

团 体 标 准

T/CHAS 10-2-10—2024

中国医院质量安全管理

第 2-10 部分：患者服务 麻醉服务

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 2-10: Patient service—Anesthesia service

2024- 5 - 25 发布

2025 - 12-1 实施

中国医院协会 发布

目 次

前 言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 关键要素 2

5 要素规范 3

 5.1 基本要求 3

 5.2 手术室内麻醉 3

 5.3 手术室外麻醉 7

附录 A（规范性附录）麻醉诱导前核查表 9

附录 B（规范性附录）改良 Aldrete 评分表 10

附录 C（规范性附录）麻醉/镇静后离院评分标准 11

参考文献 12

前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第 1 部分：总则
- 第 2 部分：患者服务
- 第 3 部分：医疗保障
- 第 4 部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第 2 部分：患者服务》包括以下部分：

- 第 2-1 部分：患者服务 患者安全目标
- 第 2-2 部分：患者服务 院前急救
- 第 2-3 部分：患者服务 急救绿色通道
- 第 2-4 部分：患者服务 急诊服务
- 第 2-5 部分：患者服务 预约服务
- 第 2-6 部分：患者服务 门诊服务
- 第 2-7 部分：患者服务 门诊处方
- 第 2-8 部分：患者服务 住院服务
- 第 2-9 部分：患者服务 手术服务
- 第 2-10 部分：患者服务 麻醉服务
- 第 2-11 部分：患者服务 重症监护
- 第 2-12 部分：患者服务 临床用药
- 第 2-13 部分：患者服务 临床用血
- 第 2-14 部分：患者服务 临床检验
- 第 2-15 部分：患者服务 临床病理
- 第 2-16 部分：患者服务 医学影像
- 第 2-17 部分：患者服务 放射治疗
- 第 2-18 部分：患者服务 介入治疗
- 第 2-19 部分：患者服务 内镜治疗
- 第 2-20 部分：患者服务 血液净化
- 第 2-21 部分：患者服务 器官移植
- 第 2-22 部分：患者服务 疼痛治疗
- 第 2-23 部分：患者服务 高压氧治疗
- 第 2-24 部分：患者服务 住院患者静脉血栓栓塞症（VTE）防治
- 第 2-25 部分：患者服务 日间手术
- 第 2-26 部分：患者服务 临床研究
- 第 2-27 部分：患者服务 中医药治疗
- 第 2-28 部分：患者服务 康复治疗
- 第 2-29 部分：患者服务 临床营养
- 第 2-30 部分：患者服务 健康体检
- 第 2-31 部分：患者服务 孕产妇保健
- 第 2-32 部分：患者服务 儿童保健

- 第 2-33 部分：患者服务 随访服务
- 第 2-34 部分：患者服务 输液安全
- 第 2-35 部分：患者服务 ERAS 管理
- 第 2-36 部分：手术机器人使用管理

本标准是第2-10部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：复旦大学附属中山医院，华中科技大学同济医学院附属协和医院，中国医科大学附属盛京医院，天津医科大学总医院，中国医学科学院北京协和医院，贵州医科大学附属医院，宁夏医科大学总医院，江苏省苏北人民医院，中山大学附属第一医院，四川省医学科学院·四川省人民医院，医院标准化专业委员会。

本标准主要起草人：顾建英，缪长虹，陈向东，赵平，于泳浩，高鸿，倪新莉，申乐，高巨，冯霞，雷迁，陈万坤，李婷，刘月辉，刘丽华。



中国医院质量安全管理 第2-10部分 患者服务 麻醉服务

1 范围

本标准规定了麻醉服务人员资质、基础设施要求及手术室内、外麻醉中各要素的管理规范。
本标准适用于各级各类医疗机构麻醉服务质量安全管理。

2 规范性引用文件

下列文件对于本标准分册的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本标准分册。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准分册。

WS 329—2011 麻醉记录单

WS/T 500.12—2016 电子病历共享文档规范第12部分：麻醉术后访视记录

WS/T 796—2022 围手术期患者血液管理指南

T/CHAS 10-2-9—2018 中国医院质量安全管理第2-9部分：患者服务 手术服务

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

围手术期 perioperative period

指围绕手术的一个全过程，包含术前、术中及术后的一段时间，具体是指从确定手术治疗时起，直到与这次手术有关的治疗基本结束为止。

3.2

多模式镇痛 multimodal analgesia

指通过联合不同作用机制的镇痛药物和/或不同的镇痛方法，作用于疼痛传导通路的不同靶点，发挥镇痛的相加或协同作用，减少外周和中枢敏化，从而获得最佳镇痛效果，同时减少单种镇痛药剂量，减少不良反应。

