

为手术患者筑起生命的屏障

——北京大学人民医院麻醉科改善医疗服务行动纪实

本报记者 陈晓曼 通讯员 邵晓凤

在不少人印象中,麻醉医生的工作不过是给病人打一针,手术麻醉就是睡一觉那么简单。多年前,很多美国人也这么认为,他们不明白,麻醉医生拿的薪水怎么能是美国医疗行业平均工资的第一呢,应该给麻醉医生减薪。于是,就有了一场激烈的电视辩论,绝大多数嘉宾一边倒地支持给麻醉科医生降薪。这时,出席辩论会的麻醉科医生说话了:“其实,我打这一针是免费的,我收的费用和我拿的薪水,是打完针后看着病人,不要让他(她)因为麻醉或手术出血而死去,并保证他们在手术结束后能安全醒过来。如果你们认为我钱拿多了,没问题,我打完针走就是了。”

“麻醉医生工作的复杂程度与重要性远超出大家的想象。”北大人民医院麻醉科主任冯艺近日在接受记者采访时介绍,麻醉医生不仅要调控患者的麻醉深度,保证患者处于无痛苦状态,手术顺利进行;还要时时监测患者的重要生命体征,保证麻醉安全。随着麻醉技术的不断发展,麻醉业务逐步扩大,对麻醉医生的要求也越来越高。秉持“责任心、事业心、诚心、精心、爱心”科训,为患者提供安全、有效、舒适的医疗服务,正成为有着60余年历史的北大人民医院麻醉科的新宗旨。

时刻监测生命体征

守护患者术中安全

在医院里流行一句俗语,“外科医生治病,麻醉医生保命”。冯艺主任说,为了实现保命的目标,每台手术开始前,麻醉医生都要提早到岗,此前还会详细询问患者病史、查看资料、检查患者,认真评估患者对手术麻醉的耐受性及可能出现的并发症,最重要的是针对不同病人制定不同的麻醉方案。

“同是阑尾炎手术,20多岁的小伙子和八九十岁且合并多种慢性病的老人,麻醉方案一定是不一样的。”冯艺主任解释说,患者的身体素质多种多样,对手术麻醉的耐受性也不尽相同,因此必须在术前全面评估的基础上“私人定制”,为患者制定安全、有效的麻醉计划。

术中,麻醉医师时刻守护在患者身边,“眼观六路、耳听八方”。这期间麻醉医生的注意力高度集中,时刻关注监测仪器显示屏,记录病人生命体征的数值变化,连续输注镇静、镇痛类药物,并实时对药物进行加量或减量处置,同时及时处理病人术中的异常生理反应,应对



冯艺主任指导困难气道患者麻醉。

各种紧急事件,比如大出血、肺栓塞。

作为全国最早一批成立的麻醉科,北大人民医院麻醉科绝不仅仅满足于单纯的围术期安全保障监督工作。他们不断学习补充新知识,不断探索研究新领域,在高难度手术麻醉中攻克一个又一个难题。

众所周知,新生儿的麻醉是麻醉科的一个难点,早产儿的麻醉更是难上加难。早产儿无法配合检查和手术,需要麻醉,但又因为其很多器官没有发育成熟,麻醉的风险非常高。很多医院因此不敢收治早产儿,导致贻误治疗。如今,北大人民医院麻醉科摸索了一整套管理措施,发表多篇相关论著,可以做到“准确评估、平稳麻醉,手术结束快速苏醒”,保证手术顺利完成的同时,保障了患儿生命安全。北大人民医院眼科在早产儿视网膜病变防治方面处于全国领先地位,该科主任黎晓新在接受采访时曾说:“我们整个眼科的发展都受益于麻醉科的支持。”

