

主委访谈

罗艳：“舒适化医疗”终将覆盖全人群

● 本报记者 陈祎琪

“在他以前，手术是一种极大的痛苦；因为他，手术的疼痛被攻克；从他以后，科学战胜了疼痛。”

这是美国牙医威廉·汤姆斯·格林·莫顿的墓志铭。他是现代麻醉学创始人，是西方的“华佗”。1846年10月16日，他在麻省总院成功实施了第一例公开演示的乙醚麻醉手术，成为人类历史上的伟大分水岭之一。自此以后，人类战胜了手术、应激创伤带来的疼痛折磨。

“100多年来，现代麻醉学已经从手术室内拓展到围术期，并且在疾病预防诊疗中发挥着越来越大的作用，我很有幸能赶上麻醉学大步发展的时期。”上海交通大学医学院附属瑞金医院麻醉科主任罗艳说。

理想的麻醉源于精确的管理

什么是麻醉？

“拆开来看，‘麻’就是感觉丧失，‘醉’就是意识丧失，麻醉就是不同程度可恢复的知晓能力的降低。”罗艳解释道。

她表示，我国麻醉学自新中国成立以来大致经历了四个阶段的发展。1949—1965年为初创阶段，以尚德延、吴钰、谢荣等为首的老一辈麻醉人在国内首次设立麻醉科，为我国麻醉学的起步奠定了基石。1966—1979年是停滞再发展阶段，上海瑞金医院在此期间成功完成了首例肝移植和心脏移植麻醉。1979—1989年是独立阶段，原卫生部发布文件明确麻醉学科是独立于外科的临床学科，将麻醉学推上了新的发展高度。1990年后，中国麻醉学进入蓬勃发展阶段，麻醉质控水平不断提高。

“当代麻醉学涵盖术前评估、手术室麻醉、麻醉后复苏、重症治疗、手术室外麻醉、疼痛治疗、急救复苏、麻醉治疗等诸多领域，其优势也越来越不容忽视。它给所有的外科手术创造了机会，也让患者获得了拥有第二次生命的可能。”罗艳说道。

但麻醉做得好不好，不是单纯地看患者疼不疼。罗艳表示，理想的麻醉状态是通过精确的围术期管理，让患者的重

要脏器功能都处于非应激的有氧代谢状态。而要达到理想的麻醉状态，必须实施精确的麻醉管理。

“所谓‘精确麻醉’既体现在个体化之间，又体现在时间维度、空间维度上，是与患者所接受的手术应激创伤和自身的病理生理条件密切匹配的麻醉深度。”罗艳说，即使是同一台手术，不同的患者因为体重、年龄、基础病理条件的差异，所需的麻醉深度也不同。另外，一个人从入室到切皮、探查、切除、冲洗、缝合等每一个步骤所需的麻醉深度也并不是完全一样的，需要精确对标、综合考量。

不仅是保命，更是促进转归

业内常说，外科治病，麻醉保命。罗艳认为，麻醉学发展到今天，其意义早已不仅限于维持患者的生命体征。“活着是一期标准。麻醉的意义不仅在于保命，更要促进患者转归。”

为此，只要是和患者安全和预后相关的事情，麻醉科医生都需要关注。“包括体温保护、机器设备运作等。我们既需要考虑怎样才能为手术提供良好的操作条件，也需要考虑怎样才能保护好患者的重要脏器功能。”

麻醉不是打一针这么简单。术前，患者要进行麻醉评估，使麻醉医生充分了解患者的身体状况，包括过敏史、既往史、现病史等。“就相当于给全身做一个扫描，以提前纠正患者不利于手术操作和术后恢复的一切行为模式。”罗艳说，例如该停的药要停掉、该吃的药要吃起来，该做的健康功能锻炼要做起来。

“手术是不断变化的，麻醉也是。患者进入麻醉状态后，我们还要持续观察患者的状况，并随时作出调整。”罗艳说，例如患者术中出血，容量治疗可能要提到首位，同时加快补液。另外，围术期的肿瘤病人通常营养不良、电解质紊乱、肝肾功能差，因此在手术过程中要改善他们的病理生理状况，充分进行氧和，保护患者的脏器，为他们争取最好的术后转归。

