

生命从这里开始

编者按:医生,曾经是一份令人尊敬和羡慕的职业,但这些年来这个职业平添了风险与危险,不少针对医生的恶性案件令人心惊和寒心。众所周知,医疗本身就是高风险行业,包括手术在内的各种医疗服务不可避免地存在着超出人力所能控制范围的风险。尽管如此,作为医者,他们依然坚守“健康所系,性命相托”的誓言。今天,让我们走进他们的生命,走进他们的职业,去了解他们,认识他们,一起营造和谐的医疗环境,共同与真正的敌人——疾病作斗争。

本版策划:李玉芹 孙福国 李成华



从凌晨一点开始的一天

别人的一天是从早晨八点开始的,我们妇产科医生的一天经常是从凌晨一点开始的。

凌晨一点半接到总值班的电话,从基层区医院马上转诊来一个产后出血失血性休克的病人,病情紧急必须马上手术,起床穿衣下楼推自行车,五分钟赶到医院组织好抢救人员。病人来到了,查血、和血、准备手术、麻醉、上台。病人已经处于休克状态,面色苍白,血压测不到,呼吸微弱,急速输液维持血压,紧急输血,手术紧张有序地进行。25分钟子宫次全切除完成,血和血浆输上,病人血压回升,转危为安。虽然累但是很高兴,踏着夜幕回到家中。抓紧睡觉,不知道什么时候又有事啊。

早晨五点四十起床,洗刷完毕,给家人准备早饭。六点半,骑自行车向医院走去。六点半来到医院,从一楼走到五楼看七个病区的夜班新入的病人,白天手术病人,危重的还有潜在的有风险的病人。七点十分来到值班室,换上隔离衣,找出专业书籍和杂志看看书,八点参加交接班。

八点二十开始查房,这是一天最神圣的时候,带领大家查房也是一件很快乐和崇高的事情,汇报病历,查体,诊断。重点在于讲解病情,用我们所学的知识告诉病人怎么样才可以恢复,需要什么样的治疗,怎么样才可以避免病情发生!还有重要的一点就是做好传帮带,让年轻的医生护士尽快的成长。

九点十分打电话询问各个科室重点病人的处理情况,结合自己早晨看的情况给他们提出一些建设性的意见和建议。

九点二十进入手术室,准备手术。

今天上午一台宫颈根治术,下午一台腹腔镜手术,一台经阴子宫切除术,估计上午的手术要到接近一点结束,下午的手术二点开始。

宫颈病的病人是一个29岁的年轻的妈妈,期别比较早,应该愈后可以的。开腹,探查,广泛子宫切除,盆腔淋巴结清扫,放置引流,冲洗腹腔,逐层关腹,手术结束。累并快乐着,这就是手术结束后医生的感觉。看看表已经一点二十了,随便吃点东西,抓紧时间可以睡一会。

下午两点手术准时开始,腹腔镜手术是近年来开展比较广泛的微创手术,对病人创伤小,恢复快。经阴子宫切除术是古老而又全新的微创技术,最近几年的创新让这一古老的手术焕发青春。

下午五点四十两台手术结束,准备休息一会,又来了一个宫外孕失血性休克的病人,紧急手术,抢救,转危为安后,已经晚上七点四十分了。

从五楼走到一楼把所有科室的病人看看,给夜班的大夫重点交待一些病人,然后骑车回家吃晚饭。家人都已经吃过了,重新热菜,吃饭,已经是晚上九点了。孩子的作业需要检查,然后让他们睡觉。晚上10点,打开书看看学习,准备明天的查房。十一时四十准备上床睡觉,但愿今晚上不会有重病人把我从睡梦中叫醒。

(妇产科中心主任、副主任医师 刘成文)

