

# 麻醉医生：手术室里的“生命守护者”

◎崇州市人民医院 潘 鼎

手术室的无影灯骤然亮起，患者王女士的呼吸逐渐变得急促。麻醉医生李主任将手指轻轻搭在她的桡动脉上，监测仪上跳动的数字突然剧烈波动——收缩压骤降至70mmHg。这个瞬间，整台骨科手术的焦点从主刀医生转移到了麻醉团队身上。在普通患者眼中，麻醉医生的工作不过是打一针让患者睡着，但鲜为人知的是，从术前评估到术后苏醒的每个环节，这些“生命守护者”都在进行着一场精密的人体调控。

## 清醒之门：术前评估的生死预判

麻醉医生的守护始于手术台之外。在术前访视中，他们需要像刑侦专家般抽丝剥茧：82岁冠心病患者能否耐受全麻？妊娠糖尿病产妇的代谢状况如何？过敏性休克病史患者的潜在风险有多大？这些问题的答案都藏在患者的既往病史、实验室检查和生命体征的细节里。

现代麻醉风险评估系统将患者分为6个等级，从健康人的ASA I级到濒死患者的ASA VI级。对于合并多种基础疾病的患者，麻醉团队需要制定个性化方案。曾有一位合并重度肺动脉高压的食道癌患者，经过麻醉科、胸外科、心内科的三次多学科会诊，最终采用靶控输注联合硬膜外阻滞的复合麻醉，将风险降到最低。

知情同意环节常被误解为“走流程”，实则是医患信息对称的关键时刻。麻醉医生需要用通俗语言解释全身麻醉可能引发的术后认知功能障碍，区域麻醉潜在的神经损伤风险，让患者在充分知情的前提下做出选择。

## 无痛之境：手术中的生命交响曲

当丙泊酚乳白色的药液缓缓推入静脉，患者进入的不仅是睡眠状态，更是人体生理功能的“可控休眠”。麻醉医生需要精准调控意识消失、疼痛阻断、肌肉松弛三大要素，这种平衡如同在钢丝上舞蹈。过量麻醉可能导致循环崩溃，不足则引发术中知晓——这种发生率约0.1%的并发症，可能造成患者终身的心理创伤。

在开胸手术中，麻醉医生要维持单肺通气的氧合平衡；在神经外科手术时，需实施控制性降压减少术中出血；面对嗜铬细胞瘤切除，更要准备好应对血压过山车般的剧烈波动。这些场景中，麻醉医生如同交响乐团的指挥，让呼吸机、输液泵、监护仪等“乐器”奏出和谐的生命乐章。

现代麻醉监护技术已实现从宏观到微观的跨越。除常规的心电、血压、血氧监测，脑电双频指数（BIS）能实时反映麻醉深度，经食道超声心动图（TEE）可直观观

察心脏结构变化。这些技术构成的“数字护城河”，将手术风险牢牢控制在安全阈值内。

## 苏醒之路：生命重启的精密调控

手术结束并非麻醉工作的终点。在复苏室，麻醉医生要像程序员般“唤醒”被抑制的生理功能。呼吸机参数的逐步下调、肌松拮抗剂的精准计算、镇痛泵的个体化设置，每个环节都关乎患者能否平稳过渡到清醒状态。曾有位肥胖患者术后出现舌后坠导致呼吸道梗阻，麻醉医生在30秒内完成托下颌、置入口咽通气管、调整体位三步抢救，避免了严重缺氧的发生。

术后镇痛绝非简单的止痛，而是关乎康复质量的重要治疗。多模式镇痛方案将非甾体抗炎药、神经阻滞、患者自控镇痛等技术有机结合，既能有效缓解疼痛，又能减少阿片类药物用量。对于接受关节置换术的患者，良好的术后镇痛可使下床活动时间提前24小时，显著降低深静脉血栓发生率。

麻醉医生还要警惕“苏醒期风暴”。恶性高热这种遗传性麻醉并发症，可在数分钟内使体温飙升到42℃，死亡率高达80%。但在完备的监测体系和丹曲林纳常备制度下，北京某三甲医院已连续15年实现恶性高热病例零死亡。

在无影灯照不到的角落，麻醉医生始终保持着对生命体征的绝对专注。他们手中的监护仪曲线，是手术患者最可靠的生命线。从1846年威廉·莫顿首次公开演示乙醚麻醉，到现代可视化技术、靶控输注系统的应用，麻醉学已从单纯消除疼痛发展为围术期医学的核心学科。当下次走进手术室时，请记住：在您安然入睡的背后，有一群永远清醒的生命守护者。☺