

長庚紀念醫院 高雄院區 麻醉部門

適用對象(麻醉科系技術師、技術員)

〈 麻醉甦醒期護理 〉 工作規範

編號：AUNQ01-110-A46

2007 年 03 月 01 日 制訂公佈

2023 年 08 月 20 日 第 14 次修訂

## 使用規定

- 一、擔任本職務執行作業者，應詳讀本手冊，並嚴格遵照執行。
- 二、倘若對所訂內容有疑問，應即向直屬主管請教，務必求得徹底瞭解為止。
- 三、對所訂內容如有改善意見時，應反應直屬主管並作充分溝通，使內容更為完整。

## 目 錄

壹、工作職責	15-1
貳、操作標準	15-2
參、異常狀況及處理對策	15-15

## 壹、工作職責

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-1

### 一、工作目的：

- (一)提高病人甦醒期舒適與安全品質。
- (二)預防甦醒期合併症的發生。
- (三)密切監測觀察生命徵象，給予心理支持減少焦慮。

### 二、工作項目：

- (一)用物之準備。
- (二)全身麻醉或區域麻醉甦醒期照護。

## 貳、操作標準

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-2

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	全身麻醉		<p>一、甦醒拔管前期：</p> <p>(一)備妥插管用物：喉頭鏡、面罩、氣管內管、<b>Oral airway</b>、<b>Nasal airway</b>、功能良好的抽吸設備及抽吸管、通條一支、壓舌板、宜拉膠、聽診器。</p> <p>(二)插管時使用藥物：Propofol、Citosol、Cisatracurium、Rocuronium、Atropine。</p> <p>(三)給予病人適當的保護與約束。</p> <p>(四)注意保暖。</p> <p>(五)事先移除置放於口、鼻、腋下、肛門之體溫線。</p> <p>(六)事先將呼吸管及口、咽等分泌物抽吸乾淨。</p>	<p>(1)手術結束前 30 分鐘通知麻醉醫師。評估是否可移除呼吸管及術後止痛藥物如何使用。</p> <p>(2)麻醉過程中切勿將病人生命監測器及麻醉機上的監測器警告系統關掉。</p> <p>(3)檢視喉頭鏡功能正常，燈泡光線明亮。</p> <p>(4)若病人為顱顏手術，再次向外科醫師確認上下排牙齒是否綁住及是否可以拔管。</p> <p>(5)房間工作車內，須備有插管時所需使用藥物，但勿事先抽出，須依醫囑抽藥。</p> <p>(6)疼痛、缺氧、膀胱脹易造成患者躁動，給予適當的約束與保護，預防點滴滑脫或<b>反折</b>且保持點滴順暢。</p>	
			公佈日期：2007 年 03 月	修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-3

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	全身麻醉		<p>二、甦醒拔管時期：</p> <p>(一)通知麻醉醫師前來拔管。</p> <p>(二)依照 extubation criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呼吸規則。</li> <li>2. 每分鐘呼吸 10-35 次。</li> <li>3. 潮氣量大於 5ml/kg。</li> <li>4. 肺活量大於 15ml/kg。</li> <li>5. 最大吸氣量大於 -25cmH<sub>2</sub>O。</li> <li>6. PaCO<sub>2</sub>&lt;45mmHg。</li> <li>7. PaO<sub>2</sub>&gt;60mmHg。</li> </ol> <p>或者是：</p>	<p>(7)移除體溫線時，應注意體溫套是否有一起移除，勿遺留於鼻腔、口中、腋下或肛門。</p> <p>(8)注意病人衣服與被蓋，預防因暴露而失溫。</p> <p>(9)拔管前，先將病人口、鼻分泌物抽吸乾淨以防嗆到。此階段應預防病人突然躁動。</p> <p>(1)下列情況不得拔管：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 呼吸不規則。</li> <li>B. 呼吸次數少於 10 次或多於 40 次/分鐘。</li> <li>C. 潮氣量少於 3.5ml/kg。</li> <li>D. 肺活量少於 15ml/kg。</li> <li>E. PaCO<sub>2</sub>&gt;50mmhg。</li> <li>F. PaO<sub>2</sub>&lt;70mmhg。</li> </ol> <p>(2)下列情況，則應問過外科醫師與麻醉醫師方可拔管：</p>	
			公佈日期：2007 年 03 月	修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-4