3.3

目标导向液体治疗 goal-directed fluid therapy; GDFT

指基于患者个体生理参数和血流动力学监测数据，通过优化液体输注量和速度，改善患者的血流动力学状态和组织灌注的液体管理策略。常用的血流动力学监测参数有床旁参数如皮肤弹性、血压、脉率、尿量等；压力参数如中心静脉压、平均动脉压、肺动脉楔压等；流量参数如每搏量、心输出量等；容量参数如每搏变异度、脉搏压差变异等。

3.4

椎管内麻醉 intrathecal anesthesia

指将麻醉药物注入椎管的蛛网膜下腔或硬膜外腔，阻滞脊神经根使该神经根支配的相应区域产生麻醉作用，统称为椎管内麻醉。根据注入位置不同，可分为蛛网膜下腔麻醉（又称脊麻或腰麻）、硬膜外麻醉、腰硬联合麻醉。

3.5

手术室外麻醉 out of operating room anesthesia; OORA

指不在手术室进行的各类内镜、介入、组织活检等有创诊疗操作的麻醉，以及为自然分娩、康复治疗等疼痛程度较高的诊疗操作提供的麻醉服务。

3.6

轻度镇静 minimal sedation

指药物引起该状态时，患者能对口头指令做出正常反应，认知功能和身体协调能力可能受损，但气道反射、通气功能和心血管功能不受影响。

3.7

中度镇静 moderate sedation

指药物引起的意识抑制状态，在此状态下，患者对口头指令或者轻柔的触觉有明确反应，可维持气道通畅，无需干预可维持充足的自主通气，通常可维持心血管功能。

3.8

深度镇静 deep sedation

指药物引起的意识抑制状态，在此状态下，患者不易被唤醒，但对重复口头命令或伤害性刺激有明确反应，可能存在自主通气不足，需要辅助手段保持气道通畅，可能会丧失部分或者全部气道保护性反射，通常可维持心血管功能。

3.9

肺保护性通气策略 lung protective ventilation strategies

指在维持机体充分氧合的前提下，为防止肺泡过度扩张和萎陷，从而保护和改善肺功能、减少肺部并发症和降低手术患者死亡率的呼吸支持策略，其主要方法包括小潮气量、个体化适度呼气末正压（PEEP）、间断肺复张和低吸入氧浓度等。

