

CASA BULLETIN OF ANESTHESIOLOGY



THE OFFICIAL PUBLICATION OF
CHINESE AMERICAN SOCIETY
OF ANESTHESIOLOGY(CASA)
ISSN: 2471-0733

Editor-in-chief

Jeffrey Huang, MD, FASA

Associate Editors

Cathy Cao, MD,

Jiapeng Huang, MD, PhD

Yunping Li, MD

Jinlei Li, MD, PhD

Chris Lee, MD, PhD

Lixin Liu, MD, PhD

Hong Wang, MD, PhD, FASA

Xiaoyan Zhang, MD

Henry Zhou, MD, PhD

Guest Editor

Chong Lei, MD, Bin Zhu, MD, Fangfang Zhu, MD

Honorary Editor-in-chief

David Tang, MD, Henry Liu, MD

Editorial contact: casabulletinofanesthesiology@gmail.com

Table of Contents

CASA 会员新闻.....	2
佳文共享	3
Interesting case discussion (ICD)讨论.....	5
会议报告	12
会员佳作.....	13

送走 2017，迎来 2018 年。CASA 2018 年 president: 冯鸿辉, immediate Past President: 李韵平。CASA Bulletin of Anesthesiology 新 Editor-in-Chief: 曹锡清。上任 Editor-in-Chief: 黄建宏。祝 CASA 和 CASA Bulletin of Anesthesiology 在新领导人的带领下，走向新的高度。组织发展得更加壮大，杂志办得更精采！



冯鸿辉



李韵平



曹锡清



黄建宏

CASA 会员**黄建宏**最近被 University of Central Florida College of Medicine 提升为麻醉正教授。黄建宏医生以 2009–2014 年担任助理教授 (Assistant Professor), 2014–2017 年任副教授 (Associate Professor), 2018 年起任正教授 (Professor)。

如何构建安全的 ERAS 围术期管理体系

朱斌¹，黄建宏²

作者单位：1 北京大学国际医院麻醉科，北京 102206；2 美国中佛罗里达州大学医院麻醉科，美国佛罗里达州

1 应该建立一个安全的 ERAS 体系

近两年，源于欧洲的加速康复外科（enhanced recovery after surgery, ERAS）理念在国内已经得到了相当的重视并获得了快速进展，不同的专业学会单独或者联合推出了多部 ERAS 的中国专家共识。这极大提升了中国医务人员对 ERAS 的热情和认知，ERAS 也成为专业学术会议上最为热门的主题之一。一些医疗机构也开始尝试将 ERAS 理念应用到临床，有些医院甚至直接将某些外科病房命名为“加速康复外科病房”。

然而，我国医疗资源、病人情况、围术期处理策略以及卫生体制与西方存在较大不同，在将 ERAS 理念转化至临床过程中，尚存在诸多挑战，诸如：如何实现国际指南的本土化？如何实现国内专家共识的数据化？如何实现 ERAS 服务的无缝隙连接？如何确保 ERAS 实践中的围术期安全？

在我国现阶段，在追求手术病人加速康复的同时，如何构建一个安全的 ERAS 体系应该是最为重要、最为紧迫。

2 如何建立一个安全的 ERAS 体系

2.1 更新理念 与时俱进

无论是麻醉，还是外科专业，都应当与时俱进认识本学科，不断更新学科理念。在 ERAS 倡导多学科、多模式围术期策略的大背景下，麻醉学科要与时俱进，在致力于“平台”与“核心”建设的同时，应该积极参与到围手术期的医疗服务中去。只有这样，才能确保麻醉医师，作为麻醉服务的提供者和围手术期安全的守护者，有坚实的理论基础和足够的专业技能，来为手术病人提供高质量的专业服务，并有能力同时兼顾到手术麻醉的安全与效率。

事实上，在目前的围手术期医疗实践中，存在不少医疗行为与现行的循证证据相违背。例如，要求术后病人采取“去枕平卧 6 h”的护理方式。这其实是在很多年前，腰麻术后为了防止脑脊液外漏导致头痛而采取的预防措施。目前，腰麻已经不再是大多数病人手术的必须选择，这一“去枕平卧 6 h”的方式理应废除。即便是采用了传统的腰麻，穿刺针的改进减少了脑脊液外漏，也已经不在需要病人去枕平卧。ERAS 的要素里面，术后早期活动（功能锻炼）是非常重要一环，这不仅有益于胃肠功能的及时恢复，更加有助于减少围手术期下肢静脉血栓形成的危险，减少 DVT 和肺栓塞的并发症。

2.2 沟通合作 规范实施

在医院推广实施 ERAS 理念，在进行专业宣教与科普的基础上，要加强学科间的沟通与合作。最好能够在医院召开相关的学术研讨会，在医院相关部门参与协调下，形成与所在医学中心实际情况相适应的各专业 ERAS 院内规范共识。这样，再将那些与“老习惯”不一致的 ERAS 要素转化至临床上就会容易与可行，更加重要的是，这有助于确保 ERAS 实施过程中的医疗安全。

在我国现阶段，需要规范的不仅仅是 ERAS 各个要素，对于常规的医疗实践来说，医疗服务的规范化、标准化和同质化也有待加强和提高。规范之所以能成为规范，已经是由循证数据证实，能够保证病人利益最大化，风险最小化。专业抉择提倡个体化，但是永远是在“共性”基础之上的个体化，这就是：规范共识+病人具体情况。规范的医疗行为还要求加强对循证医学结晶-临床指南规范的学习、贯彻和不断完善。例如：加拿大多家医院应用“从知识到实践循环

(Knowledge-to-action cycle) 模式”，来不断改进与完善临床实践指南(clinical practice guideline, CPG)，使 ERAS 方案得到落实并不断改进和瘦身，从而也提高了 ERAS 临床应用的依从性。

