

# 挺进“生命禁区” 守护“生命中枢”

## 引进高端人才后,省直中医院神经外科有哪些变化?

朱洁 张倩

### 核心提示

很多医院,特别是实力强的综合性医院,都将人才作为发展的核心力量。随着医院的发展和壮大,学科的精细化和功能化区分,高尖端的专业技术人员或学科带头人成为各家医院培养或者引进的关键。

高速发展中的省直中医院也是如此。近年来,该院制定人才政策,不断加大人才的培养和引进力度,同时结合各临床科室发展规划和实际需求,按照“突出重点、打造特色、培育优势”的学科建设思路,不断优化和配置更趋合理的人才梯队。

今年7月,省直中医院引进了高层次人才、知名神经外科专家金海泉教授,助力神经卒中中心的建设与发展。几个月过去了,金海泉教授带领下的省直中医院神经外科,发生了哪些变化?综合实力有哪些提升?完成哪些高难度的神经外科手术?本期健康周刊编辑特走进该院神经外科探访关注。



集中学习,讨论经典案例



省直中医院神经外科团队



### 专家介绍

金海泉

20余年“刀尖起舞”,磨炼成为神经外科“一把刀”

金海泉,46岁,从医20余年。2004年赴上海华山医院学习一年,师从周良辅院士,曾任怀化市第一人民医院神经外科主任,怀化地区神经外科质控中心副组长兼肿瘤组组长,怀化地区医疗鉴定委员会委员,怀化地区执业医师评审委员会委员,长沙市神经外科委员会委员,湖南省颅底肿瘤学委员会,湖南省抗癌协会会员,中南六省胶质瘤协会会员,湖南功能神经外科委员会委员,湖南医药学院特聘教授。在颅底肿瘤、椎管内肿瘤、脑出血性疾病、脑外伤、功能神经外科等方面有丰富的手术治疗经验,主刀完成各类颅内肿瘤手术近2000余例,其他神经外科手术上万台。

### 科室介绍

湖南省直中医院神经外科

市医学会神经外科专业委员会主任委员挂牌单位。目前已发展成拥有45张病床的独立专科病房,在株洲甚至全省都具有一定影响力和美誉度。有20名医护人员,其中主任医师1名,副主任医师3名,主治医师2名,住院医师2名,聘请湘雅医院神经外科沈沉浮教授担任长期指导的客座指导教授。

科室在脑血管病、颅脑创伤、颅脑肿瘤、功能神经外科等方面均取得了显著的成绩。多年来,神经外科医生团队先后到北京天坛医院、北京宣武医院、上海华山医院、天津环湖医院以及广州湖南等各大医院进修深造,开展远程会诊,了解国内外神经外科专业发展最新动态,科室专业技术及诊疗水平不断提高。发表国家级核心期刊论文30余篇。另有中医药特色的康复治疗手段。

## 1. 重型颅外伤巧妙“拆弹”,显微镜下精准“排雷”

此前,该院神经外科积累了一些经验,但对于高难度、高精度要求等领域的手术,涉及尚少。7月以来,在金海泉教授带领下,该科室高精尖手术数量大增。

颅外伤,特别是重型、特重型颅外伤,是神经外科中最难治疗的疾病,抢救成功率不到十分之一。而近期,省直中医院神经外科团队,就成功抢救两例这样的患者。

32岁的小黄就是其中一例。她因“车祸外伤后意识不清1小时”,由120接送入省直中医院神经外科ICU。入院时神志深昏迷,GCS评分+2分,双侧瞳孔散大,随时可能呼吸心跳骤停;入院后诊断为特重型颅脑损伤;颅内血肿清除,在全麻下行双侧开颅,颅内血肿清除+去骨瓣减压术。术后复查,病人颅内血肿清除满意,在ICU继续监护及治疗。11天后,患者病情明显好转,双侧瞳孔直径回缩至正常,刺痛可睁眼,偶有癫痫动作。目前,她已脱离生命危险,将接受康复性治疗。

脑干有“大脑中的大脑”“中枢中的中

枢”之称,密集排列着颅神经的核团和肢体与大脑联系的上下传导束,有维持人类清醒的脑干上行激活系统和心血管和呼吸中枢。因此,脑干出血是神经系统急重症,手术难度,风险非常大。

10月8日,57岁、脑干出血的唐某在省直中医院获救。当天,唐某因“突发意识障碍2小时”急诊入院该院外科ICU。患者既往有高血压3级极高危、2型糖尿病病史及脑梗死病史,入院时头部CT提示桥脑出血,出血量约13ml,当时神志深昏迷,GCS评分+2分,气管插管,呼吸机辅助呼吸,随时可能呼吸心跳骤停危及生命。

急诊完善相关检查后,金海泉对其在全麻下行脑干血肿清除+后颅窝减压术。微创技术在神经外科应用的日臻成熟,脑干减压术的概念已逐步被打破,金海泉带领团队,用显微手术为患者及时清除血肿,解除脑压迫,缓解严重颅内高压及脑疝,并尽可能减低由血肿压迫导致的继发性损伤。

术后,患者在外科ICU监护10天后返回普通病房,后经治疗20多天,患者呼唤可睁眼,刺痛肢体可正常屈曲。



科室会诊

## 2.

### 高难度手术切除脑肿瘤,火眼金睛识别脑动脉瘤

说到脑肿瘤,大多数人认为是“不治之症”。金海泉教授强调,如果出现头痛头晕、恶心呕吐、视力下降、听力下降、嗅觉下降、行走不稳、语言不流利等情况,不要讳疾忌医,以免错过早期诊断及最佳治疗时机。“脑肿瘤分为良性和恶性,不少良性肿瘤没有那么可怕,手术切除后,通常不会复发,预后很好。”他表示。

