

麻醉医生的工作，不只是“打一针”

◎成都东部新区第二人民医院 李志强

在公众的认知中，麻醉医生的工作常被简化为“在手术前给患者打一针，让其昏睡”。然而，麻醉医生的职责远不止于此。他们是手术团队中不可或缺的一员，负责患者在整个围手术期的生理稳定和安全。

术前评估与准备

麻醉医生的工作从患者踏入手术室之前就已开始。首先，麻醉医生会详尽询问患者的既往病史，对于有过麻醉经历的患者，还需了解其对麻醉药物的耐受性和过敏史。有些特殊疾病如阻塞性睡眠呼吸暂停综合征或神经肌肉疾病，会显著增加麻醉期间呼吸抑制的风险，因此需要特别警惕。其次，体格检查同样重要，麻醉医生会评估气道状况、心肺功能、体重指数等，判断麻醉风险等级。例如，肥胖患者因呼吸储备功能差、难以建立气道，常被归为高风险人群；而高龄患者则因脏器储备功能减弱，术中容易出现血压波动、意识障碍等不良反应。此外，术前的实验室检查结果（如血常规、电解质、心电图、肺功能）也会影响麻醉策略的制定。在此基础上，麻醉医生还需对即将实施的手术类型和术式进行分析，不同的手术对麻醉的要求截然不同。例如，胸腹部手术往往需要气管插管与机械通气，而短小门诊手术可能采用局麻或神经阻滞即可完成。最后，术前评估的另一重要任务是进行医患沟通，麻醉医生需向患者解释麻醉方式、可能的不适和相关风险，缓解患者焦虑，提高

其对整个手术过程的信任感和配合度。

术中管理与监测

手术开始后，麻醉医生正式进入“实时指挥”的角色。麻醉不仅仅是维持患者无意识状态那么简单，其复杂程度足以媲美任何高强度的临床专业操作。麻醉诱导是手术麻醉的第一步，其目的是快速、平稳地让患者失去意识并进入麻醉状态，这个过程通常包括给予镇静药、镇痛药和肌肉松弛剂等多种药物的联合使用。麻醉医生需根据患者体重、年龄、病情等参数，精确计算药物剂量，以避免诱导过程中过度镇静、血压骤降或呼吸抑制。进入手术维持阶段后，麻醉医生需对患者的生理状态进行持续监测和动态调整，这不仅包括对呼吸、心率、血压、体温、血氧饱和度的观察，还要通过脑电双频指数（BIS）、肌松监测、气体分析等先进设备来判断麻醉深度是否合适。若发现患者有苏醒征兆，如自主呼吸增强、眼球活动或体动，需及时调整药物输注速率。此外，术中可能会发生出血、心律失常、过敏反应等突发事件。麻醉医生作为“第一响应人”，需要快速判断

病因、立即处理。例如，术中低血压可能源于麻醉药物引起的血管扩张，也可能是失血导致的容量不足，处理方式则完全不同，前者可用血管活性药物，后者需快速补液或输血。

术后恢复与疼痛管理

手术结束并不意味着麻醉工作的终止，术后的管理同样至关重要，尤其是在患者从麻醉中苏醒的这一敏感时段。苏醒过程如操作不当，极易引发躁动、呼吸抑制、气道阻塞、恶心呕吐等问题，甚至可能危及生命。麻醉医生在术后恢复室会持续监测患者的意识状态、呼吸功能、血流动力学指标，并根据需要给予吸氧、药物支持或进一步镇痛处理。在患者恢复足够的自主呼吸与意识清醒前，不可轻率离开麻醉监护。疼痛管理则是术后恢复中另一个重点，传统观念往往忽视术后疼痛，但事实证明，有效的疼痛控制不仅可减轻患者不适，还能降低应激反应，减少术后并发症，促进伤口愈合。麻醉医生通常采用多模式镇痛策略，包括静脉镇痛泵、区域神经阻滞、口服镇痛药物等多种方式联合应用。每种方法的选择都需依据手术部位、患者基础状况及术后恢复需要灵活制定。在某些高风险手术后，如心胸外科或大手术患者，麻醉医生还需进入ICU进行延续管理，负责术后呼吸支持、镇静镇痛调整及生命体征稳定。

麻醉医生在手术中的职责远不止于“打一针”，他们在术前评估、术中管理、术后恢复等各个环节中发挥着关键作用，保障患者的安全和舒适。随着医学的发展，麻醉医生的角色将更加多元化，成为围手术期管理的核心力量。◎