总之，手术病人的围术期安全应该从病人合并疾患、外科疾病与手术和麻醉因素这 3 方面同时着手，按照病人接受 ERAS 治疗的流程，在各个环节、从涉及到的各个专业，加强专业的交流沟通，规范执行 ERAS 各个要素。

2.3 制度建设 体系安全

ERAS 是对围术期传统管理模式的挑战，因涵盖要素较多，涉及环节复杂交叉，即使建立了标准化流程体系，在临床实际实施过程中也会存在诸多影响因素，这不仅会给 ERAS 效率、甚至会给 ERAS 安全带来不确定影响。因此，要严格坚守围术期的各项规章制度，严把 ERAS 在实施过程中的质量控制，要构建一个安全的 ERAS 围手术期管理体系。国家卫计委在 2016 年 9 月 25 日颁布的，在 11 月 1 日正式实施的《医疗质量管理办法》则从国家层面强调了医疗核心制度的执行和医疗安全风险的防范。这些都将有助于构建一个实施 ERAS 的围术期安全体系。

尽管强调制度对于安全的重要性，但是制度的执行者也很重要，因此，应该加强医务人员的专业培训和责任要求。其次，不仅要强调制度，还要有更高的高度，即要建立安全文化而不是单纯的安全制度。三流的管理靠人，二流的管理靠制度，一流的管理靠文化。文化是制度的潜移默化和日积月累，人是不可或缺的，制度也是必需的，只有当制度渗透进每个人的血液时才能形成文化。

此外，还应该建立 ERAS 质量控制体系，不仅加强结构与过程的质控，更应该借助目前的信息手段来加强 ERAS 的结果质控。首先是确立 ERAS 质控指标，再通过围术期信息支撑，获取并分析数据，确立国家层面或者区域层面的 ERAS 效率与安全标准，用以考核医疗机构实施 ERAS 的质量与安全。比较由于医务人员个体差异造成的实施 ERAS 结果差异，来不断改进 ERAS 的各个要素与各个环节，最终提高 ERAS 的安全与效率。

详情请看：<http://www.psqachina.com>

安全文化

作者：AQI case report

翻译：朱方方，宁波市医疗中心李惠利医院麻醉科



病例#1

一位 59 岁病情复杂患有冠心病，房颤和慢性肾功能不全的男性患者来我院行膝关节感染植入物取出术，他在最后一分钟被分配到麻醉医生负责的手术间。负责手术周转时间（与经济处罚相关）的巡回护士，已没有推迟手术的信心了。当麻醉医生看到患者时，患者正在努力地喘息，氧饱和度为 95%。因感冒他正在使用“头孢氨苄”。

尽管有可能发生呼吸系统并发症，但该患者不想推迟手术。蛛网弄下腔阻滞顺利。最后一次使用华法林是在 7 天前。在准备手术间的过程中匆忙地完成了术前评估。与手术医生进行讨论并要求其术后派医生访视该病情复杂的患者，结果被手术医生认为是“杞人忧天”了。

麻醉方式是股神经阻滞和椎管内麻醉，同时给予高流量氧气以保持氧饱和度大于 92%。在进一步深入的病例核查中我们发现患者的 INR 是 1.89——如果我们知道的话，我们不会行蛛网膜下腔阻滞麻醉了！

意识到医疗体制的这种潜在的近乎引发脊髓内血肿并发症而仍不会改变医疗护理的做法，可能会带来面临遭受严重惩罚措施的风险。

术后多次行神经系统检查，未发现患者出现相关并发症。肺部体征检查有哮鸣音，呼吸科医生认为哮鸣音很可能是由气管插管引发。

病例#2

患者择期行膝关节镜手术，已行全麻诱导。在 Timeout 时候，手术医生问麻醉医生：“患者有硬膜外导管，对吗？”然而患者并没有。我们应该做到“真正的”Timeout（在患者接受镇静之前），而不只是在外科铺巾之后匆忙的敷衍了事。医疗团队沟通不到位。医疗制度以及安全文化的不完善。

病例#3

一位有慢性疼痛史的患者行阑尾切除术。手术医生说他没有耐心等待硬膜外置管的时间了，何况手术切口很低。事实上手术切口并不低，患者用芬太尼都难以控制疼痛（芬太尼使用达到 1mg），最后不得不使用氯胺酮。如果有硬膜外置管就会有很大帮助，但外科医生貌似只因为不想等待硬膜外置管的时间而蒙混了手术切口位置和大小。

病例#5

麻醉住院医师得知在接受大量射线的脊柱手术中没有甲状腺射线保护套。

病例#6

因缺少办理入院手术的员工，患者作为替补被推迟办理入院，麻醉医生匆忙进行手术，因为患者没有在约定时间前到达，结果患者们前后同时到达（都晚了）。我们将手术进度拖延却干扰麻醉医生仅仅是因为办理入院手续的人员不足？

安全文化

近乎每个关于患者安全问题的讨论在一定程度上都涉及到“一种安全文化”，这个概念是由核工业基于影响一个机构识别和减轻缺陷以及不安全状况能力的集体行为以及价值观而提出的（2）。该定义传递了一种潜在的认知，也就是仅靠排除那些已犯错的人不能完全消除由人类错误所造成的不良事件。要提高安全问题需要一个系统性的方案，包括实行强制功能，制定政策以及建立可以预防和捕获不可避免错误的核查和平衡策略（3）。尽管讨论诸多，医疗保健在远离根深蒂固的惩罚性文化上进展缓慢，而后者是关注于寻找可以责备并惩罚的当事人，这是一种长期看很无用且往往事与愿违的方法。更有效的方法是所谓的“公正文化”，即用一种好奇的心态去面对人类所犯的过错，去了解系统存在哪些允许这样错误发生的漏洞，但对于那些故意违背原则的当事人则必须负相关责任。

