

心脏破裂命悬一线 多学科联合“补心”

## 淄博市中心医院上演“生死时速”

记者 张晓光  
通讯员 陈圆

5月30日15点14分，淄博市中心医院心脏大血管外科主任马刚连续做完2台冠脉搭桥手术，走出手术室，一通紧急电话自他的手机响起……

“马主任，一名于外院准备行冠脉造影的66岁女性患者突发意识丧失，血压下降，心脏彩超提示‘心包积液、心尖部破裂’，正在送来西院……”

听到此，来不及停歇，马刚加快脚步走向更衣室，同时拨通科内主治医师翟奇轩的电话：“一名急性心梗、心脏破裂患者马上到，到门诊准备接应，联系麻醉手术科，立刻准备手术！”

据悉，心脏破裂是急性心肌梗死最严重的并发症之一，死亡率高，是急性心肌梗死主要的死亡原因之一。

“迅速进行手术，将心脏撕裂处止血缝合，是患者存活的可能。”马刚说。

16点32分，患者到达淄博市中心医院西院急诊科，一场以秒为单位，以时间为命题的赛跑，开始了……

连续奋战10小时再上台  
抢救物品10分钟内完备

指令下达，闻讯而动。

麻醉手术科接到通知后，之前与主刀医生马刚一同连续进行了两台心脏搭桥手术，已奋战近10小时的心外专业组麻醉医生、护士立即回到了手术间。

动作迅速的他们，在10分钟内将抢救药品、麻醉药品、体外循环机安装、自体血回输机安装、除颤仪、温液仪、变温毯、搭桥器械、心脏补片、各种缝线等抢救用物一一就位。

“现在就是在与时间赛跑，早一秒钟对患者来说就是多一秒钟生还的希望。”冯念海说。

在场的每一位医护人员都明白，此刻，他们必须争分夺秒。

16点32分，患者到达医院，早已在门诊等待的翟奇轩立刻着手接诊患者、办理住院手续、完善相关术前检查和化验，并进行术前谈话；急诊科医护人员立即为患者行对症治疗；马刚立即联系麻醉手术科主任冯念海团队和西院重症医学科主任马爽进行相关准备。

17点35分，患者由急诊转运至手术室，现场包括麻醉医生、护理人员、外科医生在内的十几人已全部就位，各司其职，生命体征监护、外周静脉穿刺、动脉穿刺都在一分钟内全部完成，外科医生也开始手术前的消毒工作。

“进入手术室时，患者已处于休克状态，瞳孔散大，血压一直在不断下降……”麻醉手术



科副主任司纪国回忆抢救现场，手术室内回荡着监护器的报警声，直至开胸手术前，患者血压已下降至50/30mmHg，心脏随时有停跳的危险，生命亮起红灯……

马刚和冯念海在讨论分析患者病情后，认为患者很有可能是因心脏破裂引发心包积液，造成心包填塞。

“多等一秒，患者就多一份危险。”如此紧急情况下，马刚和冯念海决定，在麻醉的同时为患者进行手术。

上述的抢救方案意味着，麻醉医生必须在其他医生进行操作的同时，为患者同步进行中心静脉置管，这无疑增加了操作的难度，考验的不仅是紧急情况下的心理素质，更是麻醉医生的专业功底。

屏息、凝神、专注，麻醉医生李慧下针快速，精准地完成中心静脉穿刺，抢救时间被再次缩短，接下来，是最为关键的一步——“补心”。

心脏易碎缝合困难  
反复尝试“缝补”成功

按照手术方案，一切正在有序进行。

准备开胸时，患者突然出现心脏骤停，手术医生紧急胸外心脏按压，平时需10-15分钟的开胸，此时仅仅用时1分多钟快速完成。

同时，麻醉医生宗立武也快速为患者输血输液，并及时使用血管活性药物，维持循环，协调抢救治疗。

“患者的心脏高度膨胀，心脏呈蠕动状态，立即切开心包，发现确实因出血过多，发生了

严重的心脏压塞，在清除了血块后，压迫解除，心脏复跳。”马刚说，开胸后发现患者的心脏情况与术前判断一致。

但，病情仍在进一步恶化。

患者心脏复跳后，左心室后壁破口喷出大量血液，马刚立即用手堵住破口，发现破口周围约5公分左右的暗红色区域出现心肌梗死，他立刻作出术中诊断——患者心肌梗死合并左心室后壁破裂穿孔。

