

山东大学第二医院的党员医者亓玉忠:

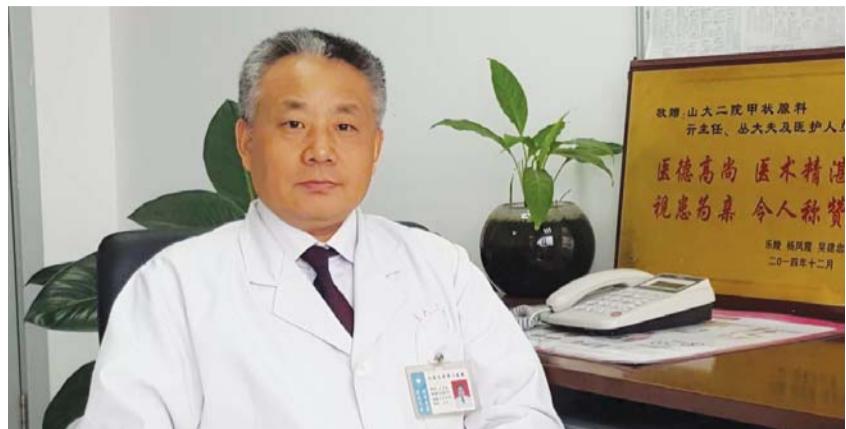
用仁心妙术保卫生命的“蝴蝶”



甲状腺，位于颈部前方正中部位，处在胸骨之上与喉部以下范围内，形状好像一个展翅的蝴蝶紧贴在气管前方，承担了人体维持生长发育、促进代谢的重要功效。

可对于医生来说，这个“蝴蝶”却是一个挑战。因为甲状腺的位置极其特殊，属于人体生命“交通要道”，在颈、胸部交界处，周围有重要且粗大的血管、喉返神经、甲状旁腺等重要结构，稍有偏差会造成患者声音嘶哑、手足抽搐，甚至引发窒息威胁生命。

作为山东大学第二医院甲状腺外科“掌门人”，亓玉忠带领着科室的团队守住敬畏生命的初心，用尖端的技术和医者的责任，将一个个患者从死亡线上拉了回来。



齐鲁晚报·齐鲁壹点记者 孔雨童

责任担当 >> “抢救”被多次拒收的患者

11月25日，当记者见到亓玉忠的时候，他刚刚完成了当天的第6台手术，“有一点头晕”亓玉忠说。这是甲状腺外科的常态，每次手术都需要精力高度集中。

对于很多患者来说，亓玉忠是他们最后的希望。2013年，24岁的青年打工者王全峰(化名)患上双侧弥漫性甲状腺癌，当时甲状腺癌已经把气管挤压到最窄处只剩下3毫米，致使他呼吸困难；作为家里的顶梁柱，王全峰不敢请假，长期挤压让气管软骨“塌陷”，很难撑开，手术过程中连麻醉插管都插不进去，风险非常高，导致很多医院都不肯接收王全峰。

亓玉忠和团队却坚定地要“抢救”这个青年，因为他更知道，如果不冒险做手术，几天之内王全峰可能就会窒息死亡。“有希望就不能放弃！”亓玉忠带领着团队，迅速做了丰富的术前调查和准备。手

术进行了将近7个小时，成功地将王全峰从死亡线上拉了回来。

敢为人先 >> 不断追求手术的极致

像王全峰这样的手术，亓玉忠每年都会接下很多次。敢于多次“拯救”高手术风险的患者，来源于亓玉忠和他带领的这个团队在甲状腺外科手术方面丰富的经验和一路领先的技术水平。

7年前，亓玉忠带领着科室从山东大学第二医院普外科独立出来，成为省内最早的甲状腺外科专业科室之一，在这里，既有先进的病房、麻醉、手术室设施，又有精密的检验仪器、高分辨率的B超、螺旋CT、同位素即碘131等诊断及治疗设备，术中可同步进行快速病理检查——这也使山大二院甲状腺癌的诊断、治疗以及术后跟踪随访都达到了专业化、精准化、系统化。

硬件的完备只是一个基础，七年来，亓玉忠带领着团队不断精进业务水平和积累经验，不断追求手术极致，提高患者的健康水平和体验。

在甲状腺外科，这里的手术被称为“白色手术”——亓玉忠解释说，这个词的意思是，在甲状腺手术中，因为医生的精湛技术和科学规划，达到手术中少出血或者不出血，尽量减轻患者对身体的损伤。

如今在甲状腺外科，可以采取微创手术方式，只需要在前胸作2到3个0.5至1.0cm大小的切口即可完成甲状腺手术，让患者解除了“留疤”的难题。

“白色手术”只是一个缩影，甲状腺细针穿刺可以更为精准地获知肿瘤的良恶，避免先手术后活检造成的不必要创伤；应用微波消融治疗技术治疗甲状腺良性病变，具有微创、痛苦小、恢复快、美容的优势，在省内率先开展……