一个慕名电话使我一天倦意全无

6:50,一声铃声把我从梦中叫醒,我赶紧起床,穿衣,洗漱,妻子早已把做好的早餐端上来,匆匆吃完,就往医院赶。

当时时针指向8:50,会诊第1个病例,是一位从济宁过来的高龄孕妇,怀孕33周,3年前独生子意外夭折,这次好不容易怀上孕,在多家医院检查发现羊水过多,怀疑胎儿有问题,但究竟是什么问题搞不清楚,孕妇进来就说“我怀这个孩子太难了,大夫请你好好给我查查”。我耐心细致地检查后发现胎儿没有下巴,利用四维成像模式最后确诊为一种极为罕见的胎儿畸形—小下颌并食道闭锁,我告知孕妇胎儿生后不能存活,建议终止妊娠。孕妇一听到这个消息,禁不住大声哭了起来,丈夫的双眼也噙满泪水。我望着这对憔悴无助的夫妻,内心也在流泪。

9:35,会诊第2个病例,孕龄23周,外院超声检查考虑胎儿隔离肺,我检查发现胎儿右肺下叶有一块较强的回声团块,仔细寻找该团块的血液供应来源于右肺动脉,由此我诊断胎儿为先天性肺囊肿。面对孕妇焦虑的表情,我告诉她胎儿不是肺上长瘤子,而是由于末梢支气管闭塞,闭塞远端的肺组织呈瘤样过度生长,只要复查肿块越来越小,不出现胎儿水肿和羊水过多,预后就会良好,孕妇紧张的神情松弛下来。孕妇走后,我告知年轻医生胸腔内隔离肺与肺囊肿因预后不同,要注意两者的鉴别,鉴别点是肿块的血供来源,如来源于主动脉即为隔离肺,如来源于肺动脉即为肺囊肿。

10:30左右,分诊护士进来告诉我,有一位年轻妈妈说怀孕期间我给她孩子查出小室缺,生后第2天也是我查的,现在3个月了来复

查,不让别的医生查,非要让主任亲自查。我检查完第4个胎儿四维,就给这个婴儿检查心脏,经检查确定小室缺完全自愈了,年轻妈妈喜极而泣,连声道谢,说怀孕期间查出问题后,是听从了我的建议才让她有决心生下这个宝宝的,年轻妈妈的话使我感到欣慰。

11:00左右,会诊第3个病例,妊娠37周+6天,在外院多次检查未发现问题,来我院检查发现胎儿心脏发育异常,转交给我会诊,检查后判定胎儿患有严重的先天性心脏病右室双出口,室间隔缺损,左室发育不良)并肾积水。孕妇听后痛哭不止,全身瑟瑟发抖。我劝孕妇虽然检查结果很不幸,但是不幸中的万幸是在临产之前查出来,否则,一旦生下来将给家庭带来沉重的精神和经济负担。这时,彩超3室的医生叫我快过去,我顾不上再安慰这位孕妇,快步来到彩超3室,担架床推来一位晚期孕妇,在家突发剧烈腹痛,孕妇痛苦不堪喊叫不止,我快速检查后,告诉陪同的医生孕妇为胎盘早剥,须紧急手术治疗。

14:48,下午第1个会诊病例,是一位从外院转过来的孕妇,怀孕20周,当地医院告诉孕妇胎儿脑积水。我和韩颖医生检查后吃惊地发现,胎儿有2个大脑结构,难道是双胎?可超声明明显示胎儿只有一个躯干和四个肢体,我们开始怀疑胎儿是一种极为罕见的“一头双面”连体胎,即一个胎儿一个胎头但有2个面部,也就是在一个脑袋上长了两张脸。我们细致地扫查,最后,找到了4只眼睛,两个鼻子及两张嘴巴,诊断为“双面联体双胎”,建议孕妇住院引产。

16:30,检查下午第5个胎儿四维,孕妇27岁,此前怀孕2次都流产了,这次怀孕后一直

不敢做检查,就等着做四维彩超。我详细地检查后很遗憾地告诉孕妇胎儿脊柱少了一个椎体,导致脊椎严重扭曲变形,生后无法自理。孕妇立刻失声痛哭,我劝孕妇坚强起来,勇敢地面对现实,但是孕妇已不能控制自己,遂安排护士叫来家人扶着出去休息。