尽管对于“安全文化”的解释可能各不相同，但美国医疗保健研究与质量局（AHRQ）在患者安全文化测评量表（HSOPS）（表 1）中列出了医院安全文化的核心特点（4）。安全文化的核心概念是一线医疗工作者感到的心理安全，例如当他们发现错误时候能够自在地说出来，并且不会被

嘲笑、骚扰或者惩罚。当我们心理上感到安全，我们就会对报道我们所犯的错误的感到自在，明白这种管理有助于我们将这种错误当作一个完善制度的机会而不是惩罚（5）。人类自我保护的本能使人们避免被看起来无知、烦人或者无能。假如报道一个不良事件引起了尴尬或者惩罚，那么就永远不会有人愿意说了。

美国医疗保健研究与质量局的患者安全文化测评量表从 2007 年开始就已广泛开始使用。遗憾的是，很难发现有重大改进。在 2011 年，对非惩罚性文化最积极的回应是，只有 44% 的受访者同意“他们的错误以及不良事件报告并没有针对他们，并且他们的不良事件也没有被存在员工档案中。”（6）在 2016 年的报告中，一个相似的数字（45%）表示非惩罚性的制度存在于他们的医疗机构。患者安全文化测评量表调查报告中最让人看到一线希望的是——近 80% 的人报告说他们受到了同事们的强烈支持，并且他们互相尊重。但其中有一些重要的问题一直存在着，并且看起来不会被改变。

显然，安全文化的这个方面，即当医生说出他们发现的错误或漏洞以及报道他们自己的错误时心里感到自在，对提高安全性及降低伤害是至关重要的。很明显这在大多数医院并没有做到。Lucien Leape 博士和他的同事们认为这很大程度上是由医疗领域中普遍存在的“不尊重文化”造成的。（1）

作者列举了“培训期间医护人员每日蒙受屈辱的事件”，预言了近期的“令人震惊的”澳大利亚皇家外科医师学会（RACS）的报告，即大多数外科医师在培训期间都经历过歧视、欺凌和性骚扰。揭露的特强凌弱事件的程度，使得澳大利亚皇家外科医师学会（RACS）发布了一个史无前例的道歉，这具体可以在 YouTube 上看到(www.youtube.com/watch?v=1m_YLicg9Sw)。我们应该为澳大利亚皇家外科医师学会（RACS）勇于第一个公开承认这一问题并发誓要消除这种行为而鼓掌喝彩。医疗护理，在很大程度上是一个功能失调，等级分明，并且拒绝改变的文化。虽然在任何人事阶层中都可能发生不尊重行为，但医生往往是最糟糕的群体，因为他们拥有凌驾于合作和决策分享之上的权力、自主权以及个人特权的职位。（1，7）我们医生珍视将自己看作是“第一流”的观点，并将任何挑战看作是对我们优越性的个人毁坏。当我们的知识，判断或者技能受到质疑，最常见的反应就是焦虑，紧接着是强烈的反抗。这种风气导致我们不尊重甚至羞辱那些提出“有更好做事方法或也许事实上我们做错了”的建议的人。那些根深蒂固需要看起来是正确并看起来是绝对无误的观念，导致我们不仅仅否定那些比我们“低一等”的人，同时也摒弃了那些与我们偏好的管理不一致的指南和政策。因此，我们建立了一种不仅仅贬低我们同事，同时抵抗在医疗中改进的文化。

不尊重也可以扩展到和患者之间的关系。患者并不是医生，他们不懂我们所知道的，同时他们的担忧，愿望和观点常常被忽视，影响了沟通并丧失了共同决策的机会。有很多高知识水平的人（包括医生和护士）的担忧被驳回后，常常带来悲剧性结局的例子。在英国的布里斯托尔（9，10）和加拿大的温尼伯（11）很多小儿心脏患者发生不必要死亡，尽管护士和麻醉医师多次尝试强调那里难以接受的死亡率。在温尼伯，护士被告知他们没有能力决定护理是否恰当，一个很大程度上由于等级制度而轻视护士技术和能力的观点。（12）领导阶层拒绝承认潜在的错误导致了温尼伯 12 个婴儿以及布里斯托尔 35 个婴儿的不必要死亡。更糟糕的是，患者和家属常常因为害

怕被人视为不随和而不敢站出来说话。文献上这样的例子随处可见。一旦在一个领域出现（比如对护士的不尊重），则“不尊重”会不可避免的蔓延至医疗领域的各个方面。缺乏尊重已呈现为“安全文化”一个最主要的障碍。

缺乏尊重也体现在从最高领导层到一线工作人员中。正如很多美国麻醉不良事件报告，包括上述提到的不良事件，设备经常过时、维护差或丢失，以及上报环节被驳回或回应拖延。很多不良事件报告是由于人员及设备不足而造成的。在本文第一个病例报告中我们看到了不合适的惩罚性反应。巡回护士的工资在某种程度上与他们分配手术间的周转时间有关，但他们通常无法控制主要问题（缺少知情同意书，缺少外科医生，缺少设备）。检查和指标对改进工作至关重要，但不应该用来惩罚个人——而应该处于一种“有好奇心”的文化中，也就是领导者设法理解前线医护人员面临的挑战以及发现医疗体制中需要改进的问题。尽管呼吁发展“公正文化”，但惩罚性政策依然广泛存在。责备的文化不仅仅是不尊重没有权威的医护人员，同时也是不尊重可能因医护人员的工作压力而受到伤害的患者。最让人关心且最失望的是，领导阶层不愿倾听一线医护人员的意见的情况普遍存在。

