

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

T/

团体标准

T/XXX XXXX—XXXX

口腔颌面外科日间手术麻醉管理专家共识

Expert Consensus on Anesthesia Management for Oral and Maxillofacial Ambulatory Surgery

草案版次选择

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

发布

目 次

前 言	III
引 言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 口腔颌面外科日间手术体系构建	2
4.1 日间手术诊疗流程	2
4.2 日间手术麻醉管理相关制度建设	3
4.3 日间手术麻醉人员组成及培训	3
4.4 日间手术麻醉药品、设备设施要求	3
5 口腔颌面外科日间手术种类	4
6 口腔颌面外科日间手术患者选择标准	4
7 口腔颌面外科日间手术麻醉前评估与准备	4
7.1 麻醉前基础评估	5
7.2 专科评估	6
7.3 麻醉前宣教	7
7.4 患者及陪护人员准备	7
8 口腔颌面外科日间手术麻醉中特殊问题管理	8
8.1 入室再评估与监测	8
8.2 麻醉方式选择	9
8.3 气道管理	11
8.4 复苏及转运	12
9 口腔颌面外科日间手术麻醉后管理	12
9.1 术后恶心呕吐（PONV）精准防治	12
9.2 术后多模式镇痛与延续性管理	13
9.3 术后伤口血肿与气道安全性监测	13
9.4 术后容量优化与早期功能恢复	13
9.5 出院标准及评估	14
10 出院后随访	14
11 质量管理	14

11.1 结构指标	14
11.2 过程指标	15
11.3 结果指标	15
11.4 PDCA 循环管理与信息化平台建设.....	15
12 总结	15
附 录 A （资料性） 口腔颌面外科日间手术推荐种类.....	16
附 录 B （资料性） ASA 身体状况分级	17
附 录 C （资料性） 气道评估工具“柠檬”法则（The LEMON law）	18
附 录 D （资料性） Stop-Bang 筛查量表	19
附 录 E （资料性） 麻醉前建议禁食水时间.....	20
附 录 F （资料性） 改良警觉/镇静评分（MOAA/S）	21
附 录 G （资料性） 改良 Aldrete 离院评分系统.....	22
附 录 H （资料性） Apfel 评分表	2
附 录 I （资料性） 麻醉后出院评分系统（PADSS）	3
参 考 文 献	5

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华口腔医学会口腔麻醉学专委会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件起草单位：空军军医大学第三附属医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、北京大学口腔医院、山东大学齐鲁医院（青岛）、武汉大学口腔医院、重庆医科大学附属口腔医院、郑州大学第一附属医院、浙江大学医学院附属口腔医院、四川大学华西医院、四川大学华西口腔医院、西安交通大学第一附属医院、中国医学科学院北京协和医院。

本文件主要起草人：张惠、姜虹、张昊鹏、杨旭东、李建军、张铁军、郁葱、邢娜、郑周鹏、刘冰、吴宇飞、王凤娟、王捷、王沛娟、梁鹏、吉阳、邓斌、孙宇、潘剑、许向亮、魏建华、田磊、李云鹏、龚亚红。

本文件顾问：黄宇光、李天佐、郭曲练。

引 言

日间手术是指患者在1个工作日（24小时）内完成入院、手术和出院的一种高效医疗模式，因其能显著缩短住院时间、降低医疗费用并提高医疗资源利用率，已成为全球外科发展的主流趋势。近年来，我国日间手术发展迅速，国家卫生健康委员会已将其纳入三级公立医院绩效考核体系，并发布系列管理规定以保障其规范化与高质量发展。

口腔颌面外科手术由于其解剖部位的特殊性，具有“气道共用、手术视野受限”等显著特点。尽管2019年我国已制定《口腔颌面外科日间手术中国专家共识》，但在加速康复外科（ERAS）理念指导下，如何针对口腔颌面外科日间手术实施精准、安全、高效的围手术期麻醉管理，仍缺乏专门的指导性文件。

麻醉管理是日间手术安全运行的核心基石。口腔颌面部手术涉及的气道风险、术后恶心呕吐（PONV）以及伤口血肿可能导致的气道梗阻，对麻醉医师的风险评估与应急处理能力提出了更高要求。为规范口腔颌面外科日间手术的麻醉临床路径，中华口腔医学会口腔麻醉学专业委员会组织国内相关领域专家，基于国内外最新文献循证证据及临床实践经验，制定了本专家共识，旨在为各级医疗机构开展口腔颌面外科日间手术提供标准化、科学化的麻醉管理参考，推动口腔颌面外科日间手术的安全、高效、高质量发展。

