编辑 赵丽 | 美编 徐丞 | 校对 伊韦

为热爱开麦！首场海选“声”动徐州

本报记者 倪帅

“今天的土山广场，宜听歌、宜鼓掌，也宜跟着节奏一起摇摆！”11月14日一早，风还是凉的，土山广场（巧克力博物馆对面）却先热了起来。调音台前，工作人员反复试麦；舞台前，观众围了一圈又一圈；舞台一侧，冠名方绿健搭起的福利摊位飘出奶香。歌声、掌声、欢呼声点燃了这个冬日。

这里是“声动C位”2026“苏C音乐城”徐州歌手挑战赛的首场海选现场。没有围墙，没有门票，一方舞台，一支话筒，土山广场成了露天Livehouse。

徐州有了自己的Livehouse

好听的歌，往往治愈人心，让人感动。这场露天Livehouse不设门槛，但站“C位”要有真实力。徐州文化馆活动部主任曹鹏、徐州广电综艺导演李晨、徐州广电舞蹈编导陈慧慧、徐州广电主持人段艺伟4位彭城音推官，为徐州好声音“接麦、把关”。

比赛怎么比？现场“划重点”：选手演唱控制在4分钟以内，开唱满1分钟后，音推官可随时中止演唱，也可根据表现安排即兴或命题演唱；演唱完毕，4位音推官独立给出推荐结果——全票推荐，直通卡到手，直接晋级复赛；获得2至3位推荐，进入待定；仅获1位推荐或没有推荐，则遗憾止步。

规则一出，舞台前的空气里便多了几分紧张：想站上“C位”，既要有准备充分的好歌，也要经得住临场发挥的考验。候场区里，有人抓紧最后时间默念歌词，有人整理服装，也有人互相击掌打气。

伴奏响起，选手登台，音推官凝神听辨，观众跟着节奏轻轻摇摆。开麦的一刻，唱出的是热爱；全票通过的一刻，收获的是肯定；直通卡递出的一刻，意味着离梦想又近了一步。

唱青春，唱热爱，也唱梦想

首场海选最动人的，是舞台上一个又一个具体的人。

“我们6个人来自中国矿业大学，热爱舞台，也珍惜这次机会，希望用青春之声展现我们的风采。”参赛选手石雨乐说，他们带来的是改编音乐剧《千分之一》，从作品打磨、歌词揣摩到声乐训练、舞台编排，反复排练磨合。

18岁高中生刘睿萱的梦想，是考入浙江音乐学院。这次她唱响一首《BATTER UP》，拿到首场海选的第一张通关卡，开心又淡定：“结果算‘意料之中’，下次有这样的比赛，我还会来。”

40岁的全职妈妈邓文超拿到第二张直通卡时很激动，“搁置10年的爱好和梦想重新拾起来了。”她唱的是一首励志歌曲《What's Up》，一开口就燃动现场，台下观众跟着旋律摇摆。这个舞台，让一位全职妈妈闪闪发光。

消防员刘奥演唱《男孩》：“我在救援一线逆行守护生命，拿起话筒，我以歌声传递力量。”工程机械制造业从业者史卢芝说，自己爱好唱歌，从未间断过；教师程煜迪一首《天后》唱出心中的热爱……

舞台不设限，唱法不设限，年龄和身份也不设限。有人唱青春，有人唱梦想，有人唱的是半生不改的热爱——不同的故事，在同一支话筒前汇成了最好的和声。

徐州好声音，把热爱唱向更大舞台

本次比赛，与传统专业赛事最大的不同，就在“全民参与”和“场景破圈”：不限唱法及音乐类别，舞台搭到百姓身边，麦克风递给普通市民。

首场海选的58名选手，来自学生、教师、全职妈妈、工程机械制造业从业者、消防员、足球教练、汽车销售等各行各业，把歌唱给全城听。海选现场还同步设置“体验赛道”，欢迎所有热爱音乐的朋友到场登台，参与体验。

直通卡是肯定，待定是悬念，止步也并非终点。舞台记住的，不只是结果，还有参赛者们认真演唱的每一刻。只要敢站上台，把歌唱给全城听，就能收获属于自己的掌声。

首场海选落幕，精彩的比赛才刚刚开场。接下来，还有4场海选陆续展开，更多徐州好声音等待“接麦”。彭城音推官将综合复盘各场次选手的表现，最终确定复赛晋级名单，脱颖而出的选手将登上“声动C位”新年演唱会的总决赛舞台，角逐徐州十佳歌手及冠亚季军。更大的舞台还在前方，也许，下一位上台的就是你。

不开胸，半小时换“心门”