4 关键要素

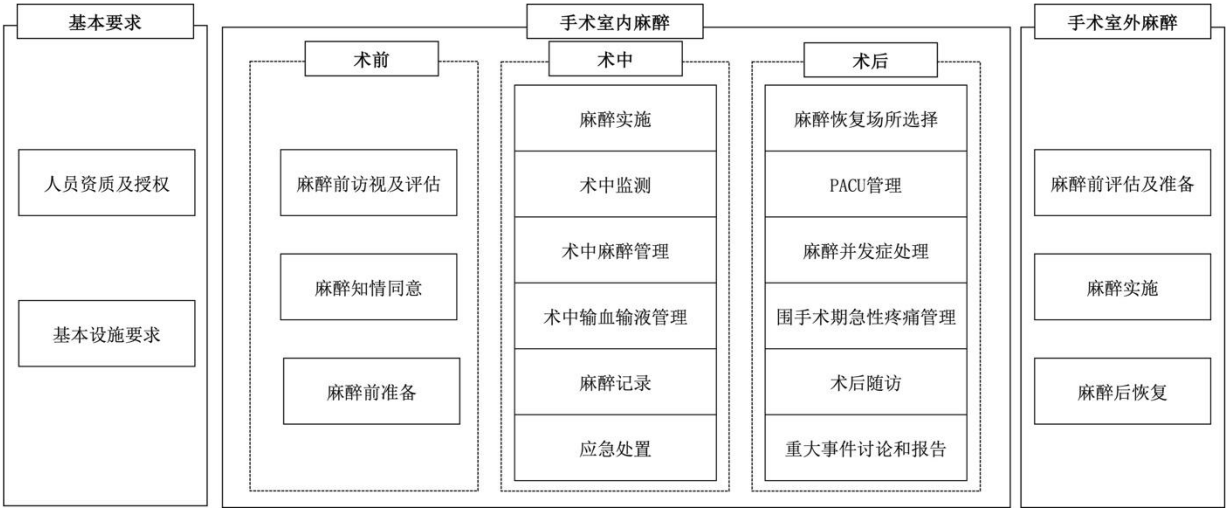


图 1 麻醉服务质量安全管理关键要素

5 要素规范

5.1 基本要求

5.1.1 人员资质及授权

- 5.1.1.1 从事临床麻醉及相关工作的医护人员应符合资质要求，并获麻醉授权，且定期考核合格。
- 5.1.1.2 医疗机构应实行麻醉医师资格分级授权管理制度，并定期对麻醉医师执业能力进行评价和再授权。
- 5.1.1.3 深度镇静或全麻均应由麻醉医师实施，轻、中度镇静可由经过专门镇静培训并获得资质授权的医师负责。
- 5.1.1.4 具有主治医师及以上职称的麻醉医师才能独立实施麻醉，未获独立执行麻醉资格的麻醉医师需在上级医师的指导下开展工作。

5.1.2 基本设施要求

手术室内及手术室外麻醉操作场所需配备的基本设施包括但不限于：高流量供氧源及吸氧装置、麻醉机、心电监护仪、气道管理工具、吸引器、简易人工呼吸器、应急照明设施、装载除颤仪、急救药品及心肺复苏设备的急救车等。儿童和婴幼儿须配备专用的气管插管装置及可用于小儿的麻醉机和监护仪。

5.2 手术室内麻醉

5.2.1 术前

5.2.1.1 麻醉前访视及评估

a)在手术麻醉前，麻醉医师应对患者进行访视及评估，并填写术前访视记录单，访视内容及要求按 T/CHAS 10-2-9—2018 规定执行。

b) 访视时发现患者有特殊情况，应及时向上级医师汇报，以得到指导和帮助。

c) 发现患者术前准备不充分、需补充或复查必要的检查项目时，麻醉医师应向手术医师提出建议，完善术前检查，必要时推迟或暂停手术。

d) 对高危患者或麻醉处理复杂的病例，麻醉科室应进行病例讨论并记录，必要时组织相关科室进行术前多学科会诊。

5.2.1.2 麻醉知情同意

在手术麻醉前应由麻醉医师与患者和/或家属充分沟通，内容包括但不限于：拟定的麻醉方案、监测方法、有创操作、术后镇痛、可能发生的并发症和意外、所采取的预防措施、备选麻醉方案等，获得患者和/或被委托人同意后，签署麻醉知情同意书。

5.2.1.3 麻醉前准备

a) 麻醉医师安排：根据手术种类及分级、麻醉难易程度、患者状况、麻醉医师资质、麻醉医师的技术水平及业务能力合理安排麻醉医师。

b) 麻醉方案准备：根据手术要求、患者身体状况、本单位设备条件并结合患者意愿制定麻醉方案，并根据麻醉和围手术期间可能发生的问题制定备选方案/应急预案。

c) 患者准备：在手术麻醉前，麻醉医师应根据手术要求和麻醉方案对患者进行麻醉前准备工作，包括但不限于：指导患者停用或继续服用常规用药，改善患者全身情况，根据手术要求和患者情况严格执行禁食禁饮规定，控制感染等合并症等。麻醉前均应建立有效静脉通路。

d) 麻醉药品准备：检查及准备好麻醉、抢救和其他（辅助）用药，所有药品均应有清晰的标签和日期，并分类放置。

e) 麻醉相关物品准备：包括但不限于：面罩、呼吸囊、吸引装置、喉镜、气管导管或喉罩、导管芯、通气道、牙垫、听诊器等。

f) 仪器、设备准备：

① 麻醉实施前应常规准备麻醉机、心电监护仪、脉搏血氧饱和度监测仪、氧气和吸氧装置、吸引设备、听诊器、易获取的除颤仪等。疑难危重手术及其他特殊手术应根据需求准备其他设备。

② 麻醉实施前应对相应设备进行气源、电源、管道连接等安全检查。按设备要求开机、校正、检查、调整相关参数，保证所有仪器设备处于完好待用状态。

g) 术前安全核查：在麻醉诱导前，麻醉医师应与手术医师、手术室护士共同完成 T/CHAS 10-2-9—2018 规定中的三方核查，并按附录 A 中的麻醉诱导前核查表，完成麻醉前自查。