7月底,62岁的颜阿姨到省直中医院寻找帮助。此前,她被省内多家三甲医院婉拒。

颜阿姨连续头痛4个月,尤其是夜间3、4点时痛感明显,最近1个月来,她咳嗽时痛感越发强烈,甚至有缺氧窒息的感觉,且伴有左面部麻木、左耳听力下降等症状。详细检查后,诊断结果考虑是“左侧桥小脑池区占位性病变”。

这是一种肿瘤。影像学显示,病人肿瘤大,位置深,位于左侧桥小脑池区。想要治愈,她需要接受桥小脑池区脑膜瘤手术,但这类手术难度极大,因为肿瘤所处的桥小脑池区靠近脑干,周围相关颅神经有9条,手术稍有不慎就会带来巨大风险,甚至造成灾难性后果。

为确保“高效、精准、安全”的手术,金海泉带领科室研究讨论手术方案,充分做好备血等术前准备,最终决定行左侧枕下乙状窦后入路开颅桥小脑角区肿瘤切除术。经过4个多小时的手术,肿瘤被完全切除。术后,颜阿姨恢复良好,且无面瘫等神经功能障碍。

脑动脉瘤是一种脑血管疾病,除非动脉瘤压迫到了邻近的神经,并产生了诸如眼皮不能上抬、眼球外展、瞳孔扩大、眼球突出等明显症状,否则这种疾病隐匿性非常强,一旦发病非常突然,对患者生命构成了严重威胁。

不久前,63岁刘阿姨因一次如厕时突发意识障碍,被120送至省直中心医院抢救。通过卒中绿色通道,她接受了头颅CT,结果显示蛛网膜下腔出血。金海泉阅片后,高度怀疑颅内动脉瘤出血,迅速安排病人行头颅CTA检查(非创伤性血管成像技术)。结果证实了金海泉的判断——影像提示前交通动脉瘤。

此时,病人家属才陆陆续续赶到。在与金海泉沟通交流后,家属意识到病情极其凶险,抢救刻不容缓,同意立刻手术。金海泉教授与其带领的专家团队,为刘阿姨在全身麻醉下行开颅左侧前交通动脉瘤夹闭术,“地雷”被排除。术后,病人恢复良好,没有任何后遗症。该院神经外科副主任医师夏平介绍,前交通段动脉瘤夹闭术手术难度大,术中解剖结构复杂,周围邻近布满重要血管和神经,是对团队实力的又一次考验。

金海泉教授介绍,随着生活节奏加快和饮食结构的变化,近年来,脑动脉瘤的发生率有上升趋势。如果能在未破裂前检查、识别出来,根据需要进行开颅夹闭或微创介入处理掉,是可以大大降低风险的。他建议中年人群,特别是高血压、糖尿病等血管疾病,以及有脑血管家族史的人群,主动排查脑动脉瘤。

## 3.

### 更新理念+升级技术+强调学习,团队综合实力大增

人才的力量不仅在于放大个人的价值,还有发掘团队的潜力,带领集体不断攀升。

众所周知,神经外科医生被公认为外科界最难培养的专科医生。从一名医学生到一名神经外科手术医生,先要花大量时间积累和学习丰富的多学科知识;其次要将理论结合实践,练就娴熟稳定的手术操作技能。每一名优秀的神经外科医生,都是中枢神“工程师”,他们依托一颗边学习边工作、每日三省吾身的初心,一双“刀尖起舞”、精准“排雷”的巧手,在狭小的头颅空间内,不断地创造奇迹。

正因为此,金海泉要求全体科室医生严格要求,高标准不断提升自己。

他要求科室医生有扎实的基础理论知识。神经外科是以手术为主要手段,医治中枢神经系统(脑、脊髓)、周围神经系统和植物神经系统疾病的一门临床外科专科。它的出现和发展,得益于早期人体解剖学、生理学、病理解剖学、病理生理学和实验外科学等基础医学的成就。“所以,我们的医生一定要加强人体解剖学等基础知识的学习,当看到一些影像片子后,医生的脑海里必须要出现手术的切口大小、切口的深度等等画面以及系数。另外,在颅内‘穿针引线’,必须做到精准、精确,这也要求我们练就一双灵活、精巧的双手。”

另外,这位投身神经外科20余年的资深专家还表示,神经外科医生,还需要有一副健康的体魄,甘于奉献精神的精神。神经外科医生遇到的很多病人都是危急重症,面对一线之间的生死,金海泉要求医生怀着一颗仁爱之心,全力抢救每一位病人。而由于神经外科手术一般都在4个小时左右,一些难度大的手术甚至要超过10个小时。

几个月来,他还将“高效、精准、安全”的手术理念,以及学科的新观点、前沿研究方向传递给团队。在他主持下,该院神外科多次进行全科讨论,手术分析,经典案例学习,在外伤重症急救、脑出血、颅内肿瘤、脑血管病、功能性神经外科手术等领域,积累了经典成功案例,也引发全科医护人员积极讨论。

科室的变化也获得了病患的认可。7月以来,该科室手术数量为往年同期的4—5倍,前来看病的人数亦为去年同期的3倍之上。



# 医者仁心 救死扶伤