

■ 幕后医生系列报道

麻醉医生严海雅 手握生死线的“隐形守护者”

麻醉医生是一个什么样的存在?“打一针的”?“用点麻药让人失去意识的?”其实,答案并没有那么简单,麻醉医生做的远比我们看到的多:他们不是无影灯下的主角,却眼观六路、耳听八方,为手术“保驾护航”;他们不是拿手术刀的人,却具备救命的十八般武艺,联合医护团队术中抢救是他们最惊心动魄的日常。

从业33年,宁波大学附属妇女儿童医院麻醉科主任严海雅已累计完成手术麻醉1万5千余例,而真正记住她的患者却不多。她说自己最大的成就感就是:看着几个小时前还命悬一线的患者睁眼、清醒、拔管,转归良好。



严海雅在做术前的麻醉准备工作。

1 “打一针”后麻醉医生都在忙什么?

很多人好奇:手术室里看似气定神闲的麻醉医生,“打一针”后都在做些什么?

在接受记者采访前,严海雅刚刚和同事们完成一例极低出生体重新生儿动脉导管未闭合(PDA)结扎手术的麻醉。接受手术的男孩正正(化名)是个早产儿,手术时体重1400克,纠正胎龄32周。正正的生命体征并不稳定,轻微的外界刺激都会引起他氧合下降,参与手术的每个人都知道,这又是一场“硬仗”。

当天上午8时,已经实施气管

插管呼吸机支持的正正被转运至手术间,随着麻醉药物缓缓注入身体,手术台上的正正开始进入“沉睡”状态。麻醉医生熟练地进行动脉穿刺置管,实施连续动脉血压监测,手术医生紧锣密鼓地着手“补心”手术。此时,严海雅的主要工作才正式开始。

手术中维持患者生命体征稳定,是麻醉医生最重要的工作。心率、血压、血氧、呼吸……正正的生命体征,反映为监护仪上一条条游走的线条和一个个跳动的数字。其

间,严海雅的神神经高度紧绷,紧盯屏幕,时刻监控各项数据,调节相关用药和呼吸机参数。

都说“外科医生治病,麻醉医生保命”,严海雅告诉记者,手术过程的急性大出血、心功能不全、心律失常等危机攻关处理,都是由麻醉医生完成的。

正正的手术持续了近3个小时,一切顺利。在医护人员的护送下,正正被转入监护病房。3天后,正正顺利拔管,改为无创呼吸机支持,目前恢复良好,体重也有所增加。

2 忙起来要工作12小时以上

踩着晨光精神饱满而来,披着月光满身疲惫而归,是麻醉医生的常态。宁波大学附属妇女儿童医院麻醉科有52名麻醉医生,最忙的一天,整个科室处理了250台手术。一旦忙起来,严海雅的工作时长都在12小时以上,“重危的抢救病人还没有平稳之前我们不会下班。遇上后半夜有大抢救,不管多晚,一个电

话我们就火速往手术室冲。”为了应对紧急情况,严海雅的手机始终保持24小时开机,有呼必应。

38岁产妇凶险型前置胎盘,大面积膀胱植入,出血1.8万毫升,3000毫升的自体血回收罐满了一个又一个;29周孕妈子宫破裂,胎儿跑到了腹腔,母子命悬一线;6岁女孩车祸被撞后,全身像被吹胀了

的气球,心跳随时可能停止……“手术台上患者的病情瞬息万变,尤其是一些急危重手术就像在‘走钢丝’,抢救基本功是刻在麻醉医生骨子里的‘肌肉记忆’。”严海雅已经数不清自己经历了多少次这样九死一生的场面。她能做的就是当机立断,做出快速精准的判断,及时主导抢救,和医护团队一起与死神“抢跑”。