5.2.2 术中

5.2.2.1 麻醉实施

按照术前拟定的计划实施麻醉。麻醉实施中如需变更麻醉方式、方法，应及时告知家属并取得知情同意，将相应依据及时记录在麻醉记录单中。

5.2.2.2 术中监测

a) 麻醉医师应全程床旁监护患者，关注手术进程，随时与手术医师保持有效沟通。

b) 对所有接受麻醉的患者全程监测血压、心率、心电图、脉搏血氧饱和度，有条件/必要时监测体温、尿量、呼气末二氧化碳等。

c) 进行疑难危重手术及其他特殊手术时，应进行有创动脉压、中心静脉压监测。有条件时应积极进行肺动脉压、麻醉深度、脑组织氧饱和度、神经肌肉功能等监测。

d) 有条件的医疗机构应对全麻患者全程监测吸入氧浓度，并设置低氧浓度报警。

e)任何情况下均应确保患者气道通畅和有效通气。在使用呼吸回路时,应密切观察储气囊,并持续观察/监测患者氧合情况。

f)应适当设置报警参数,并持续打开有声警报信号,设置足够响亮的报警声音,保证整个手术间内可听到。

5.2.2.3 术中麻醉管理

a)术中应做好麻醉管理,包括循环管理、呼吸管理、体温管理和麻醉深度管理等方面。

b)在循环管理中,应结合各项循环指标综合评价循环功能,根据患者具体情况个体化选择血管活性药物,维持患者的血压稳定,保证组织器官的血流灌注。尤其对于老年患者应尽量避免血压大幅度波动,避免术中低血压的发生。高危老年患者可考虑在脑组织氧饱和度监测下维持循环功能稳定。

c)在呼吸管理中,宜采用肺保护通气策略,应避免过度通气和低氧血症,维持脉搏血氧饱和度不低于90%。对于术前存在低氧血症的患者,应维持脉搏血氧饱和度至少不低于术前,并做好术后呼吸支持的准备。

d)在体温管理中,术中应积极监测体温,主动保温,维持术中核心体温不低于36℃。

e)在麻醉深度管理中,应维持合适的麻醉/镇静深度。对脆弱脑功能的高危患者和接受高风险手术的患者,应实施连续无创脑氧组织饱和度和/或脑电监测及干预。

5.2.2.4 术中输血输液管理

a)围手术期液体治疗应遵循个体化原则。对呼吸、循环系统影响大的手术,除常规监测血流动力学指标外,宜采用目标导向液体治疗联合预防性使用血管活性药物。

b)围手术期输血按照WS/T 796—2022规定执行。

5.2.2.5 麻醉记录

按照WS 329—2011要求如实填写麻醉记录单,内容包括但不限于:病人基本信息、麻醉人员、麻醉开始和结束时间、麻醉方法、麻醉用药、麻醉技术、麻醉全过程患者生命体征记录、术中特殊事件及处理等。

5.2.2.6 应急处置

a)术中出现麻醉并发症或意外情况,应即刻通知上级医师,按麻醉前准备的预案采取紧急救治措施,全力保障患者安全,并如实、完整地记录到麻醉记录单上。

b)麻醉科应有应急管理制度,定期审查并升级应对突发事件的资源与计划。加强人员培训与演练,优化操作流程和各类应急预案。

5.2.3 术后

5.2.3.1 麻醉恢复场所选择

a)危重患者、生命体征不平稳或术后需要较长时间连续监测生命体征的患者,符合ICU收治标准的转送至ICU。

b)部分非全麻患者,手术结束后即达到出麻醉恢复室(PACU)标准的,可直接送返病房观察。

c)全麻患者,使用静脉麻醉药物患者,以及神志意识、呼吸循环未稳定的患者均应在PACU进行恢复。

5.2.3.2 PACU 管理

a) PACU 应配有充足的接受过训练的医务人员, 且应具备有可及时获取的氧气、吸引器、监护仪、通气设备和紧急抢救药品及物品。

b) 手术结束后应由该手术组外科医师、麻醉医师、手术室护士共同转运患者, 转运途中应给予吸氧、适当监护和生命支持措施。进入 PACU 需与 PACU 的麻醉医师和麻醉护士进行详细交接。交接内容包括但不限于: 患者术前评估及特殊病史、目前生命体征(血压、心率、脉搏血氧饱和度、呼吸、意识)、术中情况(手术方式、麻醉方式、术中失血及补液情况、术中特殊情况处理及术中特殊用药等)及术后可能出现的问题与注意事项等。

