



# 黄塘风采

主办单位：梅州市人民医院  
主管单位：梅州市卫生健康局  
印刷日期：2024年1月15日  
印刷数量：6000份  
发送对象：本系统、本行业、本单位内部  
准印证号：(粤M) L0230019  
印刷单位：广东南方报业传媒股份有限公司印务分公司

第01期

厚德广济 尊道精业

内部资料 免费交流

## 连续五年A+，稳居全国百强！

### 我院“国考”排位再上升，医疗质量核心指标CMI值跃居全国第12名

近日，国家卫健委公布2022年度三级公立医院绩效考核国家监测指标考核结果，我院连续五年评为A+等级，全国排名第99名，全国排位从前9.71%稳步上升至前7%，稳居全国百强。多项核心评价指标稳步上升，其中医疗质量核心指标CMI值更是跃升至全国第12名，交出了一份高质量发展的优异答卷！

#### 五年来，梅州市人民医院“国考”成绩不断进步：

- 1、总分从767.4分提高至2022年度的857.35分（下同）；
- 2、全国排位从前9.71%稳步上升至前7%；
- 3、医疗质量核心指标CMI值（代表收治病例平均技术难度）从94名跃升至12名；
- 4、医疗质量核心指标四级手术（技术难度最高的手术）从99名上升至80名；
- 5、科研经费总额从284名上升至212名。

奋进新征程，建功新时代！新的一年，我院将聚焦聚力高质量发展，紧紧围绕“医院管理精细化，办医理念标准化，学科建设专业化，建成临床科研型医院、高水平区域性医疗中心”的战略目标，实施“技术占先，质量领先，服务优先”的发展策略，努力为群众提供更优质高效的医疗健康服务，以优异成绩迎接新中国成立75周年！

(宣传科)



## 心脑同防同治！

### 我院“心神联合”多学科诊疗模式入选省优秀案例

近日，广东省提升医疗质量暨国家临床重点专科能力建设培训在广州举办。会上，省卫生健康委公布了“2023年广东省临床专科能力建设优秀案例”，我院案例《基于左心耳封堵术的“心神联合”多学科诊疗模式在预防心源性卒中的应用》成功入选，为提升心脑血管疾病防治水平提供“梅州经验”、“梅州方法”。

脑卒中，俗称“中风”，严重者会瘫痪、生活无法自理，甚至死亡。其患病率高达1114.8/10万人年，其中心源性卒中约占全部缺血性脑卒中的20%，而房颤是心源性卒中最常见的病因之一。房颤引起的卒中与其他病因引起的卒中相比，具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率、高经济负担的特点。

我院以患者为中心，创新开展基于左心耳封堵术的“心神联合”多学科诊疗模式，房颤所致心源性卒中比例由2020年的11.042%下降至2022年的9.285%，差异有显著统计学意义(P<0.016)，实现“心脑同防、心脑同治”，具有良好的社会效益和示范推广价值。

“心神联合”  
破解传统模式痛点难点  
预防心源性卒中  
让患者最大化受益

房颤是心源性卒中最常见的病因，房颤长期发作，在心房旁边的左心耳血液无法流



出，血液就会瘀滞其中，形成血栓，血栓脱落并随血液流到脑血管引起堵塞。所以，封堵左心耳可以有效预防心源性卒中。然而，由于传统诊疗模式中学科间缺乏合作，心源性卒中患者多集中收住神经内科，未解决问题根源，“头痛只医头”，极易导致卒中复发。

针对以上的痛点难点，我院院长、心血管病中心主任钟志雄教授、心脏瓣膜病中心主任钟炜教授团队、清华大学戴宛辛教授团队制定了《基于左心耳封堵术的“心源性卒中”患者全病程诊疗服务管理手册》，多学科联动、上下协同开展心房颤动规范化管理，涵盖“心源性卒中”的早期筛查及主动干预、多学科诊疗(MDT)、围手术期管理以及长期随访管理，取得显著成效。

该模式可更精准地识别潜在的心源性卒中风险，运行以来，有越来越多的患者从中获益。据统计，我院左心耳封堵术例数逐年增多，2020年至2023年开展的例数位居全省前

三，手术成功率近100%。  
“通过制度规定合并房颤的卒中患者必须在规范的诊疗流程里面流转，突破了既往只针对病症而不重视病因的诊疗局限，实现患者获益最大化。”钟志雄介绍，我院已将这种模式形成一套完整的制度流程，并配套建立了激励与质量监督机制，以制度建设促进诊疗的规范化。

努力让规范诊疗  
惠及更多患者

疾病通常涉及学科交叉，以“患者为中心”开展MDT是医学模式转变的必然趋势。目前医院开展的MDT仍以肿瘤疾病为主，制定更多符合不同疾病治疗特点的MDT流程是未来努力的方向。

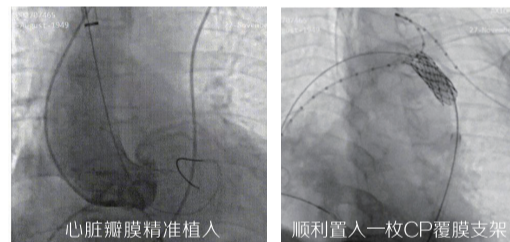
“我院将以‘心神联合’MDT为试点，以点带面，有力推动学科的整体建设，让规范化诊疗惠及更多患者，实现患者获益、医院高质量发展的‘双赢’。”钟志雄说。

