

重度心衰产妇命悬一线 多学科团队力创生命奇迹

娄底市中心医院 成功开展湖南 首例 ECMO 救治下剖腹产

本报通讯员 王星 梅舒

12月21日,冬日的阳光和煦地照进娄底市中心医院36病室(心血管内科)病房中。年轻的英英(化名)走到窗户前,感受着久违的阳光。

因围生期心肌病入院,心源性休克、急性肺水肿、多脏器组织衰竭……一项项急危重症凶猛袭来,英英经历过生死一线的惊心动魄,也有过内心的崩溃绝望,但在娄底市中心医院多学科专家团队的精心救治下,她终于死里逃生,母子平安。

持续气喘,危险悄然逼近

英英来自新化县金凤乡,今年,她怀上二胎,在怀孕7个多月的时候,英英开始有些气喘。想着可能是肚子里的孩子月份逐渐大了的缘故,英英也没往心里去。此时的英英,还没有意识到,危险已一步步悄悄逼近。

12月2日下午,呼吸困难加重的英英到新化县城医院就诊。就诊过程中,病情急转直下,院方建议直接转往娄底市中心医院进行救治。

2日晚上8点,救护车载着英英风驰电掣赶往娄底。9时许,英英被送到娄底市中心医院急诊科,此时她的心跳达到160次/分,呼吸困难、脸色苍白,说话不连续,烦躁不安,呈休克状态。急诊科第一时间为英英紧急完善了相关检查,结果提示:心脏搏动弥漫性减弱、射血分数只有20%、左心室增大、二尖瓣重度返流、心力衰竭、肺动脉高压!射血分数20%的孕妇,随时面临母子双亡的风险,结合病史特点初步诊断考虑为重症围生期心肌病!

医院立即启动危重孕产妇救治一级响应,多学科会诊争分夺秒地展开。时针嘀嘀哒哒走到了凌晨3:00,ICU办公室灯火通明。急危重症医学中心负责人杨吉军和ICU、心血管内科、产科的专家正在进行会诊,围绕英英的情况,大家展开了激烈的讨论。

生死竞速,打响生命保卫战

12月3日上午,加急检查结果表明,患者系重症围生期心肌病!在给予对症支持治疗后,英英的状况没有明显改善,心力持续衰竭,生命危急!

医院对此高度重视,院长李红辉第一时间作出批示:要不惜一切代价,全力保障母子平安!

一场生命保卫战拉开帷幕!

3日上午8:00,副院长龚铁逢组织医务科、ICU、心内科、麻醉科、输血科、妇产科、新生儿科、B超室、手术室等多学科进行全科大会诊。

会议室的气氛异常沉重,英英已处于心衰、心源性休克状态。她的心脏就好比一匹越来越疲惫的马,右心不能回收静脉血,左心无力将心脏和肺部的血泵出,肺开始水肿,左心在扩大,血压在下降……患者游走在死亡边缘。

必须马上终止妊娠!这是改善英英心功能最有效的手段。

但是摆在医生面前的,是几近折磨殆尽的生命:患者心力衰竭,手术麻醉风险极大,随时引发心脏骤停;妊娠过程中,血压波动会非常大,这是致命的因素;更别提分娩后极有可能发生的大出血,胎儿宫内窘迫、新生儿窒息……换言之,英英和她肚子里的孩子双脚已经同时踏入鬼门关。

“产妇现在没有回旋的余地,光凭药物已经无法逆转病情,只有使用顶尖体外生命支持技术ECMO(体外膜肺氧合)才有一线生机;但上ECMO,就意味着尖锐的矛盾,待产孕妇会有全身抗凝与出血的矛盾,这个平衡很难把握。”杨吉军说。

“先上ECMO,再剖腹产,这可能吗?”50病室(产科)主任、主任医师李细平陷入了深深沉思。“孕妇带着肚子里的宝宝,在充满矛盾的状态下双双自保,这中间有多少千难万险?”

由于ECMO治疗的特殊性,决定了看似普通的剖腹产手术其实是一个极难完成的任务。患者的血液需要抽出体外,利用机器来进行循环、氧合,这期间需要用到大量阻止血液凝固的抗凝剂。这样一来,低凝血状态下的患者,一旦产生创口,将会导致血流不止。更别说是本来就容易出现大出血的产妇,这种情况下,英英极易引发大出血,并且基本没

有抢救的可能。

但是不先上ECMO的话,大人保不住,孩子也不可能保得住。

经过激烈的讨论,充分权衡利弊之后,大家一致决定,患者的心脏已不堪重负,先上一个“人工心脏”,让它休息一会,再行剖腹产,尽全力保大、保小、保子宫。以杨吉军为首的救治团队就手术的适应症、并发症、术前准备、术后恢复、可能出现的问题及处理方案等进行详细讨论,做出了周密的准备。输血科、手术室、心内科、麻醉科、超声科多科通力配合,一同为英英的生命护航。



出院时,英英和家人为医务人员赠送锦旗并合影留念

力挽狂澜,打开“生命通道”

