安全。