(心血管病中心)

## "一站式"微创介入手术解两难！

### 我院成功救治一例主动脉瓣狭窄合并主动脉缩窄的高龄患者

近日，我院院长、心血管病中心主任钟志雄教授带领心脏瓣膜病中心主任钟炜和心血管内科主任李存仁团队，成功完成一例88°极度横位心患者的“经颈动脉TAVR+CP植入一站式手术”，一次性解决了患者主动脉瓣狭窄和主动脉缩窄两个问题，该类型病例在国内外少有报道。



极度横位心  
让TAVR手术难度陡增

74岁的刘阿婆，来院前一周忽然出现胸闷、气促加重等症状，晚上睡觉难以平卧，于是来到我院进行检查，心脏彩超提示阿婆患有重度主动脉瓣狭窄，主动脉平均跨瓣压差53mmHg，而正常的主动脉平均跨瓣压差不应超过20mmHg；CT显示主动脉明显缩窄，最窄处仅为7.9mm。阿婆经过药物治疗后效果不明显，考虑进行手术治疗。

高龄重度主动脉瓣狭窄的最佳选择是做经导管主动脉瓣置换术(TAVR)，这是一种治疗重度主动脉瓣狭窄的微创新技术，具有手术时间短、创伤小、术后恢复快、耐受性好等优点，特别适合于70岁以上高龄以及其他身体条件差的患者。

然而，刘阿婆是一名极度横位心患者，主动脉瓣环水平夹角88度，通常大于70°的横位心被称为“极度横位心”，会大大增加心脏瓣膜的精准定位、释放的难度。

患者病情罕见且复杂，  
手术团队迎难而上精准植入瓣膜

刘阿婆这类病情由于存在二叶瓣、极重度横位心、合并

主动脉缩窄、血管扭曲等多重难题，罕见且复杂，国内外的治疗经验都不多，在手术策略选择和操作难度上，对术者要求非常高。

如何应用心血管学科当前最先进的技术成果为该名罕见病患者个体化治疗？为此，钟志雄教授带领心内科、心外科、麻醉科、CT科等多学科专家开展讨论，全面研究患者情况，结合既往一站式TAVR经验，制定了经颈动脉TAVR+CP支架植入的个体化手术策略。

随后，凭借着丰富经验和精湛技巧，钟志雄教授带领手术团队迎难而上，使用TaurusElite输送系统，为刘阿婆成功定位并精准释放了人工心脏瓣膜！瓣膜植入后，患者血流动力学即刻得到明显改善，意味着TAVR手术顺利完成。

钟炜主任介绍，该手术采用经颈动脉入路，有效规避了入路困难和风险。我院在TAVR技术应用上已经非常成熟，本例手术中实现了精准操作，在准确定位后成功植入瓣膜。

一站式手术 解决两种难题

主动脉瓣膜植入是手术成功的第一步，解决了主动脉瓣膜狭窄的问题。但刘阿婆还存在主动脉缩窄的问题，这导致主动脉缩窄段的血液流动加快，持续冲击血管，有引发血管

破裂的风险。

“我们选择一站式手术，完成TAVR后，植入CP覆膜支架，可以预防主动脉瓣狭窄扩开后，血流冲击力强导致动脉瘤扩张甚至血管突破破裂的风险。”李存仁主任介绍。CP覆膜支架植入后，支架形态良好，狭窄程度即刻得到改善。

术后，经胸超声测量患者的主动脉瓣平均跨瓣压差7mmHg，比术前大幅下降并回归至正常水平，瓣膜植入后无瓣周漏，植入效果理想，手术圆满成功！

钟志雄教授指出，为复杂且罕见的极度横位心重度主动脉瓣狭窄合并重度主动脉缩窄患者成功完成“个性化”定制的一站式手术，体现了我院国家临床重点专科——心血管内科的技术实力，也是多学科联合诊疗(MDT)通力合作的成果。

近年来，心血管内科根据疑难病例的不同特点，制定个性化的“一站式”介入手术治疗方案，已是常态化实施，持续为广大患者带来了最大的治疗获益。心血管内科至今已成功完成两例主动脉瓣重度狭窄合并主动脉缩窄的高龄患者治疗，其中，首例病例治疗经验已撰写报告发表到专业学术期刊《JACC:Case Reports》，为国内外同行在该领域的诊疗提供借鉴经验。

(心血管病中心)



## “电子药物”迷走神经刺激微创手术！ 解决难治性癫痫患者十几年来来的困扰

21岁的小李，由于小时候脑出血留下后遗症，癫痫反复发作至今已经15年了，多年来辗转多地治疗，将常用的抗癫痫药物几乎都用遍了，病情仍然无法控制。严重时甚至连续几天每天反复发作10余次，全身抽搐、不省人事。



