

从“麻”到“醒”的全生命体征调控——

麻醉医生：远非“打一针”那么简单

在大众的认知里,手术的主角往往是执刀的外科医生,而麻醉医生,这个同样在手术中起着关键作用的群体,他们需要在手术中全程待命,却常常隐身于幕后,鲜少被大众关注。实际上,麻醉医生是“生命体征的调控者”,不仅可通过精准控制麻醉药量,为患者创造手术条件;还能在疼痛管理领域,通过神经阻滞、药物干预等多种手段,提供舒适化医疗,为患者缓解疼痛、减轻身心负担,重新找回生活的希望。在中国麻醉周里,记者走进麻醉医生的工作日常,展现这个群体在守护生命中的独特贡献。



医生在手术中。

显微技术助力 糖尿病足患者 “保肢重生”

晚报讯 在建院25周年之际,南通瑞慈医院上演了暖心一幕:糖尿病足患者张先生在历经4个月治疗后,手持锦旗向手足显微外科主任王瑞良鞠躬致谢。曾面临截肢困境的他,如今已能正常行走,激动地称赞医院医术高超、医护关怀备至。

此前,张先生因右足外伤后溃烂流液一月余四处求医。在其他院检查时,他的空腹血糖高达23.9mmol/L(远超正常值6.1mmol/L),糖化血红蛋白13.9%(正常值<6.5%),糖尿病病情严重失控。其右足伤口感染迅速扩散,出现发热、肿胀症状,常规抗感染治疗毫无效果,生命健康受到严重威胁。

入院时,张先生足部内侧软组织广泛坏死,感染深度逼近骨组织。若病情持续恶化,不仅右脚可能保不住,还可能引发脓毒症危及生命。面对这一复杂病情,瑞慈医院手足显微外科团队迅速启动多学科会诊(MDT),联合内分泌科、感染科、麻醉科等专家,制定了“控糖抗感染先行,骨搬运技术保肢护航”的精准治疗策略。

治疗过程中,团队先采用“糖尿病足感染坏死病灶切除清创术”,精准剥离坏死组织,最大限度避免对健康血管神经的损伤。术后,结合敏感抗生素治疗,感染指标明显下降。针对足部血运障碍问题,团队创新性地应用“胫骨横向骨搬运术”,通过微小截骨牵拉,刺激下肢血管网再生,就像“唤醒”休眠的血管,重新为足部供血,这成为避免截肢的关键举措。经过多次清创术和胫骨横向搬运,张先生下肢血管成功再生,右足长出新鲜肉芽组织,随后进行的游离植皮术使创面完全愈合,足部功能逐步恢复。

术后,医院为张先生提供了全方位、精细化的护理。心电监护仪24小时监测血压、血氧、心率,静脉镇痛泵缓解疼痛,医护人员每两小时观察一次伤口敷料情况,及时调整药物剂量和骨搬运牵引针刻度,全力保障康复进程。

在医护团队4个月的悉心照料下,张先生右足植皮区愈合良好,血运和感觉恢复正常,顺利出院。

瑞慈医院此次成功救治,彰显了其在糖尿病足治疗领域的专业实力,也为更多面临同样困境的患者带来了希望。

通讯员周琦 记者朱颖亮

超长待机,麻醉医生全天候忙碌是常态

3月29日上午7点58分,南通市第一人民医院麻醉科副主任姚雷正在进行术前讨论。每日手术前,她需与团队逐一核对患者麻醉方案及术中风险点,并在手术排单上标注关键事项。

当天的第一台手术是一名82岁的老人。“老年患者常合并多系统疾病和多重用药史,麻醉风险显著增加。而且老年术中更易出现心脑血管意外。”姚雷解释。针对此类高危病例,她需与主刀医生反复推敲麻醉策略,通过控制围手术期应激反应,维持生命体征平稳,在保障安全的同时提升患者舒适度。

中午12点,姚雷从手术室匆匆赶至配餐间,用10分钟解决午饭后返回岗位。“我们中午从来不休息,吃饭、喝水、上厕所这种常人看起来非常简单的小事,我们都要看手术进展情况和患者的生命体征而定。”忍渴、挨饿、憋尿是麻醉医生的基本技能和家常便饭。因为在手术过程中,主刀医生只需专注局部部位的手术,而麻醉医生则寸步不能离,要全程监护患者的呼吸、血压、心跳等生命体征,稳稳拉住生命防线,保障手术运行。