从高度弹性行业(航空，核能)的经验来看，文化变革必须从最高层开始。无论一线工作人员有多少激情、奉献和智慧，领导阶层必须为集体价值观设定基调，从而让这些行为创造出一种健康的安全文化。领导阶层的一个重要任务是通过“现场考察”获取的。“Gemba”是丰田汽车生产模式中使用的日本术语，字面上的意思是“创造价值的地方”。在汽车行业，它位于生产线上；而在医疗领域，它处于医护人员与患者的接触过程中。一个安全文化的核心是一个最高管理层，也就是领导阶层通过一个病房，手术室或一个诊所，定期花时间观察、倾听并懂得实现一个优秀的“以患者为中心的医疗”的障碍是什么。几乎没有一线员工曾遇到过一位实地考察的领导。

对于一个安全文化来说，领导们自己以身作则和对尊重行为的期望也是至关重要的。再一次，Leape 和他的同事提出，“创建安全文化的责任落到了领导者的肩上……(8)5个主要任务是：1) 激励和鼓舞；2) 为“尊重的文化”建立先决条件；3) 帮助建立关于破坏性行为的政策；4) 促进一线员工的工作参与度；5) 创建一个学习的环境。”澳大利亚皇家外科医师学会（RACS）应该受到表扬，因为它承担了面对容忍甚至纵容欺凌和骚扰的文化的责任，并发誓要改变它。这个领导层的模范作用必须被所有医疗领域的领导们所学习和采纳。

也许更重要和更困难实现的是，对那些来我们这里看病的患者深厚而持久的尊重，当我们在选择关注利润率超过对设备、时间或更多的员工的投资时，我们的患者受到了不尊敬和照顾不周的待遇。我们都想知道（和担心）上述不良事件报告中的医院领导们是否有想到这些事件或类似事件每天都有发生的可能。同时，我们作为一线人员对当地的安全文化也是至关重要。即使得不到领导的最佳支持，我们每个人都可以把自己置身于一个深厚的个人尊重文化中——对我们自己，对我们的同事和对我们的患者。在澳大利亚皇家外科医师学会（RACS）报告中，有一个令人不安的主题，那就是麻醉医生并不作为主人公，而是作为旁观者，他们看到并意识到不尊重行为，但是他们并没有说出来。即使回应是不舒服的，我们还是需要有足够的勇气说出来。我们需要学习抵抗破坏性行为的技巧（甚至报道或面对），我们必须重视我们自己的判断力，以抵抗当患者因生产压力而处于危险时的状况。我们所选择的抵抗方式也必须是有礼貌的，而不是被动的挑衅

（因为这本身就是不尊重）。我们必须尊重和保护我们身边敢于说出来的人或者那些受到不尊重、嘲笑和羞辱的人。我们当中位于领导阶层的人必须将尊重行为以身作则，将它教给我们的年轻医生并要求我们的团队做到这一点。作为领导者，我们必须建立一个“公正的文化”，并鼓励一种“好奇心”的氛围，让我们的团队通过“感激性询问”的观点，而不是恐惧和谴责来解决问题。

这看起来是一项艰巨的任务。一个不良的安全文化的原因是五花八门的、复杂的、古老的、普遍的和巨大的。然而，我们绝对不能选择错误的道路。否则就是重复布里斯托尔和温尼伯的悲剧，造成如此多的婴儿和儿童的不必要的死亡。（9-12）我们必须每天都选择在一种安全的文化下工作，这也就是“将我们的患者放在第一位”。

References:

1. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, et al. Perspective: A Culture of Respect, Part 1: The Nature and Causes of Disrespectful Behavior by Physicians. *Acad Med.* 2012;87(7):845-52.
2. *Organising for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors.* Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury, England: HSE Books; 1993.
3. Reason JT. *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries.* Burlington, VT: Ashgate Publishing Company; 2008.
4. Famolaro T, Yount ND, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2016.
5. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly.* 1999;44(2):350-83.
6. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2011.
7. Reinertsen JL. Zen and the art of physician autonomy maintenance. *Ann Intern Med.* 2003;138(12):992-5.
8. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, et al. Perspective: A Culture of Respect, Part 2: Creating a Culture of Respect. *Acad Med.* 2012;87(7):853-8.
9. Aylin P, Bottle A, Jarman B, Elliott P. Paediatric cardiac surgical mortality in England after Bristol: descriptive analysis of hospital episode statistics 1991-2002. *BMJ.* 2004;329(7470):825.
10. Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Qual Health Care.* 2001;10(4):250-6.
11. Davies JM. Painful inquiries: lessons from Winnipeg. *CMAJ.* 2001;165(11):1503-4.

12. Sibbald B. Why did 12 infants die? Winnipeg' s endless inquest seeks answers. *CMAJ*. 1998;158(6):783-9.

表 1. 患者安全文化的组成和定义 (源于美国医疗保健研究与质量局 (AHRQ) 基于医院患者安全文化调查)	
患者安全文化的组成	定义: 具体延伸...
1. 开放的沟通模式	员工如果看到一些有可能对患者不利的东西能够畅所欲言, 并且能够轻松地向上级提出问题。
2. 对不良事件的反馈和沟通交流	告知员工发生的不良事件, 给予有关实施改变的反馈, 并讨论如何防止不良事件再发生的方案。
3. 不良事件报道的频率	报道的不良事件有以下类型: (1) 在影响到患者前, 不良事件被发现和纠正, (2) 不良事件没有潜在伤害患者的风险, 和 (3) 不良事件有可能伤害到患者, 但没有发生。
4. 交接班和移接	医院病房转换以及交接班时特殊患者病情的交接。
5. 患者安全管理的支持	医院管理层提供了一个推动患者安全的工作环境, 并向患者展现安全是第一要务。
6. 对不良事件的非惩罚性回应	员工感到他们的错误和事件报告不针对他们本身, 并且不良事件也不会被保留在他们的个人档案中。
7. 组织学习——持续改进	不良事件引发了积极的改变, 改变则用于效力的评估。
8. 对患者安全的整体认识	制度和系统有利于防止不良事件发生以及不存在患者安全问题。
9. 人员配置	有足够的员工应付工作量, 以及合适的