前段时间，小李家人经朋友介绍来到我院神经外科治疗，详细检查后发现患者脑内多发软化灶，涉及双侧大脑半球广泛区域，脑电图提示“全部性放电”，诊断为难治性癫痫，药物治疗难以缓解。更棘手的是，患者的癫痫发作不是由单一的致痫灶引起，而是脑内有多个病灶，因此也无法实施切除手术。这可急坏了小李一家，无法切除也无法药物控制，怎么才能缓解病情呢？

### 迷走神经刺激术（VNS） 无需开颅，创伤小恢复快

我院神经外科梁明礼主任医师与神经内科杨玉先主任医师团队详细讨论后，

决定为患者开展迷走神经刺激术（VNS）。迷走神经是脑神经最长也是分布最广的一对，手术通过在颈部迷走神经上放置一个“控制阀门”，拦截异常的“从上到下”电刺激的同时，发出“从下到上”的电刺激，调节大脑内的信号发放。通俗地讲，就是以电制电，从而控制癫痫发作。该术式无需开颅，微创即可解决，手术更安全，患者术后恢复更快。

术中神经外科团队在患者颈部植入电极缠绕迷走神经主干，延伸导线通过皮下隧道引至胸前，与植入皮下的脉冲发生器相连接。术后2周开机，开机后患者癫痫发作频率减少，发作程度

减轻。

### 迷走神经刺激术（VNS） 打破难治性癫痫治疗困局

梁明礼主任医师介绍，癫痫即人们所说的“羊角风”或“羊癫风”，是由多种原因引起脑神经元异常放电，约20%—30%的癫痫患者是药物难治性癫痫，用药很难控制。

癫痫发作就相当于大脑“触电”，首先要找到异常放电的病灶，如果是单个局限性致痫灶，可以通过手术切除的方法治疗。但有些患者病灶范围非常广、很难找到明确的致痫灶，又或是病灶位于最核心的脑功能区难以切除等等，就需要寻求其

他方法治疗，迷走神经刺激术（VNS）为这些难治性癫痫患者带来新的治疗机会。

相关研究显示，60%以上的患者在放置VNS后癫痫发作频率减少50%以上，发作严重程度减轻，癫痫持续时间缩短，显著降低癫痫猝死率，并有效改善认知和情绪，提高生活质量。随着刺激时间延长，该疗效逐渐增加，最终保持稳定，一部分患者癫痫甚至可以得到完全控制。

该手术的成功开展，降低了小李癫痫发作频率，减轻强度和伤害，也标志着我院神经外科对难治性癫痫的治疗取得新突破，为更多难治性癫痫患者带来新的希望。

（神经外科）

## 变废为宝！

### 阑尾不是废物， 泌尿外科可用它扩大 输尿管长段狭窄

阑尾通常被认为是一个退化的器官，用处不大或者没有用，阑尾切除术也被认为是很小的手术，且切除对身体没有影响。但是，就是这么一个“没用”的器官，在治疗输尿管长段狭窄的手术中，却发挥着关键作用。

我院泌尿外科钟凯华主任医师指出，华南地区尿路结石高发，输尿管损伤和输尿管狭窄的发生率也较高。对于短段的输尿管狭窄（狭窄长度小于1厘米），可以做狭窄段扩张或内切开的腔镜手术治疗，而对于长段的输尿管狭窄，这些治疗手段的作用甚微。所幸，由于阑尾的作用不大，有时还会引起阑尾炎，就可以将阑尾“废物利用”，切一段相应长度的阑尾，和输尿管狭窄段的两端首尾相连，像是打补丁一样“缝补”在输尿管狭窄段，扩大输尿管管腔，从而解决输尿管狭窄问题，并更好地避免出现再狭窄问题。

### 如果输尿管长期狭窄 “活人可能会被尿憋死”

5年前，阿陈体检发现右侧输尿管狭窄，导致“水流”不畅，出现了右肾积水。长期肾积水就会出现“活人能被尿憋死”，即尿液里的细菌会繁殖，引起泌尿系感染，还会有水肿、高血压，恶心、呕吐、食欲不振等胃肠道症状，甚至心脏衰竭、呼吸衰竭、脑水肿等生命危险。

为了畅快排尿，阿陈反复置入了右侧输尿管支架管，试图把排尿的管腔扩大。但是，由于狭窄段比较长，支架扩张效果不佳，拔除支架管后，再次发生了狭窄，导致持续的肾积水和腰部疼痛。

由于需要长期带着输尿管支架管，要定期到医院更换支架管，阿陈还出现了反复尿路感染、疼痛、血尿等“支架管刺激征”。经过如此反复折磨，5年病情下来，他的肾功能已经出现了不可逆的损伤。

今年7月，阿陈来到我院泌尿外科就医，检查发现右肾重度积水，肾积水范围7cm×4cm，右肾被挤压变薄，肾功能已经下降到仅为正常肾脏功能的1/4。

我院泌尿外科钟凯华主任医师对患者进行了相关检查，发现右侧输尿管中上段有长达5厘米左右的狭窄段，导致右肾分泌的尿液聚集在肾盂内。由于狭窄段很长，没有办法直接做切除并吻合手术。