在麻醉方式上，罗艳表示，手术和麻醉是不同的两个体系，同样的手术可以

用不同的麻醉方式；同一种麻醉也可以用于不同的手术类型，主要依据手术时间长短、手术部位大小、操作要求以及患者的个体情况等因素综合考量。

“会出现患者对麻醉药过敏的情况。”罗艳说，如果患者是过敏体质，可以在术前有针对性地做一些过敏原检测，术中避免使用该类药物或选用其他麻醉方式替代。即使事先无法知晓，他们也有应急抢救预案，一旦发生过敏就立即启动实施。

“麻醉医生永远有 Plan B、Plan C，以确保麻醉的万无一失。”罗艳说。

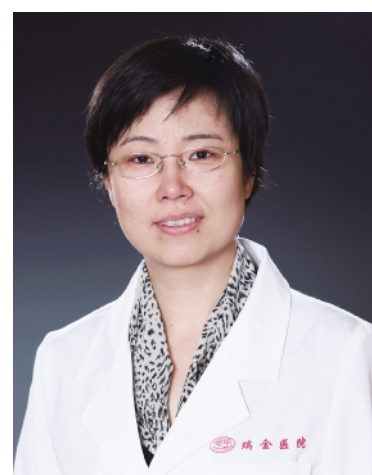
推动“舒适医疗”的主导学科

“当初的想法很简单。”当记者问罗艳为何选择成为一名麻醉科医生时，她这样回答道。

医学院校毕业后，罗艳在医院实习，因为缺乏经验，她遇到紧急情况都会立即汇报上级医生，这时候她最常听到的是“先 call 麻醉科”。她由此感受到麻醉科医生对患者生命保驾护航的重要性，同时看着麻醉科医生举手投足间的英姿飒爽和雷厉风行，她被这份职业的“腔调”深深吸引了。“根本没考虑辛不辛苦的事，直接就被‘迷惑’了。”罗艳笑着说。

她就这样成为了一名麻醉科医生，成为了抢救危重急症的急先锋。“做了才知道，麻醉科医生没那么简单！”罗艳坦言，首先要快速反应，在最短的时间内对患者当下的危机状况和危险因素迅速作出明晰的判断；其次要技术娴熟，在分秒之间确定起有效的抢救措施和通道；再次要理论基础扎实，能综合所有因素选择最优的抢救方案。此外，这一职业非常考验医生的心理素质、协调沟通能力和资源统筹能力等。

“围术期总有一些患者出现心脏骤停、休克、大出血等紧急状况，每当这时，大家都能一呼百应、力挽狂澜。”罗艳说，这样的情景几乎每天都在上演。抢救工作需要全神贯注，不可谓不累，但看到垂危的生命在他们的努力下重新被点亮，家属的眉头从紧皱到一瞬间舒展，淳朴的感谢声由衷而来，这些成就感和幸福



名医简介

罗艳：主任医师、教授、博士研究生导师，上海交通大学医学院附属瑞金医院麻醉科主任，上海交通大学医学院麻醉与危重病学系教研室副主任。任中国医师协会麻醉学医师分会常委兼总干事、中国人体健康科技促进会麻醉与围术期科技专业委员会主任委员等，曾获上海市青年五四奖章、上海市巾帼建功奖等荣誉，主持和参加原卫生部和国家自然科学基金面上项目等多项课题的研究。

感一下子就消解了所有的疲累，同时带给她最强大的支撑动力。“在紧急救治时，没有人比现场医生更想让患者转危为安。”

为了让麻醉学惠及更多患者，罗艳最近当选为中国人体健康科技促进会麻醉与围术期科技专业委员会主任委员。借助该平台，她将更积极地致力于麻醉与围术期医学的学术交流、科研转化、指南规范和临床教学工作。“科技的进步一方面要求医生更专业更精深，另一方面要求医生进行广泛的学科交叉，这对人才培养提出了挑战，但我们会积极应对。”

对于麻醉学的发展，罗艳说他们的“愿景”是让麻醉学成为推动舒适医疗发展的主导学科、保障医疗安全的关键学科、提高医院工作效率的枢纽学科、协调各科关系的中心学科、为社会所熟知和认可的重点学科。

“所谓舒适化医疗，最直接的解释就是让患者从接受诊治这一刻开始，就处于不疼和舒缓的状态。虽然目前我们暂时在一些特殊患者群，如儿科患者、敏感患者中进行积极的实践，但未来我们将覆盖全人群。”罗艳说。