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	全身麻醉		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呼吸規則。</li> <li>2. 病人眼睛能睜開。</li> <li>3. 能聽從指令深呼吸。</li> <li>4. 手能握拳。</li> <li>5. 腳能抬高。</li> <li>6. 頭能抬高 5 秒鐘。</li> </ol> <p>(三) 叫喚病人；注意病人反應，並評估呼吸是否規律，血壓、心博速率穩定、血氧飽和正常、肌肉張力恢復，在麻醉醫師的認可之下拔管。</p> <p>三、甦醒拔管完成期：</p> <p>(一) 拔管後仍須持續監測病人生命徵象，給予氧氣，若有特殊情形發生如呼吸不規率、血壓異常、血氧濃度下降則應即刻告知醫師。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. 頭頸部手術。</li> <li>B. 口腔手術。</li> <li>C. 頸椎手術。</li> <li>D. 困難插管。</li> <li>E. 體溫過低。</li> <li>F. 術中生命徵象不穩定 ex: 大量出血。</li> <li>G. 手術時間過長。</li> </ol> <p>(1) 拔管後注意維持呼吸道通暢，持續使用氧氣面罩流量 6 L/min。</p> <p>(2) 清醒患者鼓勵深呼吸、抬高床頭 60 度角。</p>	
			公佈日期：2007 年 03 月	修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-5

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	全身麻醉		<p>(二)病人生命徵象正常穩定，將病人小心搬至推床，在離開手術室前仍須持續監測病人，注意病人呼吸與生命徵象的變化，不可移除病人身上的監測器如：pulse oximeter、EKG、BP cuff 等，待確定送出再依『手術麻醉後病人的運送標準作業規範』，移除病人身上之監測器改以接上運送病人的 pulse oximeter 或全套監測器。</p> <p>四、轉送病人至恢復室或加護病房：依手術麻醉後病人的運送標準作業規範操作。</p>	<p>(3)發生 Stridor 時，應檢視病人口腔內是否有止血棉或異物未移除、喉頭水腫、意識不清者避免因舌頭後倒而造 Hypopharynx 阻塞，可將下顎向上提、頭向後仰，給予密合的面罩，氧氣流量 6 L/min 維持良好通暢的呼吸道。</p> <p>拔管後照護切記：</p> <p>(1)不可離開病人或執行與監測病人生命徵象無關之事務，如：更換蛇形管、洗 blade、更換 soda lime... 等。</p> <p>(2)病人送出前才可移除病人身上監測器如：pulse oximeter、EKG。</p> <p>(3)密切觀察病人膚色、生命徵象、血氧飽和、心肺功能穩定、通暢的呼吸道，提醒病人深呼吸。</p>	
			公佈日期：2007 年 03 月	修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂	



## 貳、操作標準

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-6

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	全身麻醉			<p>(4)不拔管病人則須持續監測生命徵象、血氧飽和、心肺功能穩定及使用呼吸器或 T-piece。</p> <p>(5)若有生命徵象異常，如血壓下降、呼吸抑制、意識不清…等情況，應即刻通知麻醉醫師。</p> <p>(6)病人若有心血管疾病或術中血壓不穩定者，須告知麻醉醫師，並依醫囑使用移動生理監視器運送病人。</p>	
貳	半身麻醉		<p>一、手術全期仍須備妥一套全身麻醉用品。</p> <p>二、視情況提供病人氧氣面罩使用。</p> <p>三、當手術時間過長時，病人可能因久臥不適、情緒焦躁而無法配合指令，應適時提供心理支持，必要時知會麻醉醫師。</p>	<p>1. 若有生命徵象異常如血壓下降、呼吸抑制、意識不清…等情況則即刻通知麻醉醫師。</p> <p>2. 若手術過程中有給予病人鎮靜止痛藥物，須特別注意病人呼吸情形。</p> <p>3. 病人送出前才可移除病人身上監測器如：EKG、BP、pulse oximeter。</p>	
公佈日期：2007 年 03 月				修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂	