17:00左右,下午第2个会诊病例,孕妇33岁,当地医院检查胎儿脑积水并建议引产,孕妇很想要这个孩子,进来后急切地看着我,反复地问我不会有事,我知道现在安慰是无济于事的,唯一能帮助的就是能给她一个准确的检查结果。经检查,发现胎儿大脑中间有一不规则液性暗区,内无血流信号,其他部位无异常,我诊断为蛛网膜囊肿,告知孕妇不要紧张,只要在今后的复查过程中囊肿不再增大,预后一般较好。

17:35,第2个会诊病例检查完毕,其他诊间的检查也接近尾声。全科当天超声检查311人次,我检查了11例胎儿四维,会诊了5个病例,诊断出6例胎儿畸形,其中4例严重畸形建议引产。等一切结束时,我才感觉到全身的疲倦。

晚餐后,接到一男子打来的电话,高兴的告诉我,他媳妇生了一个大胖小子,一切都很好,代表全家感谢我挽救了他儿子一条生命,我问后才对上号,孕妇怀孕期间查出胎儿后颅窝明显扩张,多家医院劝其引产,慕名来我院后,我检查发现胎儿除了后颅窝扩张外,未发现其他异常,我诊断为单纯性后颅窝扩张,告知孕妇这只是胎儿发育过程中的正常变异而已。孕妇在孩子生下来后发现没事,就催着丈夫给我报平安,感恩的话使我一天的倦意全无。(特检科主任、副主任医师 卢洪涛)

最有意义的一天

今天是我最有意义的一天,是我从事妇产科临床工作的第30周年纪念日。

一大早,我照例七点半来到医院,开始专家门诊工作。一位从苍山来的女患者被家人搀扶进来,说是肚子疼了一夜。看到病人面色苍白,表情痛苦,我优先接诊。经过询问病史和详细检查,考虑患者是宫外孕腹腔内出血需要马上住院手术止血。但其丈夫一听到要住院,非常生气地说:“刚在当地医院做了流产术,怎么会是宫外孕破裂?这是什么破大夫?什么技术?就会吓唬人!就是想挣钱!”还要强行把他妻子拉走。是放下这位病人不管还是尽力劝说?如果病人离开医院病情就会进一步发展危及生命,我们不能不管!再安排其他同事与家属沟通,尽力劝说,同时联系妇产科病房值班大夫,告知有这样一位病人,让他们做好抢救和急症手术的准备,又安排护士推担架车准备运送病人。经过大家的劝说,病人家属的态度缓和了,同意住院治疗。由于提前做好了准备工作,很快就实施了手术,证实为宫外孕破裂,病人得救了,一个农村家庭团圆了。

接下来还要继续看诊,这几位患者是来看宫颈疾病的。由于我院宫颈癌前病变的治疗工作起步早,技术好,影响力大,经常有慕名而来的患者。今天有两名年轻的患者诊断为CINⅢ级,特别害怕切除子宫丧失生育能力,又怕治疗不彻底会发展成宫颈癌,我建议她们预约一下,下午我给她们做一个宫颈电切术。因

为这是一个微创手术,痛苦小,恢复快,不需要住院。通过高频电切环切除病变部位及周围组织,可以保住子宫,术后注意定期复查。因为我已经给几百位这类病人做过手术,并且术后效果很好,病人口碑相传,影响较大,所以她们马上预约了手术。另一位年纪较大的患者宫颈疾病较重,已达到CINⅢ级,需要做一个冷冻锥切进一步排除浸润癌。这个手术需要住院做,我帮忙联系了床位,安排她住院治疗。

这时一位护士跑过来说:“主任,流产室有一位病人出血挺多,大夫请您过去看看。”原来这位病人体质差,怀孕2个多月,胚胎停止发育来做流产。由于子宫收缩不好,出血较多,目前脉搏加快,血压下降,烦躁不安。我一边检查病人,一边指挥抢救,如加快输液,加止血血等措施。通知化验室,心电图室来做相关检查,安排大夫将病人病情变化、抢救措施及效果告知病人家属。经过10多分钟的抢救,病人出血减少,血压回升,面色也逐渐红润起来。