见微知著 >> 把控每一个细节对患者负责

与记者的交谈中，“规则”“标准”是他提及最多的词语。“必须层层把关，管理规范化，手术精细化、标准化”亓玉忠说，因为甲状腺位置的特殊性，他和整个团队每一刻都不敢有丝毫松懈。

山东大学第二医院甲状腺外科副主任丛伟告诉记者，每一次手术之前，亓玉忠总是带领大家认真研究手术方案，为患者做好周全缜密的计划。他的这种“缜密”也带动科室医护人员，把工作做到极致。

在亓玉忠的带领下，山东大学第二医院甲状腺外科已经成为省内外知名的甲状腺肿瘤治疗的专业科室，不断有全国各地的患者前来，康复而归。

每次谈到这些成绩，亓玉忠总说这是大家一起努力的结果，很少谈及个人，不断地在说“别光采访我，科室还有很多优秀的医生。”正如“仁心妙术，敢为‘甲’先”这句山东大学第二医院甲状腺外科的口号，在亓玉忠的带领下，成为他们的医学准则，更是对患者的一份沉甸甸的承诺。

山东大学齐鲁医院重大医疗技术突破系列： 完成我国首例 小儿腹腔镜下脾切除术



1987年，法国医生开展了世界上第一例腹腔镜胆囊切除术，并获得成功。腹腔镜技术便因其微创、美观、操作精细等种种优点而迅速风靡世界。

领跑全国，1991年底，山东医科大学附属医院(如今的山东大学齐鲁医院)开展了腹腔镜动物实验。次年初，该院在临上进行了腹腔镜胆囊切除手术，并获得成功。随后，又成功开展了腹腔镜下胆总管切开取石手术。也正因为腹腔镜技术，该院荣获卫生部(如今的国家卫健委)科技进步三等奖。



齐鲁晚报·齐鲁壹点
记者 陈晓丽
通讯员 李小诗

关于腹腔镜技术的探索并未止步，随着腹腔镜胆囊切除术经验的不断积累和腹腔器械的不断改进，腹腔镜下运用到其他疾病治疗已经成为可能。

克服种种困难，医院又陆续开展了腹腔镜下阑尾切除、乙状结肠部分切除、小儿脾切除、小肝癌切除，以及后来的经脐单孔腹腔镜胆囊切除手术等，腹腔镜的应用范围越来越广泛，手术创伤不断缩小。在这其中，小儿腹腔镜下脾切除为全国首例。

1994年12月初，一位10岁的男孩因为黄疸、贫血、脾脏肿大等多种症状，到山东医科大学附属医院(如今的山东大学齐鲁

医院)普外科就诊。由于营养不良，男孩体重只有25.5公斤，体质较弱。
综合临床病情和骨骼穿刺检查等，男孩最终被诊断为遗传性球形红细胞增多症，一种血液系统疾病。同时，B超检查显示，男孩的脾厚6.2cm、长13cm、宽6cm，已经肿大，同时贫血严重，需要进行脾切除手术治疗。

考虑到男孩年龄较小，病情严重，不适合传统的创口较大的开腹手术。与传统开腹手术相比，腹腔镜下脾切除手术具有创口小、痛苦轻、恢复快、伤口更容易避免感染、腹部美观等特点。因此，和男孩家属沟通后，医生决定为患儿实施腹腔镜下脾切除手术。

经过系列术前治疗和周密的术前准备，气管插管全麻下的腹腔镜脾切除手术于三个周后进行。由于脾脏血管一旦出血

则迅速凶猛，为了以防万一，在准备进行腹腔镜手术的同时，手术团队也做好了随时改为开腹手术的准备，并准备了足够的备用血液，防止手术大出血时措手不及。

在家人期待的目光下，男孩被推进了手术室。手术持续了两个半小时，出血只有50ml。手术完成后第二天，男孩就可以下床活动。随着逐步休养恢复，男孩黄疸基本消失，术后第七天男孩顺利康复出院。

腹腔镜下脾切除术具有多方面的优点。不仅切口小、美观，同时腔镜下手术视野被放大，使得手术操作更加清晰明了，能最大限度地避免损伤其他器官。此外，手术后疼痛轻，有利于早期活动，可以加速术后胃肠功能恢复，可以更早肠胃饮食，减少肠粘连、肠梗阻的发生率，尤其适合高龄、体弱等患者。

然而，由于脾动脉血管压力大，且脾脏分支血管较多，在剥除脾脏过程中稍有不慎，就会造成血管破裂出血，危及生命。

因此，腹腔镜下脾切除术属于高难度手术，手术者必须有丰富熟练的腹腔镜操作经验，尤其是缝合、打结技术，以及开腹脾切除手术的经验。另外，将巨大的脾脏从几厘米的小创口完整地取出，不损害腹内其它脏器，这对主刀医生也是一个不小的考验。

近年来，为了推广腹腔镜技术，山东大学齐鲁医院在全国举办了多次腹腔镜手术的手术演示和研讨会，并成立了腹腔镜医师培训基地，这对我国腹腔镜技术的发展和推广起到了重要作用。