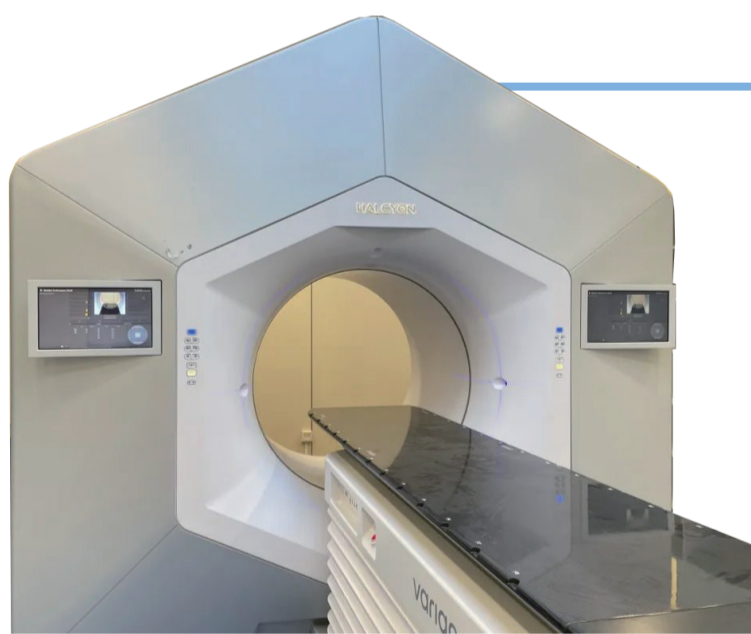
钟凯华根据患者具体情况，精心设计了手术方案：腹腔镜下右侧输尿管狭窄段切除+右肾下降+输尿管后壁重建+右侧阑尾补片输尿管成形术。

钟凯华解释，手术的关键点是裁剪出一段阑尾，长度和输尿管的狭窄长度一致，把这段阑尾像是打补丁一样“缝补”在输尿管狭窄部位的两端，扩大了输尿管管腔。由于阑尾本来就是自体组织，如此就避免了后续再出现狭窄的问题，实现尿液顺畅通过，解决了肾积水的问题，并成功挽救了患者残存的肾脏功能。

术后三个月，阿陈来我院复查输尿管镜，检查发现输尿管通畅无阻。

钟凯华介绍，针对输尿管长段狭窄这类棘手的病例，我院泌尿外科在微创腹腔镜下使用长段膀胱瓣、阑尾补片等新方法，进行输尿管修复重建，取得理想的效果，大幅提高了患者的生活质量。

（泌尿外科）



## 独具四大优势！

### 新一代双子星快速双层 多叶准直器让放疗更精准

#### 独具四大优势放疗更精准

Halcyon的双层叶片可独立调强，从而根据放射需要提供更好的调强和适形，结合其MLC5毫米的高分辨率，可以更加精准“雕刻”肿瘤形状，使射线剂量更加适配肿瘤，实现个体化的剂量分布，从而达到理想的治疗效果。

具体来说，Halcyon 3.0双子星MLC具有四大独特优势：

- 1、双层叶片交错排列，提供100%叉指能力，可实现100%全野覆盖照射，有助于向复杂肿瘤提供精准剂量；
- 2、双层叶片均可独立调强，并针对不同射野或治疗弧设计不同的准直器旋转角度，个体化好，适形度极高；
- 3、MLC叶片移动速度为

5厘米/秒，为标准MLC叶片速度的两倍，具有卓越的调强能力；

4、可实现单叶片1对1追踪，并把平均叶片间漏照射率降至远低于标准MLC的水平，漏射率低至0.01%，同时叶片半影很小，边缘剂量跌落更迅速，有效降低了对肿瘤周围正常组织器官的照射损伤。

我院胸腹放疗一科副主任陈意标介绍，Halcyon 3.0直线加速器配置的新一代双子星快速双层多叶准直器（MLC），具有诸多创新和优点，能够满足临床开展肿瘤精准放射治疗和追求更高质量放射治疗的实际需求，让放射治疗更精准。

（胸腹放疗一科）

在肿瘤放射治疗领域，“精准”放疗包括诊断、定位、靶区、剂量、投射等环节的“精准”。我院引进的瓦里安新一代智慧放疗平台Halcyon速锐加速器为我院肿瘤放疗增加了新利器。

Halcyon是全数字化、人工智能化的高端医用直线加速器，被誉为“精准放疗的里程碑”，成为全球众多顶级肿瘤治疗中心的优选放疗设备。

Halcyon创造性地配备了瓦里安独有的“双子星”双层高速多叶准直器系统（MLC）。多叶准直器又被称作多叶光栅，在旋转放射

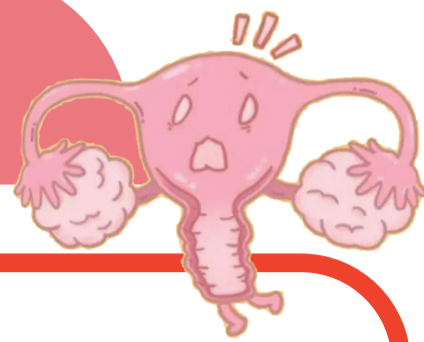
治疗过程中，MLC与计算机配合，可形成不规则照射野，同时利用叶片运动调节射野形状跟随靶区的投影形状，实现静态MLC、动态MLC的调强放疗。

