

麻醉医师培训、质量管理

# 麻醉：姓临床！不姓医技！

▲ 上海交通大学医学院附属瑞金医院麻醉科 于布为



于布为 教授

经过近十年的快速发展，麻醉学科的社会影响和学科地位均有显著提升，这是有目共睹的事实。但在麻醉科医师的日常工作

中，依然能够感受到相关科室对麻醉科还不够重视。

我们会感受到那些时隐时现的莫名歧视；我们仍然被社会媒体称之为“麻醉师”甚至“麻师”、“麻师傅”、“麻大师”；我们的奖金主要靠拼体力和时间来赚取；我们仍是猝死高发的科室；我们在多数医院里被归类为医技科室；或者与放射、检验、超声、病理等并称为“医疗平台”科室（与医技科室有何区别？）。

在国家相关部门最近发布的文件中，也将麻醉科列为“医技科室”。事实上，早在1989年原卫生部就发过正式文件，宣布麻

醉科是临床科室。

再看社会重大突发事件，无论是地震、大爆炸、重大交通事故、还是重大暴恐袭击的抢救中，很少听到“麻醉科”这3个字，即使麻醉科医师在现场实施了大量的急救工作，仍不被社会和媒体所关注，连组建急救医疗队都没有麻醉科的名字，这究竟是因为什么？

造成这一现状，无疑有很多主客观因素，但我只想从麻醉科医师的角度来探讨自身的短与长问题；看看我们麻醉科医师，有哪些基本技能被强化了，而哪些又因为本身的工作性质，被弱化或被遗忘了。

麻醉科医师的长处

- ★ 高度的责任心；
- ★ 良好的团队合作精神；
- ★ 快速的反应能力；
- ★ 更有效的抢救技能与临床效果；
- ★ 更有效地维护生命体征和脏器保护的能力。

关于现状的思考

- ★ 我们为什么会失去历史的发展机遇？
- ★ ICU与疼痛学会相继脱离麻醉学会会有哪些启示？
- ★ 目前这样一种状态，究竟是环境因素使然，还是自身努力不够？

改进从自身做起

- ★ 要恢复麻醉科医师对疾病的诊断能力（看得懂影像图片，看得懂特殊专科的检验结果）；
- ★ 要具备治疗疾病的能力（掌握微创或微创介入治疗技术、懂得常用药物的治疗范围与与麻醉药物的相互作用关系）；
- ★ 要有看得懂手术的能力，能看出手术科室医师的手术失误，能预估手术是否会发生手术后并发症；
- ★ 在医疗机构内部重组的过程中，要有能力成为“围术期医学”的主导学科，主导术前评估与准备中心、术后康复指导中心、门诊内窥镜中心、日间手术中心以及ICU等的日常业务工作。

## 围术期医学与麻醉医师培训变革：关注手术、患者与麻醉的互相影响

▲ 重庆医科大学附属第一医院麻醉科 闵苏



闵苏 教授

围术期医学的发展标志着麻醉学的进步，要求麻醉和手术医生不仅关注手术和麻醉技术，更重要的是要从手术与患者、麻醉与患者、以及三者之间相互影响的视角，对患者进行术前风险评估、脏器功能评估与调控；术中精确麻醉，包括麻醉深度监测与用药指导，可视化操作技术和监测应用，脏器功能监测与调控，并优化管理相应技术。更加重视患者术后康复质量与速度，强调恢复的安全与舒适，同时要关注手术患者的体验感受和满意度。

围术期医学发展的一个新标志——日间手术麻醉，要求麻醉医师以安全、舒适、快速恢复的理念，实施高质量麻醉和术后镇痛，这也是对临床麻醉的新要求。

围术期医学必然涉及手术患者快速康复（ERAS），精确麻醉技术与优化麻醉管理，涉及目标导向的动态液体治疗，可视化引导技术和监测，脏器功能保护及调控，建立无栓病房、无痛病房以及快速康复病房等。

为此，建立围术期医学这个概念，在学习和培训中应解决三个问题：

- 第一，借助麻醉学向围术期医学发展的契机，从手术室内的麻醉师真正成长为麻醉医师以及围术期医师，将围术期理念从术前、术中和术后，扩展到关注术后预后，牢固树立围术期医学的意识。
- 第二，加强围术期医学知识与技术的学习和培训，努力培训多科协作和沟通能力，采用多模式镇痛原则，提高麻醉质量、优化术后镇