下午5点,姚雷负责的5台手术全部顺利结束,但这并不意味着她一天的工

作就此结束。下班前,她还要和同事们一起去看望明天手术的患者,全面评估患者的身体状况,制定手术麻醉方案。

一天5台手术对她来说不算什么,高峰时她曾一天参与十几台手术,从早上7点半忙到晚上近12点,脚不沾地。如果遇到值夜班做急诊,几乎整晚都没有休息的时间。

姚雷今年38岁,有两个孩子。孩子们对母亲救死扶伤的工作感到很自豪,表示自己长大也要当医生,但家人亦心疼她的辛劳:“除了临床工作外,还要承担教学、科研任务,留给家庭的时间太少了。”

精准调控,麻醉远非“打一针”那么简单

“医生你的刀开得真好,一点都不疼。”这样的病人姚雷遇到过很多,“开刀不疼”的背后正是麻醉医生深藏功与名。

事实上,打一针只是麻醉医生工作的开始,当患者进入麻醉状态后,麻醉医生的工作才真正进入高潮。心电图、血压、血氧、呼吸频率、体温等10多项数据都需要麻醉医生全程监控,并根据手术操作的情况提前进行预判或处理。

手术结束后,主刀医生离开。姚雷和她的同事们还要逐步减少麻醉药物,确保患者安全苏醒,避免躁动、呕

吐或呼吸抑制。同时,他们需要根据手术创伤程度制订术后镇痛计划,减少患者痛苦。

“医生,我平时酒量很好的,千杯不倒,你帮我多用点麻醉剂。”姚雷曾经遇到过不少有此类认知误区的患者。“是吗?那你就从1数到10。”随着麻醉药缓缓推入体内,患者的声音越来越小,数到7就“晕倒”了。

不过,麻醉不是让患者陷入沉睡即可,而是要把握好“三重奏”:镇静、镇痛、肌松,三者剂量必须完美平衡。麻醉过浅可能导致术中知晓,麻醉过深则可能抑制呼吸循环。

从幕后到台前,麻醉医生突围疼痛管理

“麻醉医生不再局限于手术室的工作,可以走到更广的诊疗范围,为患者提供个性化诊疗方案。”南通一院疼痛科负责人、副主任医师孙鑫介绍,自己也是麻醉医生,自2011年起他便开始进修疼痛管理相关专业,推进疼痛门诊的设立。随着舒适化医疗的发展,麻醉学已经走出手术室,进入更多的医疗诊治场景中,诸如无痛胃肠镜、无痛纤维支气管镜、无痛拔牙、无痛分娩等在我市多家公立医院已经常态化开展。同样,对癌痛诊疗、关节疼痛、带状疱疹等难治性疾病,麻醉学也提

供了独特的治疗方案。

春天是带状疱疹的高发期。近日,门诊上不少“中招”的患者来向孙鑫求助。患者朱先生(化姓)于半年前右侧腰背部及腹部出现疱疹,疱疹愈合后遗留右侧腰背及腹部疼痛。起初他没有当回事,直至疼痛区无法触碰及穿衣,口服止痛药物治疗效果差,严重影响了生活及睡眠。“听到南通一院疼痛科有治疗方案能缓解带状疱疹性神经痛,于是我就过来了。”

孙鑫为朱先生做了疼痛级别评分,根据评分为他进行分级治疗。由于朱先生疼痛级别评分较高,最终考虑予以微

创背根神经节脉冲射频术。在做好充分的术前准备后,孙鑫在B超及CT引导下,利用穿刺手段精准地将穿刺针置入相应右侧背根神经节,予以刺激可以完全覆盖疼痛区域,随后予以长时程、高电压脉冲射频治疗。手术完成后,朱先生的疼痛明显缓解。

目前,南通一院疼痛科门诊每月门诊量近600人次,越来越多的患者无需忍耐疼痛。随着舒适化医疗发展,麻醉医生正从手术室的“生命监护者”转型为多场景疼痛管理的“破局者”。

本报记者朱颖亮