在一位肺癌患者放疗时双层多叶准直器（MLC）的实时视频中，可以看到随着机器照射角度和治疗进程的变化，MLC上下两层叶片能一对一相互跟随肿瘤的不规则形状，双层交错式设计，漏射率非常低，同时也使靶区边界的剂量更低了。对不同部位、不同分期、不同个体的肿瘤，做到如影随形，精准照射。



# 外阴瘙痒，不全是炎症惹的祸

## 警惕恶性肿瘤



听说私处痒就是阴道炎？那可不一定！下面这种情况也会出现瘙痒，一定要注意了！

60岁的余阿姨反复外阴瘙痒已经2年多了，近一年还发现有外阴结节突起，起初她以为是外阴炎，自己去药店购买各种药膏、药水外涂也没有效果。由于外阴结节越来越大，近日余阿姨来到我院妇科就诊，详细检查后，病理提示为高分化鳞状细胞癌。余阿姨万万没想到，常见的外阴瘙痒，居然是癌！



### 警惕外阴瘙痒 及时就医

专家提醒，外阴癌多见于老年女性，发病多与HPV感染相关，大多数患者会出现持续久治不愈的外阴瘙痒、疼痛，并发现外阴肿物或溃疡，呼吁广大女性出现任何可疑的外阴不适必须及时就诊。

### 妇一科诊疗特色

梅州市人民医院妇一科团队在妇科良、恶性疾病的诊治，经阴道手术及腔镜手术方面均积累了丰富的经验，经脐下皮内入路腹腔镜腹股沟淋巴结清扫术在外阴癌的应用以及vNOTES（经阴道单孔腹腔镜手术）是妇一科的标志性手术，私密整复及盆底康复是妇一科的诊疗特色，精湛的技术更好地服务广大女性同胞。

妇一科门诊地址：门诊大楼二楼201、203、205诊室

（妇一科）

### 外阴癌严重吗？ 该如何治疗？

外阴癌是女性生殖系统恶性肿瘤之一，发病率相对较低，占女性生殖道恶性肿瘤的2%-5%，以手术治疗为主，包括外阴广泛切除和/或腹股沟淋巴结清扫术，放化疗为辅的综合治疗。由于手术涉及多个部位，传统的手术方式创面非

常大，伤口难以愈合，严重影响患者生活质量。

### 第一次改良手术入路方式 减少创伤

由于外阴癌发病率低，手术病例少，对术式的改良比较困难。为了减少手术创伤，从2015年开始，我院妇科团队开展经双下肢皮内入路腹腔镜腹股沟淋巴结清扫术，改变手术入路方式，减少了术后伤口愈

合不良的并发症。但这种手术后双侧大腿需要较长时间留置引流管，影响患者早期下床活动，增加了发生下肢深静脉血栓的风险。这可怎么办？有没有更小创伤更快恢复的手术方式？

### 微创手术技术创新 术后恢复更快

为促进患者术后快速康复、减少血栓风险，我院妇一

科侯涛主任团队精益求精，进一步改良手术入路方式，开展经脐下皮内入路腹腔镜腹股沟淋巴结清扫术，将术后的引流管经腹部引出，让患者术后早期就能下床活动，患者恢复更快，缩短住院时间。

余阿姨住院后，经过多学科会诊详细制定手术方案，由侯涛主任手术团队为其进行了外阴广泛切除+经脐下皮内入

路腹腔镜腹股沟淋巴结清扫术，术后恢复得很快，6天就康复出院了，就医体验良好。

专家介绍，外阴癌病例不多见，经验积累不易，加上手术部位的腹股沟区解剖结构复杂，手术难度大，对医生的技术要求高。我院妇科手术团队娴熟应用腹腔镜技术，不断总结经验，为外阴癌患者探索更好的手术治疗方案，提高患者预后和生活质量。



## 根管治疗可视化更精准！ 我院引进高端口腔显微镜 口腔治疗“无微不至”

常言道“牙痛不是病，痛起来要人命”，53岁的患者黄叔牙痛了一个月，根本无法正常咀嚼，于是来到我院检查，发现患有慢性根尖周炎。黄叔的这颗牙5年前就因龋坏在外院进行了填充，此次需要进行根管治疗。

由于黄叔牙齿钙化发生了严重的根管堵塞，用传统方法难以找到根管口进行治疗，我院口腔医学门诊刘宇副主任医师运用新引进的ZEISS口腔显微镜为其疏通两根堵塞的牙齿根管，接着进行后续治疗，让黄叔的痛牙得到根治并完好保留下来。

### 口腔显微镜可放大术区 手术治疗更精细

刘宇副主任医师介绍，牙齿的根管非常细，甚至比普通缝衣针还细，而且形态复杂，有弯曲和分叉的情况。如果出现钙化，根管就比针尖还小得多。

传统的根管治疗由于无法直视术区，在清理、扩大根管时可能会存在遗漏根管、清理不彻底的情况。口腔显微镜解决了这一难点，将根管放大，使医生能看清根管内部的细微结构，治疗更精细、安全，最



