

概述

- 麻醉后恢复室（PACU）是麻醉科实施全程管理的重要环节，其主要工作职责是保证麻醉后病人安全返回病房。全麻病人，硬膜外平面在T5以上以及病情不稳定的病人，均需送麻醉恢复室观察治疗。隔离病人应参照“医院感染管理规范”执行。一般白天开放，急诊生命体征不稳定者可转外科重症监护室（SICU）继续治疗。

- 麻醉科主任负责PACU的组织领导工作，安排一名中级以上的麻醉医师和护师以上的护理人员共同承担PACU的日常医疗和管理工作(以下简称PACU医师和PACU护士)。PACU应配备专职护士，护士的编制按床位与护士之比为1~2:1，从事PACU病人的监测和护理。PACU医师负责制定该病人的监测和治疗计划，并决定是否转送普通病房或ICU的指征。

- PACU必须配备常规及急救设备和药品（见附注），包括：氧气、吸引器、多功能监测仪、口咽通气道、喉镜、面罩、呼吸囊、各种型号气管插管、呼吸机、除颤器、微量泵等。

- 常备的急救药品包括
- 升压药：肾上腺素、去甲肾上腺素、苯肾上腺素、**麻黄素**、多巴胺、间羟胺、异丙肾上腺素等。
- 降压药：酚妥拉明、硝酸甘油注射液、硝普钠、尼卡地平、乌拉地尔等。
- 抗**心律失常**药：利多卡因、普罗帕酮(心律平)、氯化钾、维拉帕米(异搏定)、溴苄胺、硫酸镁、艾司洛尔等。
- 强心药：地高辛、去乙酰毛茛、多巴酚丁胺等。
- 抗胆碱药：阿托品、东莨菪碱、**654-2**等。
- 抗胆碱酯酶药：新斯的明等。
- 利尿脱水药：呋塞米、甘露醇等。
- 中枢神经兴奋药及平喘药：尼可刹米(可拉明)、氨茶碱/沙丁胺醇等。
- 镇静、镇痛药及拮抗药：丙泊酚、芬太尼、纳洛酮等。
- 肌肉松弛药：**琥珀**胆碱、阿曲库铵、维库溴铵等。
- 凝血药及抗凝药：**维生素K**、**止血敏**、肝素等。
- 激素：琥珀酸氢化可的松、氢化可的松、地塞米松、甲泼尼龙等。
- 作用于子宫药物：缩宫素。
- 抗组胺药：苯海拉明、异丙嗪等。
- 其他：**25%葡萄糖溶液**、**0.9%氯化钠**、**10%葡萄糖酸钙**、**10%氯化钾**、**5%碳酸氢钠**、生理盐水、乳酸钠林格液、**6%羟乙基淀粉**、琥珀酰明胶及静脉输注装置。

工作内容

- 定期进行药品、物资和监护仪设备的检查，严格执行医院感染管理制度。

- 病人由手术室护士和麻醉医师共同推入恢复室交接。

- 病人由手术室转往恢复室的过程中，麻醉科医师负责维持病人呼吸及循环功能的稳定。

- 病人安置稳定后，立即建立常规监测及治疗。包括心电图、血压、脉搏、血氧饱和度；保持呼吸道通畅、吸氧、输液或输血；保留气管插管及呼吸功能未恢复者，应以呼吸器扶助或控制呼吸。

- 麻醉科医师向PACU医师、护士交接班内容：
- （1）病人姓名、年龄、现病史和既往史及治疗情况等术前相关情况、麻醉方式及手术方法等。
- （2）麻醉用药。包括术前用药、麻醉诱导及维持药、麻醉性镇痛药物和肌松药的用量及最后一次用药时间和剂量、拮抗药及其他药物。
- （3）手术中生命体征（血压、脉搏、呼吸和体温等）情况，术中失血量、输液、输血量和尿量。有无险情或重大病情变化等。
- （4）麻醉和手术的异常情况及其处理，如插管困难、支气管痉挛，ECG改变或血流动力不稳定、异常出血等。经过何种治疗性药物或措施处理，效果如何。
- （5）目前存在的问题和处理措施以及可能发生的并发症。

- PACU医师应全面检查病人并对麻醉后恢复情况作出评价，主要集中在神志、呼吸道及肌力的恢复。并将患者妥善固定，以免摔伤或擅自拔除各种导管。

- 恢复室病人管理内容：
- (1)所有病人必须监测ECG、BP、RR、SPO2，特殊病人监测体温。
- (2)观察意识状态。
- (3)观察呼吸、颜面与口唇颜色，保持呼吸道通畅。
- (4)保持留置各种管道妥善固定，引流通畅。
- (5)保持伤口敷料完好，观察病人的伤口情况和腹部体征。
- (6)烦躁病人用约束带约束。

- 按照麻醉后恢复室记录单进行各项检测内容的记录，至少每15分钟测定并记录一次血压、心率、心律、SpO₂、呼吸频率及神志恢复情况，以判断恢复程度和速度。对于恢复缓慢者应进行治疗，如残余肌松药或麻醉性镇痛药的拮抗等。病情发生变化或不稳定时，须及时处理并记录，如遇病人病情发生重大变化，在进行初步处理的同时应该立即通知实施麻醉医生或科主任共同处理，必要时请相关科室会诊处理。

- 当病人达到转出标准后或需要送往ICU继续治疗，应详细记录各种检查结果。将病人及所有病历记录送到普通病房或ICU。

拔管指征

- 没有单一的指征能保证可以成功地拔除气管导管，下列指征有助于评估术后病人不需要辅助通气：

- PaO₂或SpO₂正常。

- 呼吸方式正常。T型管通气10分钟试验表明，病人能自主呼吸，呼吸不费力，呼吸频率 $<30/\text{min}$ ，潮气量 $>300\text{ml}$ 。单纯测定肺活量或最大吸气气压的价值有限，因为并不可靠。

- 意识恢复，可以合作和保护气道。

- 肌力完全恢复。

- 拔管前PACU的麻醉医师应警惕原已经存在的气道情况，并可能需要再次气管内插管。给予吸氧，吸引气管导管内、口腔内和咽部分泌物；拔管前正压通气、面罩给氧，监测SpO₂，估计是否有气道梗阻或通气不足的征象。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/397166166045006151>