本共识基于德尔菲法的实施要求，向专家征询第一轮意见。投票分为5个等级：1级完全赞同；2级大部分赞同，稍有保留意见；3级基本赞同，有一定保留意见；4级不赞同，有较多保留意见；5级完全不赞同。推荐意见分为“强烈推荐”和“弱推荐”，大于80%的投票在1级被定义为“强推荐”，大于80%的投票在1级、2级和3级的总和被定义为“弱推荐”。未能达到“弱推荐”的方案修改后进行第二轮和第三轮投票，仍未达标准则不作为推荐方案被删除最终形成20条推荐意见。

口腔颌面外科日间手术麻醉管理专家共识

1 范围

本文件提供了口腔颌面外科日间手术诊疗流程、麻醉管理制度建设、麻醉人员要求、麻醉药品及设备要求、日间手术种类、患者选择标准、入院前评估到出院后随访围手术期全流程麻醉管理及质量控制等操作建议。

本共识适用于开展口腔颌面外科日间手术的各级医疗机构，主要供麻醉医师使用，外科医师、护理及其他相关专业人员可借鉴参考。本共识主要针对成人患者制定，ASA分级 I - II 级的儿童短小口腔颌面外科日间手术，可参照本共识核心原则管理，临床需根据儿童生理特点调整麻醉用药剂量。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

医疗机构日间医疗质量管理暂行规定（国卫办医政发[2022]16号）

日间手术推荐目录（2022版）

口腔颌面外科日间手术中国专家共识

日间手术麻醉指南

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

日间手术 Day Surgery/Ambulatory Surgery

指患者在 1 个工作日（24 小时）内完成入院、手术和出院的一种高效医疗模式，不包括在诊所或医院开展的门诊手术。

3.2

麻醉 Anesthesia

应用药物或其他方法使患者整体或局部暂时失去感觉，以减少或消除患者因各种治疗引起的疼痛和不适，包括局部麻醉、镇静镇痛麻醉及全身麻醉等。

3.3

局部麻醉 Local Anesthesia

简称局麻，指用局部麻醉药暂时性阻断机体一定区域内神经末梢、神经干和神经根感觉传导功能，从而使该区域疼痛消失的麻醉方法。

3.4

全身麻醉 General Anesthesia

简称全麻，指麻醉药通过吸入、静脉、或肌内注射进入体内后，暂时性抑制中枢神经系统并产生可逆性全身痛觉和意识消失，同时伴有反射抑制及骨骼肌松弛的一种状态。

3.5

麻醉前评估 Preanesthetic Evaluation

是以患者现病史、既往史和体格检查为基础的评估，通过识别风险因素、优化管理合并症以提高麻醉安全性并制定个体化麻醉计划的过程。

3.6

麻醉后恢复室 Post Anesthesia Care Unit (PACU)

对麻醉后患者进行严密观察和监测，直至患者的生命体征恢复稳定的医疗单元，是患者术后一期恢复的主要场所。

3.7

监测下麻醉管理 Monitored Anesthesia Care (MAC)

由麻醉医师主导的一种麻醉管理模式，在提供镇静、镇痛及抗焦虑的同时，密切监测患者生命体征，患者通常保持自主呼吸和对物理或言语刺激的反应能力。

3.8

加速康复外科 Enhanced Recovery After Surgery

基于循证医学证据，通过围手术期一系列优化措施（如精细麻醉、微创外科、多模式镇痛等），减少手术应激及并发症，达到快速康复的目的。

4 口腔颌面外科日间手术体系构建

4.1 日间手术诊疗流程

规范、标准的诊疗流程是口腔颌面外科日间手术安全与高效开展的核心基石。该流程涵盖从病种筛选到出院后随访全流程，具体包括：（1）病种及手术种类的确定。由口腔颌面外科医师根据医院制定的日间手术目录，初步确定病种并开具术前常规检查（如心电图、胸片、实验室检查等）。（2）患者选择。日间手术麻醉医师对患者全身情况及术前检查结果进行评估。建议各医疗机构设立麻醉评估门诊（anesthesia preoperative evaluation clinic, APEC），既有利于术前评估的有序和规范，保障后续流程的顺利推进，又可最大限度地保证患者安全。（3）手术预约与宣教。颌面外科日间手术中心负责登记预约信息，并对患者及家属进行详细的手术前宣教。（4）入院前再评估。为确定患者术前遵医嘱及排除患者在等待手术期间新发疾病等情况，患者入院当天应由麻醉医师进行再次评估，通过后方可办理住院。（5）麻醉与手术。严格执行麻醉与手术操作规程。若术中出现并发症或手术方案变更，经麻醉医师或手术医师评估，可将患者住院时间延长至 48 小时，或退出日间手术模式转入普通病房继续治疗。