10余年来,从几个月大的婴儿到百岁老人,从区域麻醉到心、肝、肾移植手术的麻醉,北大人民医院麻醉科共完成20余万人次的麻醉,无一例麻醉相关死亡。

参与手术决策

挽救患者生命

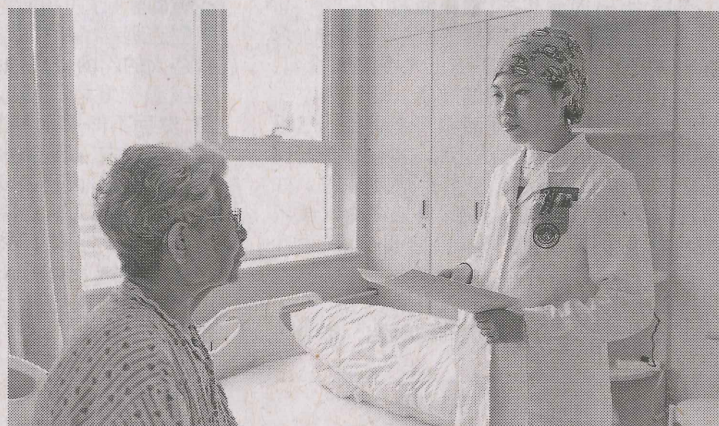
“优秀的麻醉医生会先于主刀医生发现病人生命体征变化和问题,及时做出处置。”冯艺主任说,其中,有些手术会因为麻醉医生的介入而终止或改变术式,在危急关头挽救患者的生命。

该院曾收治过一位54岁的病毒性心肌

炎患者,因发现起搏器囊袋感染,反复发热、寒战,收入医院,准备择期进行全身麻醉下经静脉途径行起搏器电极拔除+囊袋清创术。在全麻状态下,麻醉医师放置经食道超声心动图,进行常规超声心动检查时发现,患者右心房导线上附着巨大赘生物,超声下测量约为3×3cm大小,考虑患者感染性心内膜炎、既往多次感染及起搏器导线再次置入等病史,如果继续按原计划进行,有可能导致巨大赘生物脱落。如果赘生物沿血流方向通过三尖瓣,进入右心室甚至进入肺动脉,势必会造成肺动脉主干堵塞,形成大面积的肺栓塞,患者可能发生猝死。经心脏超声大夫台上复诊,心内科医生与麻醉科医生共同决定,暂停手术,病人全麻苏醒后转入外科,择期行外科开胸体外循环下永久性心内膜起搏器行导线拔除术及囊袋清创术。

冯艺主任说,围术期心脏超声就像麻醉医生的透视镜,让麻醉医生对心脏功能了如指掌。正因为如此,北大人民医院麻醉科通过“走出去,请进来”的策略,3年时间里,先后选送科里的骨干到美国哈佛大学、加拿大多伦多大学以及四川大学华西医院进行进修学习,并邀请国内外知名专家讲学,培养了一支能进行围术期心脏超声监测的麻醉医师队伍。

她说,掌握围术期心脏超声应用的麻醉医师,可以真正参与手术术式设计、手术效果评价、紧急情况监视等一系列任务,从单纯的围术期安全保障监督,演变成为手术决策者的一份子。近些年,围术期经食道超声心动等一系列新技术的应用,让该院麻醉医生可以同外科医生一起,评估手术风险,避免危机发生,为术中患者生命安全提供双重保障。



麻醉医生正在开展疼痛管理工作。

疼痛治疗

为患者提供舒适化医疗

虽然国内麻醉技术已经比较成熟,但忍受术后疼痛的患者依旧不在少数。据国外调查数据显示,美国每年约有50%的患者镇痛不足。国内有75%的患者存在术后疼痛现象,镇痛治疗率严重不足。而人们对生活质量的追求、对术后舒适度的要求越来越高,患者不再满足于术中无痛,而是希望从检查到治疗的整个过程都在无痛中完成。为了改变“疼痛是术后必然”的传统观念和现状,让患者在就医过程中获得更舒适的感受,更快恢复健康,北大人民医院一直在努力。

