

腹痛硬扛12小时 他的小肠“死”了2米多

最凶险的腹痛，往往最像“没事”

刘先生(化姓)怎么也没想到,貌似普通的饭后腹痛,会把自己送到生死边缘。

起初他以为只是吃坏了东西,忍忍就好。可时间一分一秒过去,疼痛不但没减轻,反而像刀割一样越来越猛。从家到宁波大学附属第一医院急诊科,他已经硬扛了12个小时。

这12个小时里,维系他小肠血供的那条“生命通道”——肠系膜上动脉,正一点一点被血栓堵死。而肠道没有血供,就像土地断了水一样,每一分钟都在坏死。



1 两科接力,刀尖上抢命

刘先生到宁大一院急诊科后,急诊医生第一时间完善检验和影像检查,结果触目惊心——急性肠系膜上动脉闭塞。

这不是普通的腹痛。这是临床上极为危重的急腹症,致死率极高。血管一旦完全堵死,小肠会在短时间内大面积缺血性坏死,迅速进展为肠穿孔、感染性休克。可以说,刘先生已经命悬一线。

医院立即启动多学科会诊,介入科、结直肠肛门外科联合评估。

第一棒:介入科。医疗团队紧急通过经皮肠系膜上动脉取栓术,为患者成功清除血栓,闭塞的血管重新复通。但造影探查的结果让人心头一沉——部分肠管缺血时间太长,已经发生了不可逆的坏死。单纯开通血管救不回来了,坏死肠段如果不切除,随时可能出现肠破裂、毒素入血,引发致命的重症感染。

第二棒:结直肠肛门外科吴为明副主任医师团队接力。

开腹探查的场面极其危重,从距屈氏韧带约100厘米处开始,一直到距离回盲瓣4厘米处的回肠末端,大范围肠管色泽发黑。肠壁水肿增厚,完全失去蠕动力——这段小肠已经“死”透了。

既要彻底切除全部坏死肠管,杜绝感染和中毒性休克的风险;又要精准把控切除范围,最大限度保留存活肠段,避免术后短肠综合征影响患者远期的消化吸收功能。这是一场刀尖上的平衡。

吴为明团队凭借丰富的急腹症救治经验,精准界定坏死边界,完整切除全部无活力肠段,彻底清理腹腔渗出和坏死组织,充分冲洗腹腔。整套手术流程严谨、操作精准,患者生命体征全程平稳。

2 术后闯关,每一道关都不能松

手术成功只是第一步。坏死肠管切除后,患者要闯的关还有很多——感染关、肠功能恢复关、再次血栓关。医护团队为他制定了个体化的精细监护方案:严密监测生命体征和腹部体征,精准把控抗感染、补液、营养支持;同步做好疼痛管理、脏器功能保护和心理安抚。

同时,护理团队更是密切观察引流液性状,落实管路护理和早期康复指导。

目前,刘先生腹痛完全消失,肠道功能逐步恢复,保留小肠的消化吸收功能可控,病情平稳已出院。

3 最凶险的腹痛往往最像“没事”

再来说说急性肠系膜上动脉闭塞。吴为明介绍,这个疾病最凶险的地方,在于早期症状太容易被忽视。

它的初期表现可能就是腹痛,和吃坏肚子、肠胃炎没什么两样。很多人的第一反应是“忍忍就好”“吃点药就行”。但和普通腹痛不同,这个病的病情进展极其迅猛——一旦错过黄金救治时间,肠道大片坏死,死亡率极高。

“生命健康无小事。”吴为明提醒,生活中遇到持续性腹痛,尤其是疼痛进行性加重且无法缓解时,千万不要凭经验自行判断为“小毛病”,更不要硬扛不就医。为此,他还为市民朋友梳理了几种危险的腹痛:

危险信号一,腹痛持续加重,超过2小时仍未缓解。

危险信号二,刀割样剧痛,痛到直不起腰。

危险信号三,腹痛伴呕吐、发热、便血。

危险信号四,肚子摸起来硬如木板。

危险信号五,腹痛伴休克症状。

4 腹痛还可能是这些原因

除了急性肠系膜上动脉闭塞,下面这些“沉默杀手”,腹痛可能是唯一的早期信号。

主动脉夹层:血管内壁撕裂,疼痛如刀割、撕裂感,从胸口延伸至背部。48小时内死亡率每小时增加1%。

重症胰腺炎:暴饮暴食或饮酒后突发上腹剧痛,可迅速进展为全身炎症反应、多器官衰竭。

肠穿孔/消化道穿孔:胃或肠壁破洞,消化液流入腹腔引发弥漫性腹膜炎,需紧急手术。

医生提醒,遇到危险腹痛,应立即拨打120或尽快前往医院急诊科,不要自驾车(途中病情恶化无人处理)。不要自行服用止痛药、止泻药或热敷腹部——止痛会掩盖症状,热敷可能加重腹腔内出血或炎症扩散。保持平卧或半卧位,双腿微屈放松腹部肌肉,减少疼痛。禁食禁水——如需要紧急手术,胃内有食物会增加麻醉风险。

此外,最好还能记录症状出现时间、疼痛部位变化、呕吐物/大便性状,方便医生快速判断。

记者 林伟 通讯员 庞赞

心梗并非“老人病”

45岁男子

转运途中心跳骤停

急性心肌梗死、心脏骤停是危及人类生命的“头号杀手”,具有发病骤急、病情进展迅猛、致死致残率极高的特点,短短数分钟的延误,就可能危及患者生命。

近日,宁波市中西医结合医院胸痛中心团队紧密协作,依托成熟完善的院前、院内一体化急救救治体系,成功救治一名转运途中突发心源性心跳骤停的急性心梗患者。

据了解,45岁的患者夏先生(化姓)于当日傍晚突发身体不适,在无明显诱因的情况下,出现持续性剧烈胸骨后压榨性疼痛,同时伴随胸闷憋胀、大汗淋漓、全身酸软乏力、濒死感等急性心梗典型症状。自行休息调整后,身体不适症状未得到缓解。具备良好健康意识的夏先生并未强忍拖延,第一时间拨打120急救电话寻求专业救助。

就在救护车紧急转运患者前往医院的途中,致命险情突然降临:夏先生突发意识丧失,呼之不应,大动脉搏动消失、呼吸微弱,院前急救人员快速判断,确诊为凶险的心源性心跳骤停。危急关头,院前急救团队沉着应对、快速处置,使夏先生成功恢复自主心跳和呼吸,意识逐渐清醒,生命体征趋于平稳。

救护车抵达后,宁波市中西医结合医院早已做好接诊准备,胸痛中心团队无缝衔接,即刻启动心梗急救流程。医护团队快速完善术前检查,全面评估患者心脏功能与全身脏器状态,结合患者急性心梗、转运途中心跳骤停的危重病情,判断患者为冠状动脉主干严重闭塞,心肌处于持续缺血坏死状态,随时可能再次突发心跳骤停、恶性心律失常、心力衰竭等致命并发症。

医院胸痛中心团队果断实施急诊冠状动脉造影+冠脉支架植入手术。

术后,患者转入重症监护室接受精细化监护与对症治疗,最终顺利康复出院。

该院晏彪主任医师提醒,心梗早已不再是老年专属疾病,40至60岁中青年已成为高发群体。中青年心梗多由长期不良生活习惯累积导致,发病更突然、隐匿性更强、猝死风险更高。长期熬夜、久坐少动、高压劳累、吸烟酗酒、饮食重油重盐、作息紊乱等,都是主要高危因素。

晏彪还介绍,要牢牢把握黄金救治窗口,心脏骤停的黄金救治时间仅4分钟至6分钟。人体脑细胞对缺氧极度敏感,骤停4分钟即可出现脑细胞损伤,6分钟后将发生不可逆脑坏死,即便抢救成功,也可能遗留认知障碍、肢体瘫痪等后遗症,甚至猝死。同时,大众普遍存在急救误区,胸痛时强忍拖延、自行休息缓解,或是自驾车、步行就医,都会加重心肌缺血,极易诱发途中心跳骤停,错失救治机会。

他强调,市民需警惕心梗典型症状与不典型前兆,除持续性胸痛、胸闷、大汗、乏力外,肩背放射痛、上腹闷痛、恶心烦躁等异常症状也需高度重视;出现心脏不适切勿拖延,正确做法是立即停止活动、原地休息,第一时间拨打120,等待专业转运救治。

记者 任诗好
通讯员 徐锦龙 江国栋