与时间赛跑,与死神搏斗的战役全面打响了。

ICU医务人员迅速就位,进入战斗状态。杨吉军主任和副主任医师李延超凭借丰富的实战经验,克服了英英血管细,动脉、静脉条件均不利的因素,借助超声引导股静脉及股动脉插管,管路预冲与导管置入均顺利完成。12月4日13:03,随着暗红色的股静脉血被血泵负压吸引而出、经过氧合器交换变成了鲜红色的血液后再经股动脉导管回输到体内,“生命通道”打开,英英成功“续命”,心脏开始“深度睡眠”,但危险并未解除。

13:40,身上插满了各种管道的英英被推送进了手术室。以杨吉军为首的救治团队及多学科专家严阵以待,共度一场“生死劫”。

50病室(产科)主任、主任医师李细平走进手术室,英英躺在那里。产妇风险最高的三大关卡,英英都“中招”了。孕妇32—34周时,心容量达到了高峰,对于心衰三度的英英来说,不亚于雪上加霜;而分娩或娩后的过程更不乐观,上了ECMO,一旦大出血,无法逆转。

“矛盾不可避免,我们只能在尖锐的矛盾冲突中找到一个平衡点,尽最大可能地为绝境中的患者创造生机,哪怕只有一丝,也要拼尽全力抓住。”李细平异常清醒,为了这场26年执业生涯中从未有过的手术,她已经在内心为今天的手术做了无数次的预演。“这一战,决不能输!”手术台上,李细平争分夺秒、沉着冷静地进行手术。

三分钟后,一个1.9千克重的女婴成功娩出,羊水胎粪污染呈墨绿色,女婴出生后没有反应,不哭,也没有呼吸,皮肤苍白,面色青紫,仅有微弱心跳,Apgar评分1分,濒临死亡!

“新生儿重度窒息,马上抢救!”待命一旁的新生儿科团队立即出手,主任医师王燎原迅速为新生儿行气管插管;康艳红医生做复苏囊正压通气,为新生儿吸痰,清理呼吸道;连接心电监护……在新生儿科团队的高效合作下,2分钟后,小宝宝出现了自主呼吸,面色红润,抢救成功了!随后,在“可移动ICU”新生儿转运床的保驾护航下,小宝宝被顺利转运至新生儿科的暖箱作进一步治疗。

手术现场

一旁的李细平未受影响,切口消毒、清理宫腔后,李细平发现子宫有点出血的迹象,早有准备的她快速对产妇进行了宫腔纱布填塞,并行子宫捆扎。她用了生平以来最快的速度和小心,“那种情况下,多耽搁一分钟,就会增加十倍的风险。我们的动作越快,做得越细致,产妇大出血的概率就会降低。”

10分钟,30分钟,1个小时,2个小时……幸运的英英耐受住了手术,没有大出血,子宫也保住了,成功闯过了第二关!

16:10,结束观察的英英被送回ICU继续进行严密观察治疗。

“上了ECMO不是万无一失,ECMO的血流方向与正常的血流方向是相反的,会进一步抑制心脏功能,容易引发肺水肿。果不其然,患者术后肺水肿加重如期而至,心脏成球样扩张,专家们在ECMO机器运转的同时进行主动脉内球囊反搏(IABP)辅助,减轻患者的心脏负荷,促进患者心功能恢复”。以介入导管室主任、三十六病室(心血管介入)主任、心内科博士王裕勤为首的心内科团队接力抢救。ECMO占用了腹主动脉的通路,对医生的操作提出了更高的要求,王裕勤团队凭着娴熟的技艺,IABP顺利植入,有效缓解了英英左心系统压力高的问题,肺水肿也得到改善。

接连“闯关”,迎来希望曙光

闯过“大关”的英英情况仍然不容乐观,救治团队在复杂的矛盾冲突中艰难前行,在ECMO的流量、升压药、强心药、抗凝与出血之间找平衡。ICU医护24小时守在床旁,不断根据英英的情况调整用药。

医院专门建立了一个“危重孕产妇英英救治小组”微信群,专门负责沟通英英的救治情况。群里每天发出数百条信息,英英的影像学资料、检验指标变化趋势图、ECMO治疗期间遇到的问题、心脏功能的评估、容量精细化管理等等,每一个数据,每一项指标都揪动着大家的心。

在治疗团队全天候提心吊胆和严防死守中,英英的病情逐渐好转,循环趋于稳定。12月7日,在该院显微外科聚华团队的操作下,英英顺利撤掉ECMO,生命勉强踩进一条可以及格的红线,但是病程还远没有到达终点。心肌损害尚未完全恢复,低灌注对肾脏的损伤,肺部感染等,又成了下一阶段的难题。针对迎面而来的难题,杨吉军和“战友”们奋力抵抗,英英一步步闯过出血关、休克关、感染关、多脏器功能不全等多道关口,每一关都是对业务能力和责任心的考量。

12月13日,英英心功能逐渐改善,撤掉主动脉球囊。

12月15日,病情稳定、全身状态良好的英英转出ICU,在36病室接受后续康复治疗。

12月21日,历经惊心动魄的18天,英英的各项身体指标接近正常,顺利出院。与此同时,新生儿科也传来好消息,她的孩子目前病情较为稳定,不日也将康复出院。