## 貳、操作標準

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-7

項目	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
			<p>四、手術全期仍需監測病人體溫。使用熱空氣式保溫毯機的病人，除依熱空氣式保溫毯機工作規範執行護理照護外；應時常關心病人對於溫度的舒適感。</p> <p>五、外科手術結束</p> <p>(一)告知病人手術已結束，若有不適可隨時反應，並留意手術室噪音分貝。</p> <p>(二)雖手術結束但病人身上的監測器仍不可移除。</p> <p>(三)注意監測病人生命徵象，若病人出現寒顫情形；應提供合宜的保溫設備，如：溫包布、烤燈等。</p> <p>六、病人送出至恢復室</p> <p>病人生命徵象正常，將病人小心搬至推床，若須等待則尚須持續監測病人，不可移除病人身上的監測器如：pulse oximeter、EKG、BP cuff 等，待確定送出再依『手術麻醉後病人的運送標準作業規範』，移除病人身上之監測器改以接上運送病人的 pulse oximeter 或全套監測器。</p>	<p>4. 病人送出開刀房前，麻醉護理師不可離開病人或執行與監測病人生徵象無關之事務。</p> <p>5. 麻醉過程中切勿將病人生命監測器及麻醉機上的監測器警告系統關掉。</p> <p>於恢復室除一般常規交班外，務必將依醫囑「病人須臥床到幾點鐘」列入交班。</p>	
			公佈日期：2007 年 03 月	修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂	

標準作業規範：依作業程序逐項敘述各細目作業之操作目的、作業適用範圍、使用器材(工具)、操作說明(或管制基準)、注意事項及異常處理對策。

- (a)操作目的：敘述標準操作流程執行之基本精神。
- (b)作業適用範圍：敘述作業所能涵蓋應用之業務範圍。
- (c)使用器材：敘述作業執行時會應用之器材或工具。
- (d)操作說明或作業流程：敘述操作或作業的標準程序、方法或設備操作、運轉、檢查的標準程序。
- (e)注意事項：敘述各作業細目需注意之操作程序、方法及異常防範方法、作業安全、品質管制及設備預防保養等應注意事項。

### 麻醉甦醒期護理標準作業規範(一)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-8

作業目的	適用範圍	使 用 器 材、工 具	
壹、提高病人甦醒期舒適與安全品質。 貳、預防甦醒期合併症的發生。 參、密切監測觀察生命徵象，給予心理支持減少焦慮。	所有全身麻醉或區域麻醉甦醒期。	一、Pulse oximeter 二、Caprography 三、EKG 四、NIBP 五、準備插管用物；預防再次插管(喉頭鏡、面罩、氣管內管、 <b>Oral airway</b> 、 <b>Nasal airway</b> 、 <b>功能良好的抽吸設備及抽吸管</b> 、通條一支、壓舌板、膠布、聽診器)	
		公佈日期：2007 年 03 月	修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂

麻醉甦醒期護理標準作業規範(二)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-9

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	<p>全身麻醉</p> <p>一、甦醒拔管前期：</p> <p>(一)備妥插管用物:喉頭鏡、面罩、氣管內管、<b>Oral airway、Nasal airway、功能良好的抽吸設備及抽吸管、通條一支、壓舌板、宜拉膠、聽診器。</b></p> <p>(二)插管時使用藥物: Propofol、Citosol、Cisatracurium、Rocuronium、Atropine。</p> <p>(三)給予病人適當的保護與約束。</p> <p>(四)注意保暖。</p> <p>(五)事先移除置放於口、鼻、腋下、肛門之體溫線。</p> <p>(六)事先將呼吸管及口、咽等分泌物抽吸乾淨。</p> <p>二、甦醒拔管時期：</p> <p>(一)通知麻醉醫師前來拔管。</p> <p>(二)依照 extubation criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呼吸規則。</li> <li>2. 每分鐘呼吸 10-35 次。</li> <li>3. 潮氣量大於 5ml/kg。</li> <li>4. 肺活量大於 15ml/kg。</li> <li>5. 最大吸氣量大於-25cmH2O。</li> <li>6. PaCO<sub>2</sub>&lt;45mmHg。</li> <li>7. PaO<sub>2</sub>&gt;60mmHg。</li> </ol>	<p>(1)手術結束前 30 分鐘通知麻醉醫師。評估是否可移除呼吸管及術後止痛藥物如何使用。</p> <p>(2)麻醉過程中切勿將病人生命監測器及麻醉機上的監測器警告系統關掉。</p> <p>(3)檢視喉頭鏡功能正常，燈泡光線明亮。</p> <p>(4)若病人為顱顏手術，再次向外科醫師確認上下排牙齒是否綁住及是否可以拔管。</p> <p>(5)房間工作車內，須備有插管時所需使用藥物，但勿事先抽出，須依醫囑抽藥。</p> <p>(6)疼痛、缺氧、膀胱脹易造成患者躁動，給予適當的約束與保護，預防點滴滑脫或反摺且保持點滴順暢。</p> <p>(7)移除體溫線時，應注意體溫套是否有一起移除，<b>勿</b>遺留於鼻腔、口中、腋下或肛門。</p> <p>(8)注意病人衣服與被蓋，預防因暴露而失溫。</p> <p>(9)拔管前，先將病人口、鼻分泌物抽吸乾淨以防噎到。</p> <p>此階段應預防病人突然躁動。</p> <p>(1)下列情況不得拔管：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 呼吸不規則。</li> <li>B. 呼吸次數少於 10 次或多於 40 次/分鐘。</li> <li>C. 潮氣量少於 3.5ml/kg。</li> <li>D. 肺活量少於 15ml/kg。</li> <li>E. PaCO<sub>2</sub>&gt;50mmhg。</li> <li>F. PaO<sub>2</sub>&lt;70mmhg。</li> </ol>
		公佈日期：2007 年 03 月   修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂

麻醉甦醒期護理標準作業規範(二)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-10

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>或者是：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呼吸規則。</li> <li>2. 病人眼睛能睜開。</li> <li>3. 能聽從指令深呼吸。</li> <li>4. 手能握拳。</li> <li>5. 腳能抬高。</li> <li>6. 頭能抬高 5 秒鐘。</li> </ol> <p>(三)叫喚病人；注意病人反應，並評估呼吸是否規律，血壓、心博速率穩定、血氧飽和正常、肌肉張力恢復，在麻醉醫師的認可之下拔管。</p> <p>三、甦醒拔管完成期：</p> <p>(一)拔管後仍須持續監測病人生命徵象，給予氧氣，若有特殊情形發生如呼吸不規率、血壓異常、血氧濃度下降則應即刻告知醫師。</p> <p>(二)病人生命徵象正常，將病人小心搬至推床，在離開手術室前仍須持續監測病人，注意病人呼吸與生命徵象的變化，不可移除病人身上的監測器如：pulse oximeter、EKG、BP cuff 等，待確定送出再依『手術麻醉後病患的運送標準作業規範』，移除病人身上之監測器改以接上運送病人的 pulse oximeter 或全套監測器。</p>	<p>(2)下列情況，則應問過外科醫師與麻醉醫師方可拔管：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 頭頸部手術。</li> <li>B. 口腔手術。</li> <li>C. 頸椎手術。</li> <li>D. 困難插管。</li> <li>E. 體溫過低。</li> <li>F. 術中生命徵象不穩定 ex:大量出血。</li> <li>G. 手術時間過長。</li> </ol> <p>(1)拔管後注意維持呼吸道通暢，持續使用氧氣面罩流量 6 L/min。</p> <p>(2)清醒患者鼓勵深呼吸、抬高床頭 60 度角。</p> <p>(3)發生 Stridor 時，應檢視病人口腔內是否有止血棉或異物未移除、喉頭水腫、意識不清者避免因舌頭後倒而造 Hypopharynx 阻塞，可將下顎向上提、頭向後仰，給予密合的面罩，氧氣流量 6 L/min 維持良好通暢的呼吸道。</p>
公佈日期：2007 年 03 月		修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂

## 麻醉甦醒期護理標準作業規範(二)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-11

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>四、轉送病人至恢復室或加護病房： 依手術麻醉後病人的運送標準作業規範操作。</p>	<p>拔管後照護切記：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不可離開病人或執行與監測病人生命徵象無關之事務，如：更換蛇形管、洗 blade、更換 soda lime... 等。</li> <li>2. 病人送出前才可移除病人身上監測器如:pulse oximeter、EKG。</li> <li>3. 密切觀察病人膚色、生命徵象、血氧飽和、心肺功能穩定、通暢的呼吸道，提醒病人深呼吸。</li> <li>4. 不拔管病人則須持續監測生命徵象、血氧飽和、心肺功能穩定及使用呼吸器或 T-piece。</li> <li>5. 若有生命徵象異常，如血壓下降、呼吸抑制、意識不清...等情況，應即刻通知麻醉醫師。</li> <li>6. 病人若有心血管疾病或術中血壓不穩定者，須告知麻醉醫師，並依醫囑使用移動生理監視器運送病人。</li> </ol>
		<p>公佈日期：2007 年 03 月      修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂</p>



## 麻醉甦醒期護理標準作業規範(二)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-12

項次	操作說明或作業流程	注 意 事 項
貳	<p>半身麻醉</p> <p>一、手術全期仍須備妥一套全身麻醉用品。</p> <p>二、視情況提供病人氧氣面罩使用。</p> <p>三、當手術時間過長時，病人可能因久臥不適、情緒焦躁而無法配合指令，應適時提供心理支持。必要時知會麻醉醫師。</p> <p>四、手術全期仍需監測病人體溫。使用乾式體溫加溫儀的病人，除依乾式體溫加溫儀工作規範執行護理照護外；應時常關心病人對於溫度的舒適感。</p> <p>五、外科手術結束</p> <p>（一）告知病人手術已結束，若有不適可隨時反應並留意手術室噪音分貝。</p> <p>（二）雖手術結束但病人身上的監測器仍不可移除。</p> <p>（三）注意監測病人生命徵象，若病人出現寒顫情形；應提供合宜的保溫設備，如：溫包布、烤燈等。</p> <p>六、病人送出至恢復室</p> <p>病人生命徵象正常，將病人小心搬至推床，若須等待則尚須持續監測病人，不可移除病人身上的監測器如：pulse oximeter、EKG、BP cuff 等，待確定送出再依『手術麻醉後病人的運送標準作業規範』，移除病人身上之監測器改以接上運送病人的 pulse oximeter 或全套監測器。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 若有生命徵象異常如血壓下降、呼吸抑制、意識不清...等情況則即刻通知麻醉醫師。</li> <li>2. 若手術過程中有給予病人鎮靜止痛藥物，須特別注意病人呼吸情形。</li> <li>3. 病人送出前才可移除病人身上監測器如：EKG、BP、pulse oximeter。</li> <li>4. 病人送出開刀房前，<b>麻醉護理師</b>不可離開病人或執行與監測病人生命徵象無關之事務。</li> <li>5. 麻醉過程中切勿將病人生命監測器及麻醉機上的監測器警告系統關掉。</li> </ol> <p>於恢復室除一般常規交班外，務必將依醫囑病人須臥床到幾點鐘列入交班。</p>
		<p>公佈日期：2007 年 03 月      修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂</p>