(6) 术后恢复及出院。包括一期恢复及二期恢复。一期恢复指患者术毕转入麻醉恢复室(PACU)，完成麻醉苏醒，生命体征恢复至术前水平的过程；二期恢复指患者达到 PACU 转出标准后，转入日间病房直至评估达到出院标准的离院前恢复阶段。对于出院前再次评估病情不稳定的患者，可延长住院时间至 48h 或退出日间手术模式转入普通病房继续治疗。(7) 出院后随访。建立完善的随访制度，根据不同病种和随访时间制定随访内容，特殊病种随访内容和频次可做相应调整。重点关注术后并发症、伤口愈合情况及全身恢复情况。除常规康复指导外，必须建立 24h 无障碍沟通机制或急诊就诊绿色通道，告知患者突发意外时的处理流程。

推荐意见 1：口腔颌面外科日间手术应遵循标准化的临床路径，其全流程包括：(1) 病种及患者筛选。(2) 手术预约。(3) 术前宣教。(4) 入院前再评估。(5) 麻醉与手术。(6) 术后恢复及出院。(7) 出院后随访。(推荐等级：强推荐)

4.2 日间手术麻醉管理相关制度建设

日间手术的核心挑战在于确保患者在短时间内达到安全离院标准。这依赖于精准微创的外科技术，更取决于安全、高效的麻醉管理。开展颌面外科日间手术的各医疗机构麻醉科，均应设立日间手术麻醉亚专业组，由临床经验丰富、具备高级职称的医师担任组长。亚专业组应负责制定并落实本单位日间手术麻醉规范化管理制度，包括但不限于：患者准入与筛选制度，人员管理制度，临床路径管理，药品、设备及空间管理，安全与质控管理，绩效与评价体系等。

推荐意见 2：开展口腔颌面外科日间手术的医疗机构麻醉科可设置日间手术麻醉亚专业组或指定负责人，并建立健全覆盖人员准入、患者筛选、路径建立、设备管理、质量控制及安全应急等规范化管理制度。(推荐等级：强推荐)

4.3 日间手术麻醉人员组成及培训

由于口腔颌面外科手术部位多与气道重叠，术后出血或肿胀压迫极易导致致命性气道梗阻，因此对于麻醉团队的判断和应急处理能力要求更高。日间手术麻醉医师应由具有颌面外科麻醉管理经验、主治医师及以上职称的人员担任。医师需熟知外科手术路径及潜在风险，并完成日间手术麻醉全流程管理的专项培训与考核。

日间手术麻醉护理人员应由主管护师及以上职称的人员担任。需熟练掌握颌面外科术后常见并发症(如气道梗阻、活动性出血等)的观察与处置流程，且必须接受过高级生命支持及紧急气道管理培训。

应配备专人负责日间手术患者信息登记，出院随访及围手术期质量控制等指标收集分析。

推荐意见 3：麻醉应由具备颌面外科麻醉管理经验的主治医师及以上职称人员负责，且定期接受专项培训及考核。(推荐等级：强推荐)

推荐意见 4：护理应由主管护师及以上职称人员负责，必须熟知常见颌面外科手术及麻醉并发症处置流程，接受过高级生命支持及紧急气道管理培训。(推荐等级：强推荐)

4.4 日间手术麻醉药品、设备设施要求

颌面外科日间手术周转快，必须通过药品标识管理，确保对高警示药品（如血管活性药等）的辨识。麻醉药品严格执行“五专”管理原则，针对日间手术流动性大的特点，强调处方开具与实际消耗的实时核对，遵循“基数管理、日清日结”的原则。对于麻醉药品和精神药品的管理，依据《麻醉药品和精神药品管理条例》要求。日间手术室内配备标准化的急救药箱，定期检查效期，确保处于备用状态。