大程度减少了根管壁侧穿孔、根管内断针等情况的发生，保障了治疗效果。

### 口腔显微镜具有以下多重优势：

- 1、打破传统肉眼视野局限。自带高清聚焦光源，拥有2-30倍的放大功能，显微镜下高清的操作视野，让牙齿的结构呈现更加细微化，操作治疗更精准。
- 2、提高根管治疗质量。能够更清晰地观察牙髓腔及根管系统的细微结构，精准定位根管位置，减少治疗的不确定性，提高疑难根管的治愈率和牙髓病的治疗质量。
- 3、广泛适用口腔术科领域。适用于根尖手术、牙周

手术等多种口腔治疗，镜下微创手术操作精确，具有创伤小、术后愈合快、治愈率高等优点，有效减轻了患者的痛苦，提高口腔手术的准确性和预见性。

根管治疗操作范围极为狭小，过程中可能遭遇异物堵塞、狭窄、穿孔、分叉等困难，运用显微镜可以让口腔治疗由“看得见”变“看得清”。但是设备再强大也只是打辅助，还要求医生具有娴熟的操作技术和丰富的治疗经验，才能保障最终的治疗效果。

专家提醒，口腔发现问题，建议及时到医院进行检查，不要拖延和盲目用药！

（口腔医学门诊）

## 女子多次流产只因子宫内膜太薄！

### 自体富血小板血浆（PRP） 宫腔灌注助力好孕

如果把胚胎比作种子，对于怀孕这件事来说，子宫内膜就是其中的土壤。子宫内膜薄就好比“贫瘠的土壤”，会导致胚胎难于扎根，无法着床，备孕困难重重。

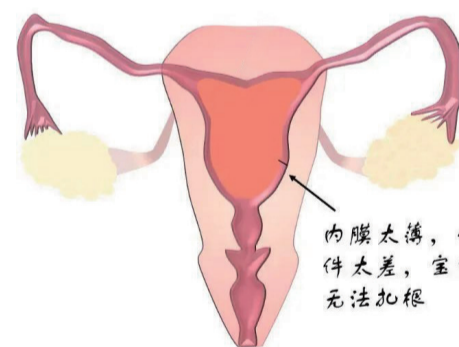
### 多次怀孕都流产 只因子宫内膜太薄

37岁的邹女士之前因为胎儿胚胎停止发育，到医院做了清宫手术。术后邹女士的子宫内膜变薄了，导致怀孕困难，多年来，她也尝试过做试管婴儿，但都由于子宫内膜厚度不够，试管婴儿胚胎移植到子宫后不久，就流产了。邹女士一家都非常着急，这可怎么办？

为了让邹女士的子宫内膜达到能够孕育的厚度，我院生殖医学科专家运用新技术自体富血小板血浆（PRP）宫腔灌注为邹女士治疗，经过3次治疗，她的子宫内膜厚度达到8mm，紧接着通过冷冻胚胎移植1枚囊胚，邹女士成功获孕，单胎妊娠，至今母婴稳定。

### “绿色疗法”滋养子宫内膜 让“孕育的土壤”越来越肥沃

我院生殖医学科专家介绍，自体富血小板血浆宫腔灌注是一种“绿色疗法”，抽取患者自身的外周血，经过细胞分离技术提取，得到浓缩的血小板血浆（PRP），再将这些血浆灌注到患者的宫腔里面。



宫腔灌注是一种无痛、无创的操作，这些血浆采集的来源是患者自身的外周血，没有外源性血液传染疾病的风险，也没有免疫排斥的风险。这些血浆富含血小板，能够释放多种生长因子促进细胞生长，帮助子宫内膜增生修复，改善内膜的厚度和容受性，从而提高胚胎种植率。

自体富血小板血浆宫腔灌注适合人群：

- 1.薄型子宫内膜患者；
- 2.宫腔粘连术后患者；
- 3.反复种植失败患者。

自2023年8月以来，我院生殖医学科开展的自体富血小板血浆（PRP）宫腔灌注新技术解决了多位患者因子宫内膜薄难孕的问题。针对各种原因导致的子宫内膜薄，我院生殖医学科还开展了改善子宫内膜血供、调整激素用量等多项治疗技术，帮助这类备孕人群成功孕育。

（生殖医学科）





# 听力障碍的成年人 植入人工耳蜗可以重新恢复听力

“电子耳蜗俗称人工耳蜗，人工耳蜗植入不仅适用于儿童，也适用于成年人。重度至极重度耳聋者，可以进行人工耳蜗植入手术治疗。”我院耳鼻咽喉二科主任李嘉介绍，近期，一名因为脑膜炎出现语后聋的成年男性在我院成功植入人工耳蜗，顺利恢复了听力。

我国现有因为各种疾病出现耳聋的成年人，只要不是颅内病变导致的耳聋，而是耳蜗病变，或者听神经通路上的病变，无论年龄大小，符合手术适应症的都可以接受电子耳蜗植入手术治疗。而且，语后聋患者的术后效果更好，开机以后，通常经过几次调试和训练，就可以听和说话了。