	工作时间为患者提供最好的医疗护理
10. 领导/管理者对促进患者安全的期望和行动	领导/管理者为改善患者安全问题，应该考虑员工的建议，表扬遵循患者安全流程的员工，不可忽视患者安全问题
11. 医院各部门之间的团队合作	医院各部门协作，互相合作从而为患者提供一个最好的医疗护理
12. 医院各部门内部的团队合作	工作人员互相支持，互相尊重，团结协作

美华麻醉医师踏雪欢聚纽约市

记纽约 PGA-71 期间 CASA 午餐聚会

王海明 医师



2017 年 12 月 9 日（星期六），在纽约曼哈顿麻醉年会场附近，红月餐厅（Red Moon Restaurant）. 美国华人麻醉医学会（Chinese American Society of Anesthesiology, CASA）如期举办了传统午餐聚会。虽然，瑞雪飘飘，40 余会员和友人仍欢聚一堂。前任会长，CASA 美东麻醉群主 周海峰博士，和准会长冯鸿辉医师热忱地主持了聚会。前任会长王长征医师的麻醉公司《8th Avenue Anesthesia》慷慨地资助了此聚会。首任会长王海明 医师介绍了数位嘉宾。

姚繁盛教授（Fun Sun Yao MD，康奈尔大学医学院心脏麻醉专家，和夫人胡报治；饶仁和教授（Jeffrey Ngeow MD），康奈尔大学医学院，骨科中心疼痛治疗专家；颜东裕教授(T J Gan MD) (纽约州立大学石溪分校医学中心麻醉科主任)，和夫人蓝玉携女儿 Sophia 莅临。David Wang MD (王迎春教授，康奈尔大学医学院骨科中心疼痛治疗)，Yan Lai MD (纽约西奈山医学中心)，二教授也参与欢聚。

德高望重教授们陆续发言恭贺美国华人麻醉医学会（CASA）成立十五周年！盛赞学会对会员们的帮助和促进中美麻醉交流贡献巨丰。

CASA 前会长李迺曦博士，谢燎阳，刘立新教授，司库：田穗荣 医师齐聚。

姚繁盛教授和夫人胡报治现场为美国华人麻醉医学会捐款一千美元，赢得大家无比崇敬！

虽然户外白雪飞扬，聚会厅内暖意浓浓，美食红酒。众医师热情地交流着工作，学习，家庭，时局。新老朋友，不亦乐乎。参与聚会还有：刘孜颖，黄建新，李锋华教授，李金蕾教授，陆晓微医师，金捷，丁义锋，吴静，陈跃秋，杨林丁，赵晔君教授，宋菁教授，何小莉，吴多平，游若旭，张樵，胡裕雯，谭敏怡，王晖，程红，郭巧栋，陈国明，James Huang，Ru Yun，Jenna (闫哲)，赵荣医师等。

美好的时光如此短暂，令人格外珍惜，宾客们依依不舍地握手道别。曼哈顿街头漫天祥雪将节日的欢乐扑向来自世界各地的游客们。那洁白的雪花，闪烁的霓虹，伴着教堂的钟声汇成千万张贺卡飘向全世界：“敬祝您和家人节日欢乐安康”；诚挚的问候，温馨的祝福……

CASA Bulletin of Anesthesiology 过去二年的总结



黄建宏

转眼之间，二年就这么过去了。当 CASA 把办 CASA Bulletin of Anesthesiology 的任务交给我的时候，我还没有 100% 的把握能把杂志办得好。开始还设想是不是应该把月刊办成季度刊。二年过去了，我们定期每月出版一期，报道了我们 CASA 会员的新闻，介绍最新的麻醉技术及管理知识。成为了中美麻醉交流的窗口。

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN: 2471-0733)
Volume 2 Issue 10 October 2016

金秋十月，美国华人麻醉学会月刊也有了新的封面。经过编辑部的编辑的不懈努力，产生了新的封面。设计的意图是为了让杂志走向专业化，正规化。在过去的十个月里，杂志有了自己的杂志编号。现在又有新封面，逐渐达到了预定目标。希望杂志能够更好地为广大读者及会员们提供最新、最实用的信息，为中美麻醉交流提供一个平台。希望大家积极投稿。



CASA 热烈祝贺清华教授成伟 Journal of Anesthesiology 的编委。
蒋教授毕业于青岛医学院，取得青岛医学院血液学硕士，美国俄亥俄州立大学大学生物化学博士，完成哈佛大学医学院麻醉住院医师培训，现任 Vanderbilt 大学麻醉学教授



CASA 成员华盛顿大学医学院教授成伟教授到武汉同济医院讲学“科麻醉与分娩镇痛”