口腔颌面外科日间手术中心手术室及恢复区的硬件设施与住院手术相同，参照《安全实施麻醉的国际标准》执行。建议日间手术麻醉恢复室（PACU）床位数与日间手术室数量之比 $\geq 1:1$ 。因颌面外科手术围手术期气道风险高，建议在日间手术室及恢复室配备困难气道车（包含面罩、口/鼻咽通气道、可视喉镜、纤维支气管镜或可视软镜、可视硬镜、气管导管、喉罩（含可视喉罩）、环甲膜穿刺/切开套件、高频喷射装置等）、抢救车及除颤仪。所有应急设备应放置于明显、易取的位置，并由专人定期校验。

推荐意见 5：日间手术室及恢复室的麻醉设备配置应与住院手术室标准一致。手术区域或恢复室必须配备困难气道车、抢救车及除颤仪，并确保医护人员能迅速获取。（推荐等级：强推荐）

5 口腔颌面外科日间手术种类

口腔颌面外科日间手术应遵循创伤小、时间短、出血少、气道风险低的原则。优先选择术后疼痛刺激小、恶心呕吐发生率低且气道干扰小的术式。因口腔颌面外科日间手术多数在口腔内操作，凡术后可能因术区出血、肿胀或组织移位导致气道梗阻的手术，不建议纳入日间手术目录。参照国家卫生健康委员会《日间手术推荐目录（2022版）》及《口腔颌面外科日间手术中国专家共识》，结合临床实践，本共识推荐手术种类（见附录A）。各医疗机构可在成熟开展基础上，经本院日间手术管理部门论证通过后，根据自身医疗水平动态调整手术目录。

推荐意见 6：口腔颌面外科日间手术应严格筛选术式，优先选择创伤小、时间短、出血少、气道风险低，术后并发症少的手术，可由手术科室和麻醉科共同制定日间手术目录。不建议将具有潜在气道梗阻风险的手术纳入日间手术。（推荐等级：强推荐）

6 口腔颌面外科日间手术患者选择标准

患者的全身状况评估是保障日间手术安全的关键。口腔颌面外科患者具有较高的困难气道风险，必须实施严格的术前筛选。首选ASA I-II级患者，ASA III级患者，必须满足基础疾病控制稳定，药物方案调整达标且维持3个月以上，ASA分级见附录B。入院前必须由麻醉医师进行详尽的气道评估，并存疾病不稳定的ASA III级及以上患者，代谢当量（METs） < 4 分的患者，发生围手术期心血管事件高风险患者，预期存在困难气道患者，不推荐实施日间手术。年龄 ≥ 65 岁患者，需综合评估患者自身情况、合并症严重程度、手术应激及家属照顾能力后决定是否纳入日间手术。

推荐意见 7：口腔颌面外科日间手术患者应严格遵循ASA分级筛选（I-II级及稳定III级患者）；并必须进行气道风险评估，排除困难气道及METs < 4 分患者。（推荐等级：强推荐）

7 口腔颌面外科日间手术麻醉前评估与准备

颌面外科日间手术具有“气道共用、手术视野受限、术后观察期短”等特点。术前评估除常规全身系统筛查外，必须通过精准的风险识别与个体化管理，实现“准入精细化、风险可控化、康复加速化”的目标。本部分涉及内容针对全身麻醉及监测下麻醉管理制定，单纯行局部麻醉的手术可仅保留核心评估及准备相关内容。

7.1 麻醉前基础评估

麻醉前评估包括三个方面：病史、体格检查、辅助检查。具体评估内容参照住院手术患者评估。对于颌面外科手术麻醉前评估，特别注意可能存在的特殊问题，包括恶性高热易感者、过敏体质、特殊用药史及合并症的专科优化等。

7.1.1 恶性高热风险筛查

恶性高热（MH）是一种罕见的常染色体显性遗传性代谢紊乱疾病，由挥发性吸入麻醉药或去极化肌松药诱发，日间手术中心往往缺乏足够的救治条件（如丹曲林储备）。详细询问患者及其家族成员是否有麻醉后不明原因高热、术中意外死亡或术后严重肌红蛋白尿史。某些先天性肌肉疾病与 MH 高度相关，如 King-Denborough 综合征，表现为下颌后缩、高腭弓、上睑下垂、斜视等，需高度警惕。确诊或高度怀疑为 MH 易感者为日间手术绝对禁忌，必须转入具备丹曲林储备及 ICU 支持的综合医院。此外，对于伴有不明原因脊柱侧弯、斜视、上睑下垂或特定肌肉疾病（如中央轴空病）的患者，需保持高度警惕。