c) PACU 医师和护士应继续对患者进行生命体征监测, 包括但不限于: 血压、心率、脉搏血氧饱和度、疼痛评分等。椎管内麻醉患者需观察麻醉平面、下肢感觉与运动功能恢复情况。

d) 患者在离开 PACU 前, 应由麻醉医师评估是否符合出室标准。全麻患者转出 PACU 的标准为: 改良 Aldrete 评分 > 9 分(参照规范性附录 B)。椎管内麻醉后患者 PACU 出室标准包括: 呼吸循环功能稳定; 麻醉平面低于 T6 和/或最后一次椎管内麻醉用药时间超过 1 小时。

e) 符合 PACU 出室标准的, 由麻醉科相关人员和手术医师转送至普通病房并与病房护士进行交接。

f) 应根据患者最后一次静脉用药后药物的药效动力学及药代动力学特点, 给予适当观察时间后再离开 PACU。

g) 患者在 PACU 的生命体征、阶段性评估情况以及患者进、出 PACU 的时间均应记录在麻醉恢复室记录单上, 保存在病历中。

5.2.3.3 麻醉并发症处理

在 PACU 期间, 麻醉医师应密切观察患者, 若患者出现意识和精神障碍、呼吸抑制、循环波动、体温波动、疼痛、恶心呕吐、伤口出血、苏醒延迟等并发症, 应与主麻医师及手术医师沟通并及时处理, 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5.2.3.4 围手术期急性疼痛管理

a) 围手术期应遵循预防性镇痛、多模式镇痛和全程个体化镇痛原则。

b) 术后疼痛管理应尽量减少阿片类药物用量, 有条件时应采用神经阻滞、切口局部浸润局麻药以及联合 NSAIDs 等非阿片类药物的多模式镇痛方法。

c) 对于严重的术后疼痛, 可由接受过正规培训并具有相应资质的 PACU 医护人员在麻醉医师的指导下给予阿片类药物, 并对患者呼吸系统和意识状态进行持续监测。

d) 高危人群(老年、肝肾功能不良、慢性呼吸衰竭、同时使用中枢神经系统抑制药物者)如使用阿片类镇痛药物, 应降低剂量并严密监测患者呼吸频率、脉搏血氧饱和度及意识状态。

5.2.3.5 术后随访

a) 麻醉医师应在术后 24 小时内对麻醉患者进行术后随访, 可采用床旁随访或智能随访系统, 对危重症、重大手术患者及特殊手术患者连续访视 3 天。重点关注麻醉恢复情况、镇痛效果以及麻醉相关并发症。术后出现麻醉并发症应及时有效处理, 并执行上报制度。常规手术可由麻醉护士完成术后随访, 若有特殊情况应及时报告麻醉医师, 并由麻醉医师现场诊视处理。

b) 按 WS/T 500.12—2016 规定填写麻醉术后访视记录, 记录生命体征、麻醉恢复情况、镇痛效果、并发症及处理情况等。

5.2.3.6 重大事件讨论和报告

应落实医院不良事件上报制度, 主动及时上报、处理麻醉过程中发生的医疗安全(不良)事件, 定期分析并制定相应的防范措施。

5.3 手术室外麻醉

5.3.1 麻醉前评估及准备

5.3.1.1 手术室外麻醉的麻醉前评估及准备的要求和内容应与普通择期手术一致。非住院患者应在麻醉门诊完成麻醉前评估。胃肠镜检查前应特别注意是否存在消化道出血及消化道梗阻的情况，介入操作前应特别关注是否存在造影剂过敏史或相关药物不良反应史，有特殊疾病或合并症的患者应根据病情需要完善检查，必要时住院治疗。评估完成后，预约手术或检查日期，并在麻醉医师和操作医师的共同指导下完成术前准备。

5.3.1.2 麻醉医师应严格把握手术室外麻醉的适应证和禁忌证。

a) 适应证包括但不限于：一般情况良好；ASA I 级或 II 级患者；ASA III 级但全身情况稳定在 3 个月以上的患者。

b) 禁忌证包括但不限于：近期出现急性上呼吸道感染未愈者、哮喘发作及持续状态；困难气道；有镇静/麻醉药物过敏及其他麻醉风险极高者；心理障碍、患有精神疾病及不配合的患者。