痛，改善术后预后，努力形成围术期医学不可替代的学科。

第三，不仅仅承担手术室内或外的麻醉工作，通过多科协作平台，积极主动开展ERAS工作，将麻醉医疗的术前访视到术后随访，逐渐形成和建立围术期查房制度，更好地培训和提高麻醉医师临床综合能力，反映麻醉学科在围术期医学中的关键作用。

在麻醉医师培训过程中，术前评估麻醉和手术风险已是常规工作，如何评估和调控手术患者脏器功能的储备能力，例如采用适宜而有效的方法，改善患者术前呼吸功能的储备能力；如何通过临床观察和研究，提高麻醉医师对围术期术后并发症及预后的预测能力，都是围术期医学培训的重点需求。

术后镇痛是麻醉医师的本职工作，改进镇痛技术、提高镇痛质量、加速术后康复、防止术后慢痛的发生、引领和巩固这项技术的地位，有待临床共同努力。

妇产麻醉

## 从一例纠纷看 产科麻醉的处方外用药

▲ 福建省泉州市儿童医院麻醉科 李师阳



李师阳 教授

2015年6月，这样一段文字刷爆麻醉医师的朋友圈：

“我是一名麻醉医师，最近遇上一例产科麻醉纠纷，24岁初产妇，68 kg。5月22日中午12点多做的分娩镇痛，晚上20点左右宫口开全，做会阴侧切胎儿不能下来，晚21点15分改紧急剖宫产。因产科医生要求尽快，故来不及联合麻醉，在硬膜外导管加2%的利多卡因10 ml，5 min后切皮，产妇喊痛，静脉用丙泊酚80 mg，患者安静，面罩加压给氧，9点32分剖出一无心跳、呼吸婴儿，经气管插管抢救，最终婴儿心跳恢复，但无呼吸，最终婴儿死亡。给丙泊酚后产妇并无低血压及缺氧发生。医院和产科抓住丙泊酚是产科麻醉禁忌这一点，法官也抓住这一点。我出示了产科麻醉指南，也出示了现代麻醉学产科麻醉一章，但法官认为权威书籍和指南都要服从说明书。最后判脐带脱垂主要责任，麻醉是次要责任。”

这看似小小的判决，牵动着无数妇产麻醉医生的心，因为如果严格按照说明书用药，那么我国妇产麻醉领域或将面临无药可用的窘境。

在笔者看来，虽然新生儿的死亡看起来与麻醉没有直接关系，但麻醉的处理中仍存在诸多值得深思的地方：

☆ 患者从中午12点做分娩镇痛到晚20点会阴侧切，镇痛采用的是硬膜外置管，

这8个小时硬膜外是否有效？分娩镇痛实施的一大优势是在紧急情况下迅速给药手术。

☆ 文字中有“来不及联合麻醉”之说。首先该患者是实施分娩镇痛的，不需要做联合麻醉，其次如果时间允许，实施单次腰麻是椎管内麻醉最精准快速的方法。

☆ “5 min后切皮，产妇喊痛，静脉用丙泊酚80 mg，患者安静”，如果患者喊痛，请问对一例68 kg的患者80 mg的丙泊酚够应对剖宫产这样的切皮刺激吗？为什么不用氯胺酮？或用局部浸润，或改全麻？

☆ “患者安静，面罩加压给氧”，为何要加压给氧？

关于off-label处方外用药，我个人认为可以用。全麻剖腹产手术，切皮前可给阿片类药物。整个麻醉处理及用药选择，必须根据患者实际情况和需要来定。很多药物在儿科都是处方外用药。医生的职责不应是履行处方，而是根据患者的临床需要决定是否给药。

图片新闻

4月15日，中国医师协会麻醉学医师分会2016年年会开幕前一天，第二届全国麻醉医师羽毛球比赛在海南“开打”。广东队披荆斩棘，拔得头筹，加冕新王，四川、湖北分获二三名。  
 图/陈朝阳 文/张雨