回到诊室,还没来得及喘息,一位“老病号”已经在等我了,说她是“老病号”,其实她才二十多岁,很年轻。但是因为每次多要我检查,所以很熟悉了,成了“老朋友”。她在第一次怀孕的时候,由于诊疗不及时,在怀孕六个月时就流产了。一年后又怀了这一胎,她和家人心情非常紧张,害怕悲剧重演。但由于工作关系又不能长期住院保胎,她的朋友把她介绍给我“全权负责”,所以定期找我检查咨询。前一段时

间我发现她有早孕的先兆,安排她保胎服药。为了减少她往返奔波,我有时还利用休息时间去她家中看诊。一个孕期的病情多次反复,因为治疗及时而化险为夷。再过一个月就到预产期了,看到她愉快的笑容,我的心中也充满了喜悦,期盼这个宝宝平安顺利地降生!

一位围绝经期的患者找到我,说近来有不规则阴道流血,自以为是月经紊乱也没在意,最近和朋友说到这个情况,她的朋友建议她来找我好好检查一下。在给她做了阴道镜检查后发现一个病灶,这个位置很特殊,不仔细检查的话很可能忽略掉。我把图像拍下来给她看,又取了活检,安排做病理检查。根据病理表现,我怀疑是恶性肿瘤。考虑到如果病报告直接说病人来取,她会不会接受不了不好的事实而产生不良后果?所以我特意请她留下了她丈夫的电话,随后我给她丈夫打了电话,提示他尽量别让病人自己来取报告单而由他代取,这样可以比较委婉的转告病情,使病人能够配合治疗。病人家属非常感动,连声道谢说我考虑周到,他也会配合这样做。

从医时间越久越能体会患者对医务人员的依赖,因为有很高的期待所以才会“百般刁难”,其实我和我身边的同事经常会从病人的角度考虑问题,人的生命是宝贵的,希望每个病人都能尽快恢复健康!

(妇产科门诊主任、主任医师 苏学锋)

我眼中的耿建梅

在枣庄市妇幼保健院儿科,有这样一位主任,她选择了奉献,选择了常年吃苦耐劳,选择了不断增加的工作压力。作为一名女性,她选择了放弃休息、放弃节假日、放弃和家人的团聚,却选择了和患儿在一起,每次儿科的抢救都有她的身影,她就是枣庄市妇幼保健院儿科主任耿建梅。

很平常的一天早晨8:30,她踩着匆忙而又轻松的脚步来到医院,先看看

夜间病情不稳定的患儿,安排一下患儿家属的情绪。8:00准时开科室晨会,8:30开始常规查房,对于病区区内诊断不明确,病情严重的病人重点查房,分析、制定治疗方案。10:00左右查房结束,参加院内的会诊。今天有一位合儿症的病人来复诊,不久以前,这名小患儿因为长期咳嗽、久治不愈,专程来找她就诊,经过仔细的询问病史及查体后,她开出三副中药方,服用后效果明显。这

次来是因为一周前这个孩子又出现腹痛,多方治疗无效,于是这位家长想起了耿主任,又专程赶来。耿主任一番仔细的检查后,给予了极为普通的抗感染治疗。

耿建梅认为,作为医生要有强烈的责任感,在选择治疗方案时有责任为患儿承担一部分风险,曾经有一名长期发热患儿诊断不明,组织全市相关专业专家会诊讨论,耿建梅大胆指出,这个孩子很大

的可能为红斑狼疮,并提出自己的诊断依据及治疗建议。当时与会的专家并不是很认同,但后来的化验检查有力的印证了她当初正确的推断。这样的例子在工作中不胜枚举。

1992年毕业于青岛大学医学院儿科系的耿建梅,毕业后一直从事儿科临床工作,具有扎实的医学理论基础和丰富的儿科临床经验。她曾先后在复旦大学附属上海儿科医院、山东省立医院进修学

习,掌握了小儿科前沿的理论与技术。为提高市儿科救治水平,她在普通儿科的基础上成立了我市唯一的儿科重症监护室。今年,又将儿科专业进一步细化,将普通儿科分为儿一科、儿二科和重症儿科。目前,她正积极筹建儿童哮喘门诊。我们相信,在耿建梅这些儿科专家的带领下,枣庄地区的儿科医疗救治水平会越来越

(儿一科 孙婷婷)