## 我院病例

### 阿叔治好脑膜炎后 出现双耳极重度聋

忠叔（化名）是一位停不下劳作的勤快人，年近60岁，身体壮实，耳聪目明，平素也没有烟酒嗜好，生活过得很健康充实。原以为可以平静喜乐过日子，但3月前不幸患上链球菌性脑膜炎、败血症，病情危急，险些丧命。

经过10多天针对病因的积极治疗，病情逐渐转危为安，脑膜炎等疾病治愈，但发现双耳听力丧失。尽管后续积极药物治疗，听力仍无明显改善。

耳聋对他的生活影响非常大，忠叔和家人都很着急，多方面寻医问药也没有效果，即使验配了助听器，也听不见哪怕是周围很大声的交谈。随后，家人打听到我院可以手术治疗耳聋，耳聋还能做手术？抱着一些希望和诸多疑问，他们通过我院微信公众号预约挂号耳鼻咽喉二科李嘉主任门诊，来我院门诊就医咨询。

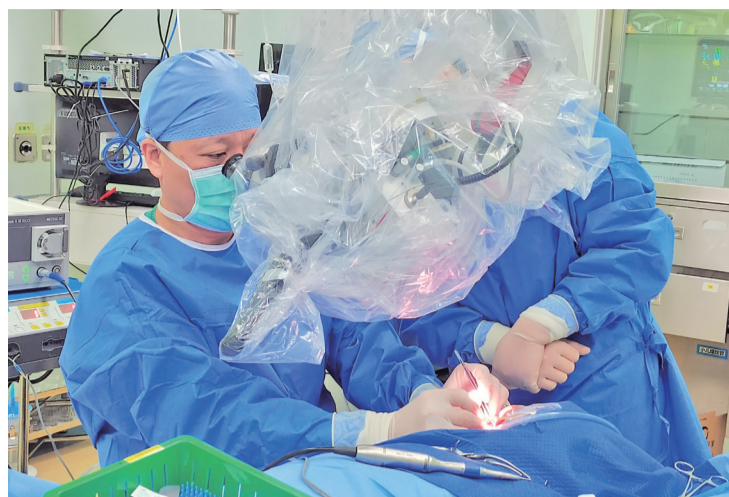
经过李嘉主任缜密检查后，诊断为脑膜炎后的双耳极重度聋，建议人工耳蜗植入，以重建对声音的良好感知，重回有声世界。得知可以手术治疗，还能重新听到声音，忠叔

非常激动和兴奋，很快就准备住院手术。

经过充分的术前准备，李嘉手术团队顺利为患者植入了人工耳蜗，测试各个电极反应良好。术后约1月，人工耳蜗开机后，忠叔就重新听到声音了。经过几次调试，忠叔顺利恢复了正常的听说功能，又可以像往常那样惬意生活了。

### 听不到的损失不仅是听力 还有一整个社交圈

在人们以往的认知中，通常认为耳聋是没办法治疗的，而且由于“耳聋”不致命，很



多成年人耳聋之后，并没有积极治疗。

事实上，耳聋造成的伤害是一系列的。听不到以后，发音和语言功能会随之慢慢退化，患者也往往不愿意跟外界接触了。由于和外界接触少了，大脑的活动减低，耳聋也因此成为外因导致的老年性痴呆中首位的原因。所以说，耳聋造成患者整个情感、社会交往、言语交流障碍，直接让生活降质量大幅下降，带来一系列严重的问题。

人工耳蜗是一种帮助重度和极重度耳聋者恢复听力的电子装置，是植入性人造器官。

其工作方式主要为：体外声音处理器接受声音信号，将其编码为电刺激信号，换为一定编码形式的电脉冲，通过植入体内的电极系统直接刺激分布于内耳附近的听神经，患者因此产生听觉，进而恢复或重建听觉功能。

人工耳蜗和助听器的工作原理是完全不同的，助听器是一种声音的放大装置，对重度及极重度感音神经性耳聋的效果不好，而电子耳蜗恰好可以将助听器的短板补齐。

电子耳蜗是近30多年科技进步的硕果，初衷是为了使儿童耳聋患者获得听力。后来，

随着科技进步和耳显微外科的迅速发展，发现人工耳蜗不仅适用于儿童，也同样适用于成人重度至全聋，成为全年龄段治疗重度聋至全聋最有效的方法。

该手术是经耳廓后方将电子耳蜗植入体的电极插入到耳蜗中，然后，通过外部设备对电子耳蜗进行调整和编程，以适应患者的听力需求。患者手术后需要进行听力练习、言语训练和心理辅导等康复训练，以适应新的听力状况。

李嘉指出，特别是语后聋的成人，植入电子耳蜗的效果往往非常显著，不仅可以帮助他们重新进入有声世界，更好地进行日常生活交流，融入社会和家庭生活，提高生活质量，还可以预防、延缓老年痴呆，避免产生孤独、厌世、猜疑、抑郁等精神心理问题。

李嘉介绍，我院耳鼻咽喉科自2016年成功开展人工耳蜗植入手术后，逐渐普及对成人耳聋患者的手术治疗，技术日益娴熟，为听力障碍患者带来更多元化的治疗选择和更优质的医疗服务。（耳鼻咽喉科）