### 麻醉甦醒期護理標準作業規範(三)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-13

異常狀況	發生原因	處理對策
<p>一、血壓太低。</p> <p>二、呼吸困難、呼吸不規則。</p> <p>三、心跳速率變慢。</p> <p>四、意識改變、脊膜穿刺後頭痛 PDPH。</p>	<p>(一)半身麻醉阻斷高於 T4，直接抑制心臟，導致心輸出量減少及低血壓。</p> <p>(二)血管張力降低。</p> <p>(三)病人血液容積不足。</p> <p>(一)麻醉阻斷高於 T4 抑制呼吸輔助肌。</p> <p>(二)肌肉鬆弛劑藥效未過。</p> <p>(一)交感神經阻斷。</p> <p>(一)電解質不平衡。</p> <p>(二)藥物打入蛛膜下腔或打入血管內，局部麻醉劑中毒：全身吸收導致頭暈、耳鳴中樞神經毒素、癲癇及心跳停止。</p> <p>(三)意外脊膜穿刺造成 wet tap。</p>	<p>1. 通知麻醉醫師前來處理。</p> <p>2. 遵照麻醉醫師 order 協助處理。</p> <p>3. 加速點滴的補充(或依醫囑輸血)，並備妥升壓劑備用。</p> <p>1. 通知麻醉醫師前來處理。</p> <p>2. 醫師未達前給予氧氣 6L/min 面罩使用鼓勵深呼吸，呼吸困難給予輔助呼吸，並準備插管用具。</p> <p>3. 遵照麻醉醫師 order 協助處理。</p> <p>1. 立即通知麻醉醫師。</p> <p>2. 備妥 atropine 備用。</p> <p>1. 立即通知麻醉醫師。</p> <p>2. 維持心肺功能正常。</p> <p>3. 生命徵象穩定。</p> <p>4. 維持呼吸道通暢。</p> <p>5. 抽驗血液電解質依醫囑補充改善電解質的不平衡。</p> <p>6. 通常 &lt; 7 天會自行恢復，初步處理：補充水份、給咖啡因 500mg、非類固醇消炎劑、使用束腹帶，Blood patch 對於持續性的 PDPH 90% 有效。</p>

公佈日期：2007 年 03 月

修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂



## 麻醉甦醒期護理作業規範(四)

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-14

參考資料：

李和惠、林麗秋、黃玉琪、吳碧雲等編著(2008)·手術後護理·於劉胡月娟總校閱，內外科護理學(二版，583-602頁)·台北：華杏。

伍雁鈴、吳秋燕、張玉珠、劉茶合著(2006)·手術室護理·(371-408頁)·台北：華杏。

摩根臨床麻醉學 Clinical Anesthesiology 第四版

MGH 臨床麻醉學手冊(2001):九州出版社

許淑霞、黃煜尹、尹彙文等編譯，彩色圖解手術期照護、麻醉、疼痛控制及重症照護(2004)合記。

公佈日期：2007 年 03 月

修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂

## 參、異常狀況及處理對策

編號：ANUQ01-110-A46

總頁數：15

頁數：15-15

異常狀況	發生原因	處理對策
一、血壓太低。	(二)半身麻醉阻斷高於 T4，直接抑制心臟，導致心輸出量減少及低血壓。 (二)血管張力降低。 (三)病人血液容積不足。	1. 通知麻醉醫師前來處理。 2. 遵照麻醉醫師 order 協助處理。 3. 加速點滴的補充(或依醫囑輸血)，並備妥升壓劑備用
二、呼吸困難、呼吸不規則。	(一)麻醉阻斷高於 T4 抑制呼吸輔助肌。 (二)肌肉鬆弛劑藥效未過。	1. 通知麻醉醫師前來處理。 2. 醫師未達前給予氧氣 6L/min 面罩使用鼓勵深呼吸，呼吸困難給予輔助呼吸，並準備插管用具。 3. 遵照麻醉醫師 order 協助處理。
三、心跳速率變慢	(一)交感神經阻斷。	1. 立即通知麻醉醫師。 2. 備妥 atropine 備用。
四、意識改變、脊膜穿刺後頭痛 PDPH。	(一)電解質不平衡。 (二)藥物打入蜘蛛膜下腔或打入血管內，局部麻醉劑中毒：全身吸收導致頭暈、耳鳴中樞神經毒素、癲癇及心跳停止。 (三)意外脊膜穿刺造成 wet tap。	1. 立即通知麻醉醫師。 2. 維持心肺功能正常。 3. 生命徵象穩定。 4. 維持呼吸道通暢。 5. 抽驗血液電解質依醫囑補充改善電解質的不平衡。 6. 通常 < 7 天會自行恢復，初步處理：補充水份、給咖啡因 500mg、非類固醇消炎劑、使用束腹帶，Blood patch 對於持續性的 PDPH 90% 有效。
公佈日期：2007 年 03 月		修訂日期：2023 年 08 月 14 次修訂