

一剂麻醉药“放倒”你 只是看家本领之一 麻醉医生有故事

□本报记者 邓剑云

一剂麻醉药“放倒”病人,让病人安全、无痛地度过手术治疗,顺利醒来迎接“新生”。

这是大众对麻醉医生的普遍认知。

然而,这只是麻醉医生的看家本领之一。

他们管的远不只是无影灯下那一亩三分地。

2023年3月27日—4月2日是中国麻醉周,今年麻醉周的主题是“敬畏生命,医患同行——讲好麻醉故事,助力健康中国”。有请故事主角——麻醉医生!

最担心的不是术前麻不倒,而是术后醒不了

3月28日,本是福建省人民医院麻醉科主任医师王翔锋工作中相对“静态”的一天——(每周二)值守麻醉科门诊。

那一天,他把门诊时间延后了,因为一位90岁的老太太已经等不起了。

90岁的陈奶奶右腿行走困难两个半月,右脚溃烂了10多天,门诊以“双下肢动脉粥样硬化性坏疽”收住入院。多学科会诊时认为,保守治疗无效,必须行下肢动脉血管腔内开通术,同时清除坏死足趾。

术前检查发现,陈奶奶合并心脏肿瘤(心房黏液瘤)、心房颤动等10多种疾病。

这对于王翔锋来说,意味着手术麻醉风险大,围手术期出现心房黏液瘤脱落导致全身多发栓塞风险大,可能出现脑梗死等。这也意味着挑战开始了,王翔锋必须将术中的镇痛效果、麻醉深度、血容量、



血管张力、心脏收缩力、氧供需平衡都调控在最合理的状态。

手术全过程中,麻醉医生监测心电图、动脉血压、心排血量、体温、氧饱和度、脑电双频谱指数、呼吸潮气量、气道压、尿量、血气分析等,开展输液量管理、心脏功能保护、肺保护、脑卒中预防、体温保护治疗。

经过3.5小时,手术结束。20分钟后患者苏醒。王翔锋放心了,也感受到了满满的职业成就感。

麻醉医生真正的看家本领,准确地说是术中管理,是呼吸、循环和人体内环境的调控,是危重症患者的抢救。

麻醉医生总结这项工作是,上看监护仪,下看眼口鼻,左边放置输液器,右边安置呼吸机,一手握



喉罩,一手捏气囊,腰间斜挎镇痛泵。

对于麻醉医生来说,世界上根本就没有麻不倒的人,只有醒不来的人。他们最担心的不是术前麻不倒,而是术后醒不了。

“人不狠,话很多”,吃喝拉撒睡全“管”

3月30日一早,王翔锋开启因参与抢救陈奶奶而延后的麻醉科门诊。

46岁的陈先生要做无痛胃肠镜,术前来麻醉科门诊:“医生,我要做个无痛胃肠镜,请帮我评估一下。”

王翔锋问陈先生:“你平时身体好吗?有没有哪里不舒服?”

“偶尔血压高一些,血糖高一些。”

“发现多久了,血压血糖多高?有没有吃药?”

血压、血糖检测后,显示血糖28.7mmol/L,数值已快爆表。

王翔锋又问:“平时口渴吗?小便多吗?有过心脏难受吗?头晕吗?打呼噜吗?有没有做过手术?对什么药物过敏?抽烟吗?喝酒吗?”

陈先生和许多人一样,认为麻醉医生“人不狠话不多,一针放倒你”,没想到“评估”两个字引出的“问号”有那么多,吃喝拉撒睡全“管”上了。更没想到的是,会因为血糖问题,被“劝退”,需要先到内分泌科治疗,指征平稳后才可做无痛胃肠镜。

王翔锋说,常规的麻醉门诊的工作包含麻醉前评估、准备、预约和咨询,出院后麻醉相关情况随访,以及麻醉相关并发症的诊疗。而只是评估这一项,就包含了评估手术室外手术麻醉(如胃肠镜、支气管镜、宫腔镜等)病人的生理、病理、体能、心理、营养,以及手术风险。评估后,要根据评估结果,调整手术前常见病的用药,建议心肺康复训练、营养支持、心理疏导等预康复治疗,提高患者身体对手术麻醉的耐受能力,保证手术安全和术后快速康复。

麻醉医生的工作贯穿整个围手术期,从病人决定接受手术治疗开始,到无影灯下的麻醉治疗,到术后康复,麻醉医生都要时刻监测病人的体征情况。

“幕后英雄”走上“台前”

如今,我国的麻醉学科已经发展成熟。麻醉学的临床服务范围拓宽,从手术室内延伸到了手术室外,这些监视仪旁的“幕后英雄”也逐渐走上台前,进入病房、门诊;麻醉也从外科进入到内科、妇产科等



各个涉及有创诊疗的科室。

2018年国家卫生健康委、发展改革委等七个部门联合发布了《关于印发加强和完善麻醉医疗服务意见的通知》,2019年国家卫生健康委办公厅下发了《关于印发麻醉科医疗服务能力建设指南(试行)的通知》等。其中明确,麻醉科医疗服务涵盖了临床麻醉、疼痛诊疗、监护治疗、急救复苏等门(急)诊和住院服务多个领域。

2018年以来,我省医院陆续新增麻醉科门诊或麻醉科疼痛门诊,有条件的医院还开设了麻醉治疗门诊,都以麻醉医生坐诊为主。当幕后英雄走上台前,他们更加不是那个“打一针”让你“睡一觉”的角色,他们的职责也从为患者“保命”延伸到让患者“安全舒适,快速康复”。



麻醉医师不是“拿手术刀”的,很多人并不了解他们工作的重要性。

实际上,一份工作有8个执业地点,正说明了他们很重要。也因此有“开刀治病,麻醉保命”,甚至有“只有小手术,没有小麻醉”的说法。

然而,这样一个为患者“保命”的重要角色,目前在国内的数量只有10万,我国每万人只拥有麻醉医师0.5名,只有“标准配置”的五分之一,缺口达30万。

究其原因,一方面,麻醉工作时间长、强度大、风险高,一些医学生不愿意从事麻醉专业,一些麻醉专业的医生选择“出走”其他专科,导致麻醉医生常年短缺;另一方面,麻醉学专业是公认的医学类最难学的专业之一,是一门研究麻醉、镇痛、急救复苏及重症医学的综合性学科,形象地说要有“内科医生的脑、外科医生的手、精神科医生的心”,让许多学生不敢轻易报读麻醉专业。

当然,麻醉学科的多元价值只会越来越凸显,因为它是一家医院重要的技术支撑,它的水平代表了一家医院高质量发展的水平。2022年12月6日,国家卫生健康委发布《关于印发〈三级医院评审标准(2022年版)〉及其实施细则的通知》,其中麻醉权重大幅提升,说明了这一点。

麻醉学科发展正迎来巨大机遇期,相信更多的医学生、医生会迎难而上,直面挑战,为患者保驾护航。