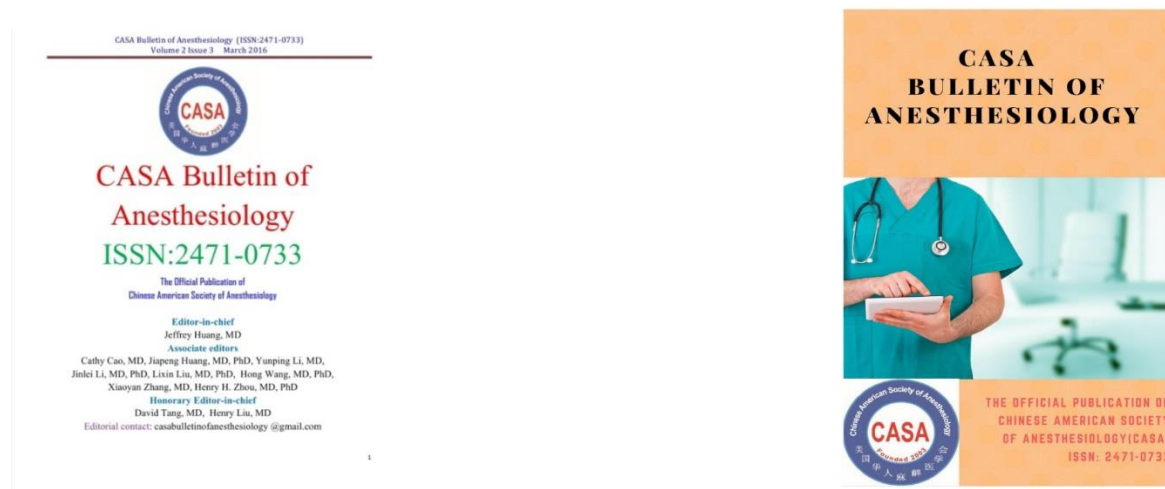
中国麻醉手术室应急手册的故事发表在麻醉病人安全基金会 (APSF Newsletter) 10 月份的杂志上。文章详细介绍了推广过程，获得翻译权，组织翻译团队，翻译审阅，发表，宣传其重要性。建立培训机制，得到全国麻醉协会的支持。推广过程中得到广大中国麻醉医生的支持。APSF 旨在不断提高麻醉病人安全。APSF 通过病人安全的研究和教育，全球和全球麻醉病人安全信息交流，宣传病人安全计划和活动来达到目的。APSF Newsletter 发行量超过 120000，是麻醉病人安全杂志发行量最高的杂志。这是 APSF Newsletter 第一次长篇幅报道中国麻醉界推动病人安全的故事。



首先我们成功为杂志申请到 ISSN(国际标准连续出版物号)。这样让杂志取得国际性的唯一代码标识，从而达到国际标准。



杂志封面不仅在于能够吸引读者，更在于长久地感动读者，能够反映出一个组织的追求与创新的精神。我们重新设计了封面，希望能达到这些目标。



杂志内容每期都有一个主题，题目多样化。尽量满足读者的需求。

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN:2471-0733)
Volume 2 Issue 8 August 2016

2016年无痛分娩中国行集锦

A: 温州市人民医院, 上海国妇婴



刘学燕 (美国新泽西州 Rutgers Bay Medical Center 麻醉医生, CASA member)

今年六月份, 随无痛分娩中国行大军, 去两个医院, 做无痛产科麻醉 123。

8月18日-18日, 我为美国麻醉科医生, 与来自多所美国麻醉学大学的妇产科医生 Dr. Margaret Baum 及来自北卡罗来纳州的产科麻醉科医生高洪烈, 在温州市中心医院, 为 5 千名产妇, 做无痛分娩。麻醉, 无痛分娩, 不仅减轻了产妇痛苦, 也减轻了产妇的焦虑, 与分娩的痛苦。我们那间产房, 自无痛分娩的兴起与实践, 令人印象深刻。我们带着我们的团队, 在温州三天, 共完成了三类 6 项无痛分娩学术交流, 参加产科学校教育。



12

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN:2471-0733)
Volume 2 Issue 3 March 2016

Serving experience as an anesthesiologist in the medical mission to Dominican Republic

Junkai Zhang, MD, PhD 张均奎



会员佳作

The Medical Outreach and Community Assistance of West New York (MOCA) has successfully completed her missions during February 12th to 18th, 2016. MOCA alternatively travels to an African country and Dominican Republic each year. Dr. E. Viander is the one of the organizers. The missions roughly included three services, surgical treatments for women with gynecological disorders, medical screening and cares on thousands of patients by three primary care physicians and a student team providing volunteering work to a local orphanage and a local school.

The surgical team was composed of five obstetrician gynecologists and three OB/Gyn residents and a few operating room nurses. I was the only anesthesiologist in the team. The surgical team expected to work in two operating rooms and accomplish twenties of surgery.

In the early morning of February 12, right after a sleepless night obstetric call, I joined the mission team. We loaded a bus with over twenty tons of supplies. We were stopped by Canadian border authorities for inspection on the controlled substances we brought with. It took a few hours to be cleared up by the border officers because higher central bureaucratic agency had to approve our pass.

19

向中国读者们介绍国际新技术新理念。2016 年多期摘要介绍新英格兰医学杂志与麻醉相关的文章。2017 年介绍美国麻醉质量研究所的不良事件系列报告。

CASA Bulletin of Anesthesiology Volume 2 Issue 6 June 2016

NEJM 要点摘要



雷静, 博士, 现任第四军医大学第一附属医院麻醉科主治医师, 讲师。2008-2011 作为研究员赴美国哈佛大学麻省总医院研究学习。现任中国心胸血管麻醉学会青年委员会副主任委员, 中国心胸血管麻醉学会围术期基础与转化医学分会, 中国心胸血管麻醉学会血液保护分会委员, 中国研究型医院学会麻醉专业委员会委员, 陕西省麻醉学会青年委员, 第四军医大学“优秀回国人员”, “青年英才”, “后备人才”。

心脏手术后房颤的心率控制与节律控制比较

心脏手术后发生房颤患者使用心率控制或节律控制者相比在住院时间, 术后并发症发生率和死亡率之间无显著差异。

这项研究告诉我们:

- 心脏手术后房颤的发生率很高;
- 大多数心脏手术后的房颤都是自限性的
- 节律控制时预后并无显著益处, 对于此类患者, 心率控制足佳。Just in case
- 考虑到 TIA 的高发病率, 是否应该考虑降低抗凝的阈值?
- N Engl J Med 374:1911 - 1921, May 19, 2016

中度缺血性二尖瓣返流手术治疗的 2 年预后

纳入 301 例患者, 比较中度缺血性二尖瓣返流患者行单纯 CABG 或 CABG+M Respair 手术的 2 年预后, 发现: 联合手术不改善左室舒张末期容积指数, 同期行 M Respair 虽可减少二尖瓣返流。



CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN:2471-0733)
Volume 3 Issue 1 January 2017

麻醉不良事件报告系统 术中起火

作者: ASA Monitor 02 2016, Vol.80, 56-57
翻译: 朱方方, 宁夏医科大学李惠利医院麻醉科。

朱方方, 2010 年本科毕业于温州医学院麻醉学专业, 2016 年研究生毕业于宁波大学外科学专业, 2015 年在浙江大学附属第一医院麻醉科住院医师 26 个月, 同年赴美国 Francis and Taylor Hospital 进修学习 23 个月, 多次参加各种中英文演讲比赛, 擅长骨科, 肝胆外科等的麻醉和管理。



患者接受腹腔镜手术, 最初尝试自主呼吸和内泊物输注, 使用鼻导管给予氧气以保持足够的氧饱和度。在手术开始时的患者自主呼吸暂停或混乱, 于是决定置入喉罩, 喉罩插入无困难, 继续内泊物输注。鼻导管的氧气供应没有关闭, 当在口上进行手术时, 冒出的火花导致右喉罩毛燃烧, 造成喉罩无损伤, 只损失约 1/3 长度的上下睫毛, 及时关闭鼻导管给氧, 没有进一步的事故发生, 病例报告完毕。

讨论:

由于手术电灼的火花引起的烧伤是最破坏性的围术期事件之一, 造成烧伤损伤可能需要广泛的治疗, 并可能导致终生残疾。上述病例描述了一个值得庆幸, 通过鼻导管和喉罩提供的头部或面部的小手术。幸运的是, 患者似乎没有受到伤害, 但这个案例强调了几个关于手术火灾的关键问题, 更具体地说, 在头部, 颈部和上胸部的手术期间, 患者在外科手术时火灾的风险增加, 其中火灾三联征所需的所有要素都非常接近 (参见下图)。

我们也介绍中国麻醉新技术。比如产科自体血回收技术，经验等。

VOLUME 3 ISSUE 12 DECEMBER 2017

产科回收式自体输血操作规程



产高 李晶
浙江省宁波市妇女儿童医院麻醉科

各种血液回收机回收红细胞的原理相同，但机器品牌、耗材及安装、处理模式选择等选择存在一定差异，同时还存在机器故障和操作失误等风险，因此必须严格按照机器使用说明书和操作规程实施。

一、人员资质
操作人员必须接受规范化培训，掌握设备的操作要领、耗材安装要点、药品配制比例等，熟悉作业流程及各种意外情况的处理。

二、适应症和禁忌症
1、适应症：妊娠合并前置胎盘、前置胎盘、胎盘早剥、多胎妊娠、人工流产术≥3次、剖宫产术≥2次、术前 P11 < 80 × 109/L 和术前 Hb < 100g/L 等预计存在输血风险产妇。
2、禁忌症：妊娠合并全身性感染、镰状细胞性贫血。对于Rh阴性血型产妇，实施IACS应给予抗D免疫球蛋白治疗，否则应慎用。

三、准备工作
1、评估：复习病史，制定方案，并完善相关检查。

16 | Page

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN: 2471-0733)
Volume 2 Issue 12 December 2016

加速康复外科在我国的发展现状、挑战与对策

朱斌 北京大学国际医院麻醉科 副教授



PART three 构建一个安全的 ERAS 体系

在特定专业内，即便在不同国家，ERAS 方案也应该区别不大的成熟的、相对固定的临床方案或流程和路径。但是，我国医疗资源、病人情况、围术期处理策略、卫生体制甚至医患关系与西方都存在较大不同。因此，在我国在追求加速康复的同时，如何构建一个安全的 ERAS 体系应该是最为重要、最为紧迫。这个可以从下面几个方面来考虑（图 1）。



构建安全 ERAS

- ① 讲专业
- ② 讲沟通
- ③ 讲规范

① 手术安全核查制度
② 不良事件汇报制度
③ 麻醉危机资源管理
.....

11 | Page

我们也发表 CASA 会员回国讲学经历，指出一些医疗界存在的问题，希望能够引起大家关注，探索解决问题的方法。

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN:2471-0733)
Volume 2 Issue 7 July 2016

与绝症搏斗过程引发的讨论



田红
一、珍的抗癌搏斗

珍是我的麻醉同事，51 岁，自幼移民到美国。2015 年九月确诊 4 期肺癌，努力医治后 2016 年 4 月去世。

"Our family is deeply saddened to inform you that 珍 passed away Sunday morning. As many of you know, she has been suffering from lung cancer. We are relieved that her passing was peaceful and painless. Thank you all for your prayers and support. 丈夫，儿子 & 女儿"

这是她的家人给我们发的信息。

回顾她的抗癌过程，不无遗憾。

她年轻，有两个少年儿女，又是家庭的主要经济支柱，她责任心强，如何能放下这个家庭的重任？治愈率？生存率？副作用？化疗学在个人的意义是什么？

珍的求生意志非常强烈，一直处于否认状态。确诊後她说，化疗後我回去上班，上帝呀！这是 4 期肺癌，能活一天算一天吧！

也许这个原因，整个抗癌过程中，癌科医生从来没有提过安宁治疗。

23

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN: 2471-0733)
Volume 3 Issue 10 October 2017

中国基层医院现状-2016 年广东，康定行

术前同意书 医疗反腐 Professionalism (敬业精神)

田红



汕头：

术前同意书

讲课中谈到医务人员责任是医疗护理病人，对病人负责，而不是听家属的决定，尤其提到分娩镇痛，有的中国医院居然允许丈夫签署镇痛决定，实在荒唐！究竟是孕妇疼痛还是丈夫签署疼痛？

结果听课的医务人员提到，术前同意书一定要家属签名，家属不签名，病人签名也没用！

我赶紧请教，中国这方面的法律是什么？

"好像得病人和家属一起签名。"