5.3.2 麻醉实施

5.3.2.1 麻醉过程要求麻醉起效快、诱导平稳、苏醒迅速、不良反应少，同时应掌握各类手术室外麻醉常见的问题，准备好应急预案，及时发现并处理。

5.3.2.2 对于轻度疼痛刺激的操作，包括穿刺性检查、内镜检查、口腔科诊疗等，可选择在深度镇静或全麻下完成。麻醉过程中应持续监测心率、脉搏血氧饱和度、血压、心电图等。

5.3.2.3 对于明显疼痛刺激、持续时间长或对患者呼吸循环干扰较大的操作，包括消化内镜下治疗、介入检查和治疗、心导管检查等，应采用气管插管/喉罩全身麻醉。麻醉过程中应持续监测心率、脉搏血氧饱和度、血压、心电图、呼气末二氧化碳等。

5.3.2.4 消化内镜检查和治疗，一般的胃镜检查可选口咽部表面麻醉复合丙泊酚静脉麻醉，肠镜检查宜复合小剂量的阿片类镇痛药。对于存在活动性消化道出血，反流误吸高风险的患者以及操作时间较长、操作复杂的内镜诊疗技术，宜选用气管插管/喉罩全身麻醉。对实施中度或重度镇静的患者术中应特别关注患者的呼吸及氧合，避免发生呼吸抑制等并发症。操作期间应注意返流误吸，胃肠道扩张引起的迷走神经反射，消化道出血等并发症。

5.3.2.5 纤支镜检查期间，应尽量维持患者的自主呼吸，呼吸管理可采用鼻导管吸氧或间断面罩吸氧，也可通过支气管镜进行高频通气。如检查时间较长，操作复杂应采用喉罩或气管插管通气。操作过程中应加强通气功能监测和吸氧，及时吸引气道分泌物和血液，预防喉痉挛、气道梗阻等并发症。

5.3.2.6 妇产科诊室手术如宫腔镜检查及手术、清宫术、诊断性刮宫、宫颈手术等，可选择局麻、宫颈旁阻滞、全麻等方式。但在实施过程中麻醉医师应警惕全脊麻、术后头痛等问题。宫腔镜手术中，麻醉医师应严密监测，及时预防和处理术中发生子宫穿孔，空气栓塞等并发症。

5.3.2.7 心导管检查和治疗期间，应选用对心血管功能影响较小的麻醉药物。对血流动力学影响较大的检查和手术应持续进行有创动脉监测、间断进行血气分析。

5.3.2.8 介入检查和治疗期间，麻醉医生应间断停留在患者身边，在操作过程中需确保患者不动，处理意外并发症，预防造影剂相关不良反应。

5.3.2.9 CT 和 MRI 检查期间，在扫描前应检查麻醉设备的电池电量、输液管路、麻醉药余量，保持适当的麻醉深度，以保证成像质量。

5.3.3 麻醉后恢复

5.3.3.1 凡镇静/麻醉结束后尚未清醒（含嗜睡）、或虽已清醒但肌张力恢复不满意的患者均应进入

PACU 或麻醉恢复区域观察。

5.3.3.2 若操作场所不具备 PACU 条件，则患者需在原操作台监护直至达到 PACU 离室标准。

5.3.3.3 住院患者按常规麻醉后恢复处理；门诊患者由麻醉医师和手术医师共同评估是否可以离院，按麻醉/镇静后离院评分标准（参照规范性附录 C）进行评分，对 ≥ 9 分的患者可在有看护能力的成人陪同下离院。



附 录 A
(规范性附录)
表 A 麻醉诱导前核查表

麻醉诱导前	
1.	核对患者基本信息。
2.	核对手术部位和手术方式，检查手术部位标识。
3.	完成手术核查表麻醉部分。
4.	是否完成麻醉前评估？是否需要填写疑难病例术前讨论表？
5.	是否已经完整填写麻醉术前访视单和麻醉知情同意书？
6.	是否建立了必需的麻醉监测（心电图，血压，脉搏血氧饱和度等）？
7.	气道处理的工具（吸引器、喉镜、气管导管、面罩、通气道、导管芯等物品）是否准备妥当？是否需要困难气道处理特殊工具？
8.	药品是否备齐？安瓿是否已核对？标签是否清晰完整？
9.	静脉通路是否通畅？
10.	麻醉机是否通过自检或已经完成手工校验？监护仪工作状况是否良好？检查备用氧气、面罩供氧装置是否完好？