根据既往临床经验及相关文献，心肌梗死后透壁性心肌梗死，坏死的心肌组织如同豆腐渣一样破碎，几乎无法缝合，加之该患者心肌梗死的范围足足五公分，面积大，难操作。

那么，如何缝合易碎组织的心室破口成为手术团队面临的最大难题，抢救难度再度提升。

综合考虑之下，根据多年手术经验，马刚最终选择采用“三明治缝合法、荷包缝合法”缝合破口，但因破口处大面积坏死、组织易碎、粘性低，仍数次出现伤口“缝了撕裂，撕裂再缝合”的情况。

“缝合过程非常困难，心肌组织像‘豆腐渣’一样碎，几乎束手无策。”在经历了反复多次缝合尝试后，马刚与团队终于将心脏破口缝合，反复检查未再出血，关键的“补心”步骤终于完成。

而此时，墙上的时钟显示，从患者入室至心脏修补缝合结束，仅仅一小时。

## “盲探”搭桥

## 多学科联合生死线抢人

心脏复跳，“补心”完成。下一步，如何在患者没

有做冠状动脉造影的情况下，进行冠状动脉搭桥手术？

另一难题，又出现了。

“没有造影，就无法确定病变的血管和位置，从而确定搭桥的吻合部位。”马刚说。

但在该患者起病急、病情严重的当下，马刚凭借自己多年的经验和仅有的影像资料，根据术中探查和CTA(CT血管造影术)报告，推断认为，罪犯血管是右冠状动脉的可能性大，决定为患者进行右冠状动脉主干搭桥。

在顺利搭桥后，给予输血，调整血管活性药物，患者的血压、心率逐渐好转，血压稳定在102/73mmHg，中心静脉压15厘米水柱，心率74次/分，再次检查心室破裂处，未见出血，止血、关胸……

21点40分，手术结束，五分钟后，患者转至西院重症监护室。

“患者出血达4000ml，自体血回收1575ml，输入红细胞8个单位，血浆200ml。”看到如此数据，麻醉医生宗立武有些震惊，这名患者相当于在术中将全身血换了一遍，可见其危急程度之重。

事实上，如此心脏破裂命悬一线，与时间赛跑成功抢救的重症患者十分罕见。

麻醉手术科主任冯念海回忆，在其从医三十多年的工作中，在院见到心脏破裂能进入手术室的患者仅3例，大多数如此心梗急症患者，撑不到进手术室，成功救治者更为稀少。

此外，更加值得一提的是，如上述极低血压、瞳孔散大且心梗心室破裂的患者，在手术中极易因脑缺血而造成脑神经

损伤。

对此，记者从医院了解到，在经过重症监护室医护人员的精心护理和治疗下，该患者术后第二天神志恢复，瞳孔大小正常、等大等圆，血压、心率稳定，指标逐渐好转，目前在进一步治疗。

“这名患者急症下心脏修补，再进行冠脉搭桥手术，病情凶险，患者术中出血量达到4000ml，已经是生命的极限。”得知患者现状好转，冯念海说，能够成功抢救，这是个奇迹，顺利清醒未出现严重脑损伤，更是奇迹。

“我们只有保证患者在术中的血压、心跳等生命体征相对稳定，才能够给主刀医生救治的时间。”冯念海说，在急危重症患者的手术抢救中，不仅需要主刀医生的精湛技术，更多考验的是紧急情况下，麻醉医生对患者术中及愈后各项生命体征的维持能力及综合考量。

于微乎其微的救治中把握生命希望，这是一次与时间的生死赛跑，更是一次名为希望的生命守护。

在这次救治中，医院对急危重症患者的多学科联合抢救能力及各科室的扎实医学功底得以展现。

医院心脏大血管外科、麻醉手术科、输血科、重症医学科等多个学科团队互相配合、各司其职的协调能力，医护人员在紧急情况下快速的综合反应和坚实的医学基础与技术。

这些，是这场紧急抢救能够成功跑赢时间的前提，更是他们为患者带去生命希望的底气所在。