随后的行程中我就此问题反复请教不同级别的医务人员，包括领导干部。

反复的求证，法律规定，医疗决定应该由病人做决定（假设病人精神正常有决定的能力）。

15 | Page

在二年里，编辑部也发展了几位优秀的客座编辑。他们为杂志定期供稿，介绍许多新知识，新技术。

CASA Bulletin of Anesthesiology (ISSN: 2471-0733)
Volume 3 Issue 11 November 2017

Editor-in-chief

Jeffrey Huang, MD, FASA

Associate Editors

Cathy Cao, MD,

Jiapeng Huang, MD, PhD

Yunping Li, MD

Jinlei Li, MD, PhD

Chris Lee, MD, PhD

Lixin Liu, MD, PhD

Hong Wang, MD, PhD, FASA

Xiaoyan Zhang, MD

Henry Zhou, MD, PhD

Guest Editor

Chong Lei, MD, Bin Zhu, MD, Fangfang Zhu, MD

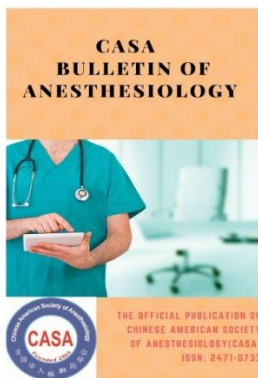
Honorary Editor-in-chief

David Tang, MD, Henry Liu, MD

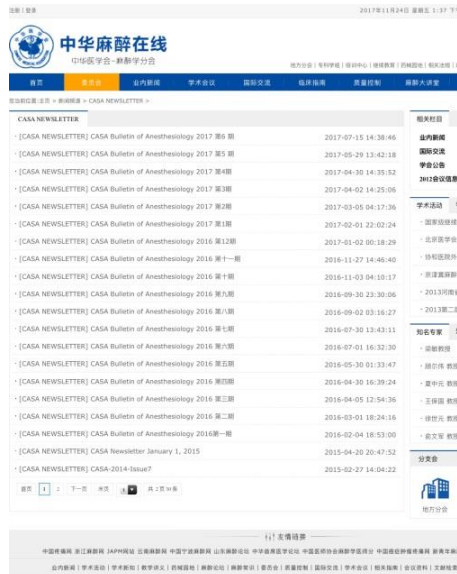
微信已经成为每个华人必备的交流平台。为了适应新环境的需求，我们把每期杂志制成微信版，在各种不同麻醉平台上发布。从而进一步提高读者量。

CASA Bulletin of Anesthesiology Oct
2017-1

2017-10-27 黄建宏



同时杂志每期登在 CASA 的网站上。杂志发表也得到中华医学会麻醉学分会的支持。在过去二年里，杂志每期都转发在中华麻醉在线上。从而扩大了读者数量。杂志也转发到新青年麻醉论坛，中国麻醉会员最多的网站。



作为杂志主编，我首先要感谢所有 CASA Bulletin of Anesthesiology 读者的大力支持，也感谢所有为杂志提供稿件的作者的厚爱，感谢杂志编辑们对杂志提供了很多的宝贵意见。没有你们的支持就没有杂志的今天。二年过去了，CASA Bulletin of Anesthesiology 逐渐发展成为中美麻醉交流的平台。杂志还有许多方面需要不断发展。我坚信下一任主编曹锡清医生一定会把杂志推向更新更高的层面。



Message from New Editor-in-Chief of CASA Bulletin of Anesthesiology



曹锡清

Dear Fellow CASA Members,

Happy holidays, hope you have a happy, healthy and prosperous New Year!

It is my great honor to serve as the Editor-in-chief of CASA Bulletin in 2018. I am grateful to the trust and responsibilities put upon by CASA Board of Directors, grateful to the guidance and teaching provided by Drs. Jeffrey Huang and Henry Liu, grateful to the support and involvement by many of you.

I have been brain-storming what need to be continued and what need to be improved and organizing the taskforce since my appointment in Boston. Current Editor-in-chief Dr. Jeffrey Huang has done a tremendous job enhancing the academic value and improving Sino-American communication among anesthesiologists, I accolade his great accomplishment and contribution to CASA, ASA, APSF, CSA and CAA and admire his dedication to his work and his family. While continuing his legacy, I incline to focus on the historical value and the social value of our journal by adding more content to reflect our daily life as practicing anesthesiologists in the USA, to document the history of our unique group of physicians, to inspire young anesthesiologists, to promote physical fitness and mental well-being, to spotlight artistic talents, to encourage innovation and to discuss and debate interesting clinical scenarios, healthcare policies and

advocacy issues. In the end, CASA Bulletin is a genuine channel of our messengers and an essential collection of our images.

Some of CASA members and leaders will oversee the following columns:

Column 专栏	责任编辑
Person of the month 榜样	王海明
Administrative Update 理事会	冯鸿辉
Editor's View 编者按	曹锡清
Reminiscence 回眸	曹锡清
Well-beings 开心时刻	裘卫
Resident/Fellow's Window 后起之秀	郑建彬
Art/Culture 小资	苗宁
QA/CRM 质控危机处理	姚东东
SEA 规培教育	麻浩波
Case Discussion 病例讨论	张均奎
Illustration 插图	姚热风
Neuroanesthesia 神外麻醉	于广祥
Regional Anesthesia 局麻区域阻滞	李金蕾
Obstetric Anesthesia 产科麻醉	刘宇燕
Pediatric Anesthesia 儿科麻醉	仲巍
Cardiac Anesthesia 心脏麻醉	黄佳鹏
Airway Management 气道管理	李成付
Pain Management 疼痛管理	林永健

Please get involved, have your voice heard. Send your suggestions, feedback and articles
to email: casabulletin@outlook.com

I thank each and every one of you!

Respectfully,

Cathy Cao 曹锡清