3 没有存在感才是一场完美的麻醉

严海雅说,一场好的麻醉体验就是患者在手术中感受不到疼痛,醒来感觉自己睡得特别香,像经历了一次放空一切的深度睡眠。

而这背后,其实都是学问:采用哪种麻醉方式?使用何种麻醉药物?用多少剂量?围术期可能会发生什么?应该制定什么样的应急预案?……

“麻醉医生是需要终身学习的。”严海雅说,麻醉医生需具备病

理生理、药理、内科、外科等基础和临床医学多学科知识,全面掌握毒麻药物、抢救药物作用机制及急救技能,这样才能在制订和实施麻醉计划时,更好地实施精准麻醉。

一名成熟的麻醉医生,对监护仪上声音的快慢、声调的高低、波形数值的变化都异常敏感,同时结合皮肤黏膜的颜色、脉搏的搏动、手术台上出血速度和出血量、尿量等评估患者的状况,让患者获得最佳的

快速康复。

虽然随着舒适化医疗的普及,麻醉渐渐从手术室走到一些临床科室甚至门诊的“前台”,但相比其他科室,麻醉医生仍是默默无闻的“幕后英雄”。严海雅半开玩笑地说:“没有存在感才是一场完美的麻醉,说明麻醉手术一切顺利,患者没有机会记住我。”

记者 庞锦燕
通讯员 马蝶翼 文/摄

眼球坍塌“没脸见人” 两个月后反转来了

近日,来自北仑的王女士(化名)从宁波市医疗中心李惠利医院眼科出院了,临别之际她拉着孔巧主任医师的手再三道谢:“要不是您帮我做手术,我以后都‘没脸见人’了!”

两个月前,王女士由于车祸导致重伤,左眼眼眶也骨折了。当地医生经过抢救,把她从鬼门关上拉了回来,眼眶上的皮肉伤也做了缝合处理。然而,出院后,王女士受伤的左眼却睁不开,只留了一条缝,且严重凹陷。更糟糕的是,这只眼睛视力明显下降,看东西还出现了重影。

医生告诉她,这是眼眶内部支撑的骨架断了,需要手术治疗,但难度很大。王女士才50岁出头,她无法想象自己顶着塌陷的眼球过完下半辈子,于是辗转求医。几近绝望之际,终于经人介绍找到了孔巧主任医师。

人的眼眶是个锥形结构,在这以毫米计算的空间里有神经、有血管、有肌肉,交错横杂。除了精细化要求高,王女士的手术还面临两个难点:一是她的眼眶内壁和下壁均出现骨折,需同时修复;二是她骨折断裂的位置很深。

孔巧介绍,眼眶骨折后,眼眶内容物包括脂肪、神经、血管及眼肌会嵌顿在骨折断裂口,并疝入相邻的副鼻窦内,医生要将其小心处理回纳,而王女士眼眶断裂的位置极深,在整个眼眶的最深处,这个位置除了空间狭小,还与视神经非常接近,操作过程中,稍有不慎损伤视神经就会导致患者失明。

基于丰富的手术经验和技巧,孔巧提出了内窥镜下眼眶整复的手术方案。孔巧团队利用导航系统,精确定位骨折的各缘,发现王女士的眼眶内容物已大量移位,而且不幸的是,因为骨折已经过去了两个月,这些移位的组织在“新家”已经“扎根”,分离难度很大。但孔巧团队借助内窥镜,经眼眶入路,在清晰的影像下,精准分离并回纳了移位的组织,并用人工骨板将骨折精准修复。

手术用时2个多小时。3天后,王女士顺利康复出院,双眼视物重影完全消失,看着镜子里重新恢复神采的清晰面容,她露出了许久不见的笑容。

孔巧表示,眼眶骨折可引起视物重影和眼球凹陷,严重的可引起视力下降,而且常常毁坏患者的面容,在她的门诊中,不少患者因此需要换工作或失业,日常生活和心理健康都受到影响。然而十年前,整个浙江省都鲜有医院开展眼眶整复手术,很多患者不得不放弃治疗。为改变这一现状,孔巧经过一年进修学习,成功开展了这类手术,并升级为更高的微创治疗版本,即通过内窥镜完成手术,不会在眼周和脸部留下手术疤痕。

记者 陆麒雯 通讯员 徐晨燕 文/摄



孔巧团队正在为王女士做手术。