附 录 B

(规范性附录)

表 B 改良 Aldrete 评分表 (分)

项目	分值
活动力	
按指令移动四肢	2
按指令移动两个肢体	1
无法按指令移动肢体	0
呼吸	
能深呼吸和随意咳嗽	2
呼吸困难	1
呼吸暂停	0
循环	
全身血压波动幅度不超过麻醉前水平的 $\pm 20\%$	2
全身血压波动幅度为麻醉前水平的 $\pm 20\%$ - 49%	1
全身血压波动幅度超过麻醉前水平的 $\pm 50\%$	0
意识	
完全清醒	2
可唤醒	1
无反应	0
经皮脉搏血氧饱和度	
呼吸室内空气下氧饱和度 $\geq 92\%$	2
需辅助给氧下维持氧饱和度 $\geq 92\%$	1
即使辅助给氧下氧饱和度 $< 92\%$	0
总分	

引自：麻醉后监测治疗专家共识(2021 版)

附 录 C
(规范性附录)

表 C 麻醉/镇静后离院评分标准

离院标准	评分
生命体征（血压和心率）	
变化幅度不超过术前值的±20%	2
变化幅度在术前值的 21%~40%内	1
变化幅度超过术前值的 40%	0
运动功能	
步态稳定/没有头晕	2
需要帮助	1
不能行走/头晕	0
恶心呕吐	
轻微或无	2
中等	1
严重	0
疼痛	
轻微或无	2
中等	1
严重	0
手术出血	
轻微或无	2
中等	1
严重	0
总分	

引自：中国消化内镜诊疗镇静/麻醉的专家共识（2020 版）

参 考 文 献

- [1] 医疗技术临床应用管理办法, 国家卫生健康委员会令第1号.
- [2] 卫生部办公厅关于印发《手术安全核查制度》的通知, 卫办医政发[2010]41号.
- [3] 国家卫生计生委办公厅关于医疗机构麻醉科门诊和护理单元设置管理工作的通知, 国卫办医函[2017]1191号.
- [4] 国家卫生健康委办公厅关于印发麻醉科医疗服务能力建设指南(试行), 国卫办医函[2019]884号.
- [5] 麻醉专业医疗质量控制指标(2022年版), 国卫办医函[2022]161号.
- [6] 中华医学会麻醉学分会, 麻醉科质量控制专家共识[M]. 2021.
- [7] 中华医学会麻醉学分会老年人麻醉与围术期管理学组, 中华医学会麻醉学分会疼痛学组国家老年疾病临床医学研究中心, 国家老年麻醉联盟. 老年患者围手术期多模式镇痛低阿片方案中国专家共识(2021版)[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(3).
- [8] 中华医学会麻醉学分会老年人麻醉与围术期管理学组, 国家老年疾病临床医学研究中心, 国家老年麻醉联盟. 中国老年患者围手术期麻醉管理指导意见(2020版)(一)[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(31).
- [9] 张晓光, 郗文斌, 屠伟峰等. 围术期目标导向全程镇痛管理中国专家共识(2021版)[J]. 中华疼痛学杂志, 2021, 17(2).
- [10] 中华医学会麻醉学分会. 麻醉后监测治疗专家共识[J]. 临床麻醉学杂志, 2021, 37(1).
- [11] 中华医学会麻醉学分会, 中华医学会消化内镜学分会. 中国消化内镜诊疗镇静/麻醉的专家共识(2020版)[M]. 2021.
- [12] 美国麻醉医师协会. 麻醉ASA分级标准[Z]. 2020.
- [13] WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives[M]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [14] J. L. Apfelbaum, J. H. Silverstein, F. F. Chung et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care[J]. Anesthesiology, 2013, 118(2): 291-307.
- [15] A. F. Merry, J. B. Cooper, O. Soyannwo et al. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010[J]. Can J Anaesth, 2010, 57(11): 1027-1034.
- [16] J. C. Alexander, B. Patel, G. P. Joshi. Perioperative use of opioids: Current controversies and concerns[J]. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2019, 33(3): 341-351.
- [17] T. J. Gan, K. G. Belani, S. Bergese et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting[J]. Anesth Analg, 2020, 131(2): 411-448.