该科自2002年开展全天分娩镇痛,镇痛有效率达98%,无一例并发症发生,为产妇提供了更安全、更舒适的分娩方式。2007年开展了无痛胃肠镜,不仅减少了初诊检查的痛苦,还大大消除了患者对复查的恐惧。

冯艺主任说,疼痛对于机体产生的不良影响远远大于我们对它的认识,术后疼痛会在多个器官和系统引发不同程度的应激反应。例如,疼痛限制了病人早期活动,推迟功能锻炼的时间;增加发生褥疮、静脉血栓的危险;削弱呼吸系统功能,使病人不敢咳嗽,导致不能有效的咳痰,可能引起肺感染;疼痛可能使原有心脏病的患者加重病情甚至出现心肌梗塞或心衰;引起失眠、焦虑、产生无助感。如果因此发生并发症,可能要延长监护时间、增加特殊治疗设备,增加医疗费用。围术期疼痛管理已经成为术后快速康复的重要环节之一。

在疼痛管理过程中,该科不断发现问题、

解决问题,推动疼痛学科的发展和完善。冯艺主任发现,术后患者多分散在各个科室,疼痛治疗主要由所在科室直接进行,所以在管理这些患者时,不光需要具备专业的技能,还需要有多学科的配合。正是基于此,他们在院内推行多学科疼痛管理,并于今年5月牵头启动北京市多学科疼痛管理(PainMDT)项目。

作为该项目的主要负责人,冯艺说,PainMDT项目希望以麻醉科为主导联合外科、护理,规范对围术期患者的疼痛管理,提高患者镇痛满意率。麻醉医生在此项目实施中,将通过向外科医生、护士以及年轻的麻醉医生传播术后疼痛管理的新理念、新措施,提高临床医务人员疼痛管理水平,更新其疼痛管理理念。通过各学科共同努力,力争使患者术后更舒适。更重要的是使患者更快、更好地康复,尤其是那些本来就有某些器官和系统病变的患者、高龄患者等,能够平稳地度过术后危险期,顺利出院。

关爱医生

患者才会受益更多

当下,各医院手术量急剧上升,手术室对择期手术本是8小时开放,但很难做到,择期手术做到夜里12点是常有的事。外科医生你去我来,轮番作战,而麻醉医生则要与手术台一起,从头陪到尾。工作时间长、劳动强度大,近些年,麻醉医生猝死的消息屡见报端。

“拯救患者是职责所在,所以很多医生常年超负荷运转。然而,如果越来越多的医生失去了健康乃至生命,谁还愿意来当健康的守护者?”冯艺主任说,为了保证医生的休息时间和身体健康,麻醉科力求在人力资源支配方面更加客观、合理和人性化。目前该科实行“双班制”,保证大部分主治医生每天连续工作时间控制在7~8小时。去年,医护人员的带薪休假实现了80%,今年,这一数字有望达到90%，“等人手足够时将强制休假”。冯艺主任说,如果我们能为医生提供有序的工作环境、体面的薪酬、充裕的假期,那么医生,尤其骨干医生能够为病人服务更长时间,那一定是病人之幸。“而且医生做好自身健康管理,也是对公众很好的示范。”

麻醉科正在为员工购置按摩椅、健身器,让大家在繁忙工作之余,能够得到充分放松和休息;定期组织羽毛球比赛,锻炼身体、放松心情两不误;邀请医务人员家属一起踏青郊游,辟出专门房间作为哺乳期妈妈的挤奶室……冯艺主任说,优秀的人力资源是持久发展的根本,在做到让患者满意的同时也要让辛苦工作的医生满意,给医护人员多一点关怀,多一份体恤,多一份尊重,换来的将不仅是医生的幸福,更是患者和社会的满意。

改善服务 便民惠民

展示

主办:健康报社 协办:齐鲁制药

电话:010-64621585、64621775