

第四届中国麻醉周：敬畏生命 关注麻醉

抗击疫情勇担当 重症救治我护航

“敬畏生命，关注麻醉——抗击疫情勇担当，重症救治我护航。”在新冠肺炎疫情全球肆虐的当下，我们迎来了第四个“中国麻醉周”。在中国医师协会麻醉学医师分会会长、中国人民解放军总医院米卫东教授教授的领衔下，众多麻醉科的专家在云上与大家相聚，共同参与到科普活动中来，普及公众对于麻醉的认识，以更好地配合手术麻醉及术后康复治疗。

疫情中的麻醉人身影

新冠疫情中，由麻醉医生组成的“插管小分队”，他们直面最高的感染风险，在一次又一次的成功插管中，为危重症患者的呼吸护航，体现出麻醉医生的使命与担当。

米卫东教授指出，疫情期间，冲在湖北一线的麻醉人就有近千人，还有全国各地的麻醉人，他们都在各自的岗位上出色地完成了任务。在危重症患者的救治过程中，人工气道的建立是重中之重，是非常关键的，在平时围术期的管理过程中气道的建立和维护就是麻醉医生最擅长的技术，是看家本领之一，毋庸置疑在这方面麻醉医生做得非常好。

首都医科大学宣武医院王天龙教授指出，在本次疫情中，除了插管之外，麻醉医生还参与到新冠肺炎患者急症的救治，如剖腹产、宫外孕、大出血等。麻醉医生既要应

对新冠肺炎的防护，同时还维持患者的生命体征，保命救命，麻醉医生处在最艰难的状态，一边要救命一边还要做好自己的防护工作。

麻醉是直逼生命底线的学科

“麻醉学科是一个直逼生命底线的学科。”首都医科大学附属北京世纪坛医院李天佑教授强调，在手术台上，由麻醉医生用自己的手段、设备，把患者的呼吸接管过来，甚至在一些更重要的时刻把患者的心跳接过来、把患者的意识控制，直接调动是生命底线的循环、呼吸、神智等。

中日友好医院赵晶教授强调，麻醉医生是外科领域的内科

医生，手术的成败决定于外科医生，但患者的生命状态，术中状态 and 术后转归，都决定于麻醉医生。

麻醉，适合的才是最好的

北京清华长庚医院张欢教授表示，麻醉技术一方面取决于在手术前对患者做仔细、认真的评估，同时根据患者情况、手术情况，给患者量体裁衣，制作一套个体化的麻醉方案。这个方案不单纯是保证患者手术当中的安全，更

主要的是为了术后的康复变得更加安全、更加迅速，契合了整个围术期医学和加速康复的理念。

“是药三分毒，不是药好和不好，适合患者的、适合手术应用的，就是最好的药物。”北京大学人民医院冯艺教授强调，好和不好取决于什么？取决于医生对患者的理解、对麻醉的掌控，对这个患者最合适的才是最好，不是最贵才是最好，或药效最强才最好，有的时候病情不需要用这么强效的药物，对他来讲就不是最好的药物。什么是最好？最适合才是最好。冯

艺教授提醒，现在很多大医院都开设麻醉门诊，大部分全天开放。如果出现不适，可以去麻醉门诊，请专业医生来评估。



关联阅读全文



冯艺教授



张欢教授



赵晶教授



李天佑教授



王天龙教授



米卫东教授

最先进麻醉 + 机器人外科 联合救治抗疫医生

▲广州医科大学附属第一医院 韩文青

4月11日，何建行教授团队完成“无管化”自主呼吸麻醉下芬奇机器人胸腺瘤微创切除术，据文献查证，自主呼吸麻醉+达芬奇机器人胸腺瘤切除术又是一项突破传统观念的全球“首例”。

今年3月份，国内疫情取得阶段性胜利，一直坚守在深圳抗疫工作的刘医生在体检中发现了左前纵隔肿物，并考虑为较凶险的侵袭性胸腺瘤。

何建行

教授仔细查看了刘医生的各项检查报告，发现这个肿物长的位置比较深，已经开始向肺门里延伸，如果不及时手术切除，随着肿物继续生长有可能会侵犯到血管，那时再进行手术的风险会更高，而就目前情况来看，还是有条件进行“无管化”手术。

完善了各项术前检查，在讨论手术方案的时候，何建行教授提出，在确保安全采用“无管化”技术的前提下，不妨利用更为现代化的技术手段——达芬

奇机器人及裸眼3D视野来辅助这台手术的完成，由于机械手臂更加灵活，能够提高手术精确度，减少并发症，更加有利于术后的快速康复。

此手术是全球首例在自主呼吸麻醉下Tubeless机器人胸腺瘤切除的手术，患者术后6h即可进食、下床活动，疼痛少，恢复快。

手术完成后不到六个小时，在家人的帮助下，刘医生不仅喝了粥，还下地开始慢慢走路，进入康复训练状态，术后24h以内便达到了出院标准。

新冠疫情中的麻醉突围战

在提交给国家卫健委的麻醉学科治疗方案中，上海交通大学医学院附属瑞金医院北院麻醉科于布为教授提出了以麻醉治疗理论为基础的麻醉治疗方案。

第一、对所有CT显示已有肺磨玻璃样变的患者，即使是轻症患者，也都实施一次全身麻醉，并在肌肉松弛药的辅助下，实施气管内插管，给予机械通气人工呼吸，并在麻醉和肌肉松弛的情况下，给患者彻底清理呼吸道。在持续脉搏血氧饱和度的监测下，观察治疗的效果。根据脉搏血氧饱和度的改善情况，调整呼吸机的相关参数和吸入气的氧

浓度。原则上以能维持氧饱和度>95%的最低吸入氧浓度维持人工呼吸。

第二、在全身麻醉和气管插管等操作完成后，以东莨菪碱0.6~0.9 mg 静脉持续输入，以疏通微循环和增加肺毛细血管内血流的流速，观察生命体征的变化和脉搏血氧饱和度的变化。此治疗可每4~6 h重复1次。

第三、对疗效的观察主要依赖脉搏血氧饱和度的持续监测、每日一次的血气分析，以及C型臂X线机的胸部平片观察肺磨玻璃样病变的改善情况（对于观察肺磨玻璃样变而言，C型

臂机床旁拍摄电子胸片已足以满足临床判断病情进展的需要，而无需让患者自行或被转运到CT机房）。

第四、麻醉状态的维持时间长短依患者的改善程度而定。如果患者肺部磨玻璃样变改善明显，吸入30%的氧浓度即可保证氧饱和度>95%，且自主呼吸无气促的表现，即可在短效肌肉松弛药的作用下拔出气管导管。拔管后恢复患者的自主呼吸。如患者心理压力较大，存在焦虑、失眠等表现，可以给予一定程度的镇静以致人工冬眠。

在经过多次向上级主管部

门的反映、建议与沟通后，麻醉学科的治疗方案终于部分得到了采纳。疫区医疗机构通过将麻醉科医师集中组织成立气管插管敢死队（后改称突击队）的形式，对所有危重症患者实施了麻醉下结合使用肌肉松弛药的支气管插管，以及清理呼吸道和雾化吸入等措施，使每日死亡的患者数由日均数百例迅速下降到个位数，从而彻底扭转了对新冠病毒肺炎危重症患者救治的被动局面。

麻醉学科何以能在其他学科束手无策的情况下提出自己独特

的治疗方案？于布为教授强调，主要是得益于厚重的历史积累、麻醉学科独有的抢救手段、以及每天都在进行的对手术中患者及围术期急危重症患者抢救的实际操练。



扫一扫 关联阅读全文