



百医荐名医

早于疾病遇见名医 为健康找个参谋



深耕运动医学,守护筋骨安康——曹建刚

曹建刚主任是运动医学与关节微创领域资深专家,深耕骨科临床与微创诊疗一线,凭借扎实的医学功底与精湛的微创术式,引领区域关节疾病微创诊疗技术发展,在运动损伤修复、复杂关节病症矫治方面树立专业标杆,他的手术精准高效,曾为国内外多位专业运动员手术(包括奥运会、亚运会、全运会等奖牌选手)并助其重返赛场。

**单位任职及荣誉称号:**  
主任医师、医学博士、硕士研究生导师、天津医院运动损伤与关节镜二病区行政主任。主持省部级科研项目3项,引进天津市卫健委新技术填补空白项目6项,擅长膝、肩、肘、腕、踝等关节疾病的关节镜微创手术,包括:膝关节前、后交叉韧带损伤的重建及复杂多韧带损伤的修复重建、半月板损伤修复、软骨移植、髌骨脱位矫正;“肩周炎”(冻结肩)、肩袖损伤、肩峰下撞击综合征、肩关节脱位的关节镜手术等;对中重度膝骨关节炎的手术治疗也积累了丰富的临床经验,包括:人工全膝关节置换及翻修术;膝关节单髁置换术、膝关节周围截骨术等。

微信关注  
《百医百顺》视频号,观看更多精彩科普视频。



微信关注  
《百医百顺》公众号,了解更多节目信息。



气道被堵,生命告急

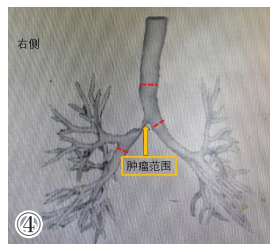
合力救治创生命奇迹

近日,天津市胸科医院党委副书记、院长孙大强和胸外科主任李鑫团队成功为一名气管腺样囊性癌患者实施了ECMO(体外膜肺氧合)辅助下“隆突切除重建”+“右肺上叶切除术”,以精湛技术为患者打通了生命气道,创造了生命奇迹。



百医专访

汇聚健康百态 探寻生命之光



图片说明:

图①:孙大强院长(左二)、胸外科主任李鑫(右一)带领团队正在进行手术。

图②:天津市胸科医院党委副书记、院长孙大强。

图③:天津市胸科医院胸外科主任李鑫。

图④:胸部CT三维重建效果图。



迅速启动MDT多学科会诊:六大科室合力定制最优方案

对于无远处转移的气管腺样囊性癌,手术切除是最佳治疗选择。但由于肿瘤位置特殊,侵犯隆突、左右主支气管及右肺上叶支气管开口,常规手术无法完整切除,且术中气道管理难度极高,患者随时可能因气道梗阻危及生命。

鉴于此,医院迅速启动MDT多学科会诊,由胸外科牵头,联合呼吸内科、放疗科、影像科、麻醉科、体外循环科等科室专家,共同评估病情,制定了“ECMO辅助下隆突切除重建+右肺上叶切除术”的个体化手术方案,同时规划了围手术期管理、应急保障及术后康复全流程。

ECMO护航,多学科联手高难度手术:打通生命气道

手术在ECMO(体外膜肺氧合)辅助下开展,为术中气道操作提供了安全保障。团队先行左胸微创切口,充分游离左主支气管周围组织,为后续隆突重建提供条件,后于右胸切口精准分离肿瘤,完整切除了气管下段、隆突、右肺上叶及周围受侵组织,随后进行了精细的主支气管——左主支气管——右肺中间干支气管重建吻合。

整个手术过程顺利,由胸外科、心外科、麻醉科、体外循环科、手术室等组成的团队默契配合,成功克服了气道重建、血管保护、出血控制等多重技术难关,顺利完成了这一高难度复杂手术。

惊叹!

术后快速康复:当天脱机拔管

患者术后即刻于手术室脱离

ECMO,安返监护室。当日就成功脱机拔管。目前患者喘憋症状完全消失,呼吸通畅,生活质量显著改善,已康复出院。

致敬!