徐矿总医院多学科协作，复杂瓣膜病患者重获生机

本报记者 晏飞

稍微动一动就胸闷，走几步路就喘得厉害。69岁的王女士（化名）原以为自己只是年纪大了、体力差，直到心脏彩超检查，才发现心脏的“阀门”已重度狭窄，随时有猝死风险。近日，徐州医科大学第二附属医院（徐矿总医院）心内科主任祁春梅团队联合麻醉、超声、胸外科等多学科，为其实施经导管主动脉瓣置换术（TAVR）。不开胸，仅从大腿根部血管送入一根导丝，半个多小时就完成了瓣膜置换。术后患者快速苏醒，未进入ICU或CCU，直接返回普通病房。

走几步就喘 心脏“阀门”重度狭窄

王女士因活动后憋喘来到徐矿总医院心内科就诊。检查结果让医生捏了一把汗：主动脉瓣重度狭窄，合并糖尿病，入院时空腹血糖20mmol/L以上，酮体较高，血糖控制很差；同时患者体形肥胖。冠脉CT排除了冠心病，明确诊断为心脏瓣膜病、重度主动脉瓣狭窄。

“这个病预后不好，容易猝死。”患者和家属查了不少资料，得知病情后非常焦虑，担心突然发生意外。

按照传统治疗方式，应行外科开胸主动脉瓣置换术，但手术需要体外循环，创伤大、时间长，对合并糖尿病、肥胖且血糖控制不佳的患者来说，开胸切口愈合也是难题。

王女士对劈开胸骨“开大刀”的手术方式表示不能接受。

不开胸换瓣 医患共同决定

患者和家属一再向祁春梅表达诉求，希望找到创伤更小的手术方法。经过医患充分沟通，祁春梅团队决定为患者实施经导管主动脉瓣置换术。

祁春梅介绍，与传统开胸手术相比，介入换瓣最大的优势是微创：从大腿根部股动脉建立通道，将瓣膜输送至心脏，“没有大切口，不需要长时间愈合，手术时间短，患者接受度和耐受度都更好，整体风险也小得多。”

祁春梅坦言，这类手术此前开展不多，除了费用因素外，也与技术难度大、患者了解不够有关。如今医保已覆盖相关费用，患者对微创治疗的理解逐步加深，多学科联合为手术保驾护航，降低了手术风险。医保报销后，介入手术费用和外科手术费用基本相当。

三大难点叠加 导丝在“钙化路”上穿行

这不是一例常规的介入换瓣手术。祁春梅说，王女士的病例有三个特殊难点。

一是患者为先天性二叶式主动脉瓣畸形。正常主动脉瓣有三个瓣叶，她先天只有两个。“瓣环稳定性较差，瓣膜放上去容易出现位置不佳、瓣膜脱落或反流，对术者要求更高，操作必须更精细。”二是患者瓣膜钙化严重，置入前需先球囊扩张狭窄口，钙化严重时瓣膜容易撕裂；更棘手的是，血管走行甚至主动脉弓都严重钙化，“就像找到目的地的路很难走”，导丝、球囊和瓣膜输送系统通过时，血管并发症风险明显增加。

三是患者术前跨瓣压差高达129 mmHg，而一般病例约50至60mmHg。压差越大，放瓣膜时瓣膜被血流冲出的概率就越大，导丝通过、球囊扩张的阻力和难度均增加。

多学科护航 半小时完成“心门”置换

面对复杂病情，医院组织多学科团队（MDT）共同讨论。超声、麻醉、心内科、胸外科等科室共同参与，对入路选择、器械选择、如何避免钙化血管穿破和并发症进行规范化术前评估，最终确定手术方案。

手术当天，导管室内多学科团队各就各位。导丝通过钙化血管，球囊扩张狭窄瓣口，瓣膜精准释放……除麻醉时间外，手术本身仅用半个多小时。麻醉团队配合实施快速唤醒，患者术后即刻苏醒，直接回到普通病房。“以前做完这类手术都要进ICU或者CCU观察，这次患者术后直接回普通病房，创伤相当于做了一次小手术。”祁春梅说。

患者术后状态良好，整体恢复满意。



祁春梅，徐州矿务集团总医院心血管内科主任，徐州医科大学教授，主任医师、硕士生导师，德国ISAR心脏中心访问学者。江苏省临床重点专科学科带头人，第一批江苏“卫生拔尖人才”，江苏省“333”人才。擅长冠心病、心力衰竭、高血压、心肌梗死、心律失常（如房颤、早搏）及心血管危急重症诊治。获国家级及省市级课题30余项，发表SCI、中华系列等论文50余篇。