

安全与舒适：麻醉学永恒的主题

▲ 本报实习记者 苏明



余守章 教授



刘恒意 副教授



韩如泉 教授



王秀丽 教授



祝胜美 教授



徐军美 教授

提高临床麻醉安全策略

先进技术手段助力麻醉安全

广州市第一人民医院麻醉科余守章教授指出麻醉医生的职责不仅仅是麻醉，同时还要监测与维持器官功能或结构完整，保证患者手术期间生命安全以及长期良好预后。医生可通过先进的技术手段来提高实际操作水平。

新型一点双通道穿刺针法应用于腰硬联合麻醉 余教授所进行的临床研究得出，新型一点双通道穿刺针法行腰硬联合麻醉更安全有效，缩短了腰麻后患者体位翻正的时间，减少了不良反应，有利于麻醉医生调节麻醉平面，为椎管内阻滞提供了新技术。

更好的药物输送系统 靶控闭环输注将靶控泵和麻醉深度联结起来，通过麻醉深度数值调节靶控泵的注药速度，使患者麻醉深度接近理

想程度。**更好的麻醉机内回路消毒方法** 带呼吸回路的麻醉机反复使用后，内部回路管道的致病菌极易导致医源性感染。但是将消毒机经过氧化氢和臭氧联合作用，对两种载体上枯草杆菌黑色变种芽孢杀灭率高达99.9%以上。

此外余教授还呼吁医生列出麻醉检查清单，建议医生熟悉更多医学知识，更新麻醉理念。在麻醉的同时考虑患者的恢复质量和舒适度。

不同学科麻醉管理进展

颅脑创伤麻醉管理注意七事项

首都医科大学附属北京天坛医院麻醉科韩如泉教授强调，颅脑损伤的救治一定要在全身内环境稳定的基础上进行，因此保护脑功能的核心就是维持脑血流，保证脑灌注，降低颅内压。

颅脑创伤是指头部遭受撞击或贯穿伤从而引起脑功能障碍。我国每年死于交通事故的人数在10万以上，颅脑创伤导致的残疾严重影响患者本人及其家庭生活。韩教授推荐颅脑创伤麻醉管理应遵循以下几点：（1）脑灌注压应保持在60 mm Hg以上。

（2）必要时可使用血管升压药及影响肌力的药物。（3）确保充足通气，防止低氧血症和高碳酸血症同时也要避免过度通气，二氧化碳分压应维持在30~35 mm Hg。（4）静脉麻醉可联合应用丙泊酚及瑞芬太尼，七氟烷是挥发性麻醉药的首选。（5）

维持正常血容量、血细胞比容以及正常的血糖水平。（6）维持颅脑创伤患者血容量最好的方法是高渗性盐溶液，而低渗及葡萄糖溶液应避免使用。人体核心温度要低于37℃。（7）颅脑损伤合并颈椎骨折时，在气管管理以及体位选择中应考虑保护颈椎。

综合防治降低骨科患者围术期深静脉血栓栓塞发生率

河北医科大学第三医院麻醉科王秀丽教授指出患者很多后果与麻醉医生都是分不开的，同样围术期静脉血栓栓塞的预防和处理也需要术者和麻醉医师的共同协商，采用综合性的防治措施，有效降低其发生率。

静脉血栓栓塞是指血液在静脉内不正常凝集，从而使血管完全或不完全阻塞。我国每年有数百万例骨科大手术，约50%的患者围术期出现深静脉血栓形成，其中20%的患者出现有症状的肺

栓塞。麻醉医师可根据患者临床表现，结合其物理、化验检查对静脉血栓栓塞的形成风险作出明确的评估和诊断，并据此制定预防措施。对于术前使用肝素抗凝的患者，尽量不用椎管麻醉，术前

24 h停用肝素者，可给予椎管或复合神经阻滞麻醉术。神经阻滞复合全身麻醉配合喉罩应用可减少插管拔管应激反应及止血带反应。采用挠动脉测压，并在术中合理降压，维持患者血液动力学稳定，以防血栓脱落。

从美国麻醉安全思考我国策略

杜兰大学医学中心刘恒意副教授指出，国内有些医院连最基本的仪器也没有。而在美国的医院，每天早晨都会常规检查仪器运转是否正常以避免由此造成的麻醉风险。此外国内医生缺乏交流沟通，而要减少麻醉风险，还需要依靠集体的力量。

1970年，美国麻醉医师协会（ASA）为降低麻醉风险就已开始寻找导致麻醉相关不良后果的原因。1986年ASA在所有医学专业中首先实施行业标准，至今已有30项相关指南标准。2009年ASA创办了美国麻醉质量研究院（AQI），通过统计医疗机构的相关质控数据，对麻醉临床后果研究分析，并推广临床质量改进手段。

刘恒意教授呼吁我国也应建立全国性麻醉等级和质量监测中心，住院医师培训制度以及手术室最低装备和麻醉监护标准；建议国内大型会议安排动手教学和模拟教学；医院采用世界卫生组织核查单，麻醉前、术前和术后都进行仔细核对；医院平时还要有紧急预案，定期培训麻醉医师的危机处理能力。

特殊人群麻醉策略

肥胖患者重在呼吸系统管理

浙江大学医学院附属第一医院麻醉科祝胜美教授介绍肥胖患者常伴有呼吸系统及心血管系统的病理生理改变，增加了麻醉及手术的风险。

肥胖患者在麻醉前应着重了解呼吸和循环系统的问题。祝胜美教授强调呼吸系统管理是肥胖患者麻醉中最重要的一个方面，体位对肥胖患者的影响很大，脂肪堆积下沉可减少对呼吸系统的影响。因此患者宜采用35°头高脚底位。调节呼吸频率

婴儿术中气管插管探讨

中南大学湘雅第二医院麻醉科徐军美教授强调婴儿头大、颈短、舌大、鼻腔喉及上呼吸道狭窄，为插管带来诸多困难。为此徐教授结合自己多年的临床经验针对婴幼儿先天性心脏病手术中气管插管的常见问题作了回答。

是否带套囊 徐教授建议婴幼儿一般不用带套囊气管插管。因为婴幼儿喉头最狭窄部位呈圆形。**选择鼻插还是口插** 首选鼻插，因为经鼻插气管的固定比较容易。同时徐教授推荐：气管导管大小可依据鼻孔大小而定，因为婴幼儿鼻孔大小约与环状软骨处

相当，导管若能通过鼻孔，一般均能进入气管。但是鼻插较口插难度更大，因而推荐使用视可尼喉镜。徐教授是首位尝试将视可尼用于婴幼儿先天性心脏病手术，经多年尝试，他总结出视可尼具有明视、损伤小、便于送管的优点，可解决大部分困难插管。