医者仁心,拓宽救治边界

隆突切除重建手术是胸外科领域的“珠穆朗玛峰”,对术者的解剖功底、操作精度、应急能力,以及多学科协作水平都有极高要求。此次手术的成功,让我们看到了患者重获新生的喜悦,也看到了天津市胸科医院多学科团队并肩协作的强大力量,更看到了胸外科团队,在复杂气道肿瘤诊疗领域用顶尖技术突破诊疗极限的担当。

每一次攻坚克难,都是对生命的敬畏,每一场全力以赴,都是医者初心的坚守。

天津广播电视台教育频道  
《百医百顺》播出时间:每周日至周四20:10。

肩袖损伤,晚上为什么会疼痛加剧

很多人都有这样的经历——肩袖损伤,晚上会疼痛加剧,甚至还会疼醒。今天就让天津医院运动损伤与关节镜二病区曹建刚主任为大家解答。

1. 炎症液体的聚集:白天我们站立或者坐着的时候,由于重力的作用,关节内的炎症液体会向下流,晚上我们平躺以后,液体就重新分布了。弥漫到整个关节腔,导致关节的压力增高,从而引发关节的压力增高,从而引发肩关节疼痛。
2. 睡眠中的无意压迫:睡眠中很

难控制自己的姿势,很可能会压倒患侧的肩膀,或者将手臂举过头顶,这些都会压迫到损伤的位置,炎症组织受到压迫以后就会产生尖锐的疼痛。

3. 夜间人对疼痛的感知会更加敏感:夜间睡眠时环境安静、干扰减少,人体注意力更集中于身体不适,对疼痛的感受会比白天更强烈。

健康杂“获”铺

小方法大作用 为生活储备健康能量

为何说手术创造了生命奇迹?

对于胸外科医生来说,这个手术属于超高难度的顶级大手术,用专业界别来界定的话,这是四级特大高难度手术,属于外科最高级别。首先,肿瘤位置要命,它长在气管主干,贴着心脏,大血管、主动脉,周围全是生命主干道,空间极小,一碰就危险。其次,肿瘤特点很特殊,腺样囊性癌喜欢沿着气管管壁浸润生长、蔓延很长一段,手术往往要切除一大段气管。切完病变气管,还要把上下气管重新对接缝合,对医生吻合技术、精细度要求极高,而且术中随时可能窒息,呼吸中断。因此,这个手术既考验医院的综合实力,也考验主刀医生的经验和精细操作能力。

今天,让我们走进天津市胸科医院,重新回望这场手术的全部历程,见证多学科医护团队如何同心协力救治,以专业突破医学难关,为更多身处困境的患者点亮前行之光。

病例回顾:

气道被堵,紧急就医

患者为一名中年女性,没有明显诱因出现喘憋,且喘憋程度进行性加重,严重影响了生活质量。呼吸科接诊后,门诊胸部CT检查发现,其气管内占位,侵及主气管下段及隆突。这意味着患者的气道已被肿瘤严重堵塞,如病情继续加重可能出现窒息风险。

呼吸与危重症医学科三病区的马晖主任团队果断排查并逐级诊治。

患者入院后,医生迅速为其完善相关检查:

●气管镜检查发现:气管下段见软组织肿物,侵及隆突、左右主支气管开口,右主支气管开口近乎闭塞,肿物血运丰富,触之易出血;

●病理活检确诊:气管腺样囊性癌,这是一种起源于气管黏液腺的恶性肿瘤,呈浸润性生长,极易侵犯气道周围重要结构,手术难度极大;

●PET-CT检查结论:气管下段及右侧主支气管管腔内软组织肿块,FDG摄取增高,符合恶性肿瘤表现,无远处转移,为手术根治创造了条件。

为保障患者生命安全,呼吸与危重症医学科三病区的马晖主任团队作为首诊团队,于气管镜下以圈套器去除部分气道内肿物,初步复通患者气道,既为明确病理提供了可靠标本,又为后续治疗争取了机会。