## 这个部位骨折后的截瘫风险超80%！ 我院骨科团队成功复位罕见骨折

张叔近日遭遇了严重车祸差点造成严重瘫痪！医生提醒这个部位发生骨折一定要注意了！



张叔被送到我院后，脊柱外科刘展亮主任团队为其详细检查，发现患者胸椎骨折完全脱位，骨折碎块严重压迫脊髓，这类患者很容易损伤脊髓造成严重瘫痪，截瘫的风险超过了80%。

所幸患者暂时没有脊髓损伤的症状，但需要尽快手术，复位和固定脱位的椎体，才能重建脊柱的稳定性，解除脊髓神经受压。在这种情况下开展手术，一定要非常小心，避免对脊髓造成二次损伤！

### 胸椎骨折脱位 截瘫风险高 手术团队成功复位罕见骨折

我院骨科团队为患者制定

了详细的手术方案，推演手术中每个风险环节和应对预案，随后立即为患者施行“胸椎后路骨折复位+椎弓根钉内固定术+胸椎椎板切除减压术+神经探查术”，由于胸椎椎管管径小，脊髓无有效的缓冲间隙，而且受到大量骨折碎块压迫，手术难点在于胸椎骨折复位、固定的同时，要避免损伤脊髓神经，造成二次伤害，此次手术对医生操作要求非常高。术中全程使用神经监护仪器，力保脊髓功能不受影响。

手术顺利开展，麻醉复苏后检查患者肢体感觉运动功能均恢复良好，复查后提示患者胸椎骨折脱位明显复

位，取得了满意的疗效。

刘展亮主任介绍，胸椎骨折合并脱位属于严重的脊柱骨折类型之一，比较罕见，因胸椎解剖结构稳定，通常只有在遭受较大的暴力时，才可能发生胸椎骨折脱位。此外，胸椎骨折脱位后，由于胸椎椎管相对狭窄，胸段脊髓周围的缓冲空间也比较小，加上胸脊髓的血供脆弱，很容易损伤脊髓造成严重的瘫痪，无脊髓损伤的情况更是少见。

此次罕见病例的成功救治，充分体现了我院脊柱外科较强的脊柱创伤救治能力。

（脊柱外科）

## 我院获广东省“第三季改善医疗护理服务行动优秀案例评选”一等成果奖

近日，广东省“第三季改善医疗护理服务行动优秀案例评选”揭晓，我院急诊医学科护理团队“深化粤闽赣边区特色急救医疗服务——提升山区特色急救效率的优质服务举措”在众多参赛案例中脱颖而出，荣获“一等成果奖”。

院前急救是急救医疗服务体系（EMSS）的重要组成部分，是救治中非常关键的环节。急诊护理人员在急救队中发挥了重要作用，承担出诊前评估准备、出诊中监护抢救、院前院内组织协调、安全转运等多项工作。

为进一步提高院前急救效率、提升群众就医获得感，我院急诊医学科护理团队联合医疗团队于2023年上半年开展以“深化优质护理服务，提高出车效率”为主题的项目活动，通过多措并举持续改进急诊出车效率及质量，将优质急救资源送到基层医院及患者家中，改善山区危重症患者救治难的局面，提高救治成功率。

### 深化优质护理服务 多措并举提高急诊出车效率

优化院前护士接警模式，实行信息化派单、“一铃三响”提高接警速度。我院院前急救出车率长期排名梅州市急救网络医院第一，3分钟出诊率99%以上。



护理团队联合医疗团队及车队，精准规划，实现救援路线“最短最优”。通过护理团队开展的“品管圈”创新举措，极大提高了出车效率。

急诊护理团队完备救护车车内所有仪器物品，使仪器设备时刻保持备用状态，患者在车上即可完成部分检查。院内院外实时联动，紧密配合，出诊团队及时将患者检查情况传回院内，针对患者病情，院内医生可进行远程诊断和抢救指导，为胸痛、卒中等需要紧急救治的患者赢得了抢救先机。

我院重视急救体系建设，打造出“院前急救-急诊手术-重症监护-专科救治”全链条的急危重症急救体系，打破学科壁垒，整合资源，“无缝衔接”院内救治力量。

### 绿色通道畅通，医疗技术精湛 为救治提供有力保障

除上述措施外，我院

五大救治中心技术能力的稳步提升更是为急危重症患者的救治提供了有力保障：胸痛中心急性心梗门球时间低至60.5分钟，远低于国家标准时间90分钟，急性心肌梗死抢救成功率90%；高级卒中中心平均DNT时间32分钟，远低于国家标准时间60分钟，大幅提高了缺血性卒中患者抢救成功率；创伤中心通过广东省创伤中心（二级）建设单位认证；危重孕产妇救治中心的高危孕产妇抢救成功率、危重新生儿救治中心极低出生体重儿、体重<1000g新生儿救治成功率高。

优质的急救服务和精湛的救治技术，树立了我院急救医疗队在粤闽赣边区的良好口碑，我院急诊医学科将紧紧围绕“技术领先、质量领先、服务领先”的医院发展策略，努力与时间赛跑，守护百姓健康。

（急诊医学科）