7.1.2 过敏

区分药物的毒性反应（如局麻药加肾上腺素导致的心悸）与真正的免疫介导过敏反应。对有过敏性休克史的患者，需进行多学科评估。颌面手术操作频繁接触粘膜，乳胶过敏可导致严重气道水肿。日间手术中心应评估是否能提供“无乳胶相关耗材”。

7.1.3 特殊药物与代谢风险管理

GLP-1 受体激动剂，如：司美格鲁肽等药物广泛用于糖尿病及肥胖治疗。其通过显著延迟胃排空增加“饱胃”风险，即使严格执行常规禁食禁饮，术中反流误吸风险依然存在。恩格列净、达格列净等 SGLT-2 抑制剂由于药物作用机制可导致机体在血糖正常（ $<13.9 \text{ mmol/L}$ ）的情况下发生酮症酸中毒（euDKA）。日间手术的术前禁食及手术应激是酮症酸中毒的诱发因素。

1) GLP-1 受体激动剂

必须详细询问患者是否为了减重或控糖使用此类药物，并明确末次用药时间及剂量。若患者伴有恶心、呕吐或腹胀等胃肠道症状，说明胃排空延迟严重。对于症状明显者，建议术前行床旁超声（POCUS）评估胃内容物容量。建议结合药物半衰期和患者个体情况确定术前停药时间，例如每日给药者，手术当日停药；每周给药者，术前应停药至少 1 周。

2) SGLT-2 抑制剂

SGLT2 抑制剂通过加速脂肪分解、促进尿糖排出，降低胰岛素/胰高血糖素比例，增加酮体合成。日间手术患者若发生酮症酸中毒，因其血糖正常，极易被漏诊或误诊。该类患者术前应停药 3-4 天，围手术期密切监测尿酮体及血气分析，有条件时可进行血酮体检测。

3) 抗凝/抗血小板药物

对于简单拔牙（1~3 颗）、小肿物切除等低出血风险手术，**INR**≤3 时建议不停药，通过局部止血措施控制。对于多颗牙连续拔除、颌骨修整、腺体摘除等中高风险手术，需考虑围手术期停药或调整药物。对于此类患者，须由相关专科医生评估血栓风险，由颌面外科医生评估手术出血风险，共同制定个体化的抗凝管理方案。

推荐意见 8：凡确诊或高度怀疑为恶性高热易感者，应视为日间手术禁忌。（推荐等级：强推荐）

推荐意见 9：对于服用 **GLP-1** 受体激动剂及 **SGLT-2** 抑制剂的患者，考虑其胃排空延迟及酮症酸中毒风险，应结合药物半衰期和患者个体情况确定术前停药时间。（推荐等级：强推荐）

推荐意见 10：抗凝/抗血小板药物的使用应基于手术出血风险与患者血栓风险的动态平衡，通过多学科会诊制定个体化停药或替代方案。（推荐等级：强推荐）

7.1.4 合并症的专科优化管理

颌面外科手术对于合并症优化与其他手术无异，包括对高血压、糖尿病、心脏病等基础疾病患者，通过规范化的术前指标调控与用药调整，明确其是否具备日间手术耐受条件，降低围手术期心脑血管事件、出血等风险。

7.2 专科评估

气道评估是口腔颌面外科日间手术术前评估的关键核心。口腔颌面外科患者因存在解剖结构异常、局部病变或感染等因素，属于困难气道高发高危人群，为保障日间手术安全实施，需严格遵循“基础筛查 - 专项评估 - 风险分层”的三级递进评估原则。

7.2.1 基础筛查

常规采用 **LEMON** 法则开展初筛，见附录 C。其中 **LEMON** 法则指标为：**L**（外观与畸形）观察面部有无创伤、畸形等气道相关解剖异常；**E**（评估 3-3-2 原则）切牙间距≥3 横指、颏下到舌骨距离≥3 横指、甲状软骨切迹到下颌骨颏部距离≥2 横指；**M**（**Mallampati** 分级）I-II 级气道暴露良好、III-IV 级暴露困难；**O**（梗阻史）询问打鼾、睡眠呼吸暂停等病史；**N**（颈部活动度）颈椎屈伸、旋转功能。同时采用 **Stop-Bang** 量表（附录 D）进行阻塞性睡眠呼吸暂停（**OSA**）筛查。

以上指标异常患者，需进一步进行专项评估。

7.2.2 专项评估

对于头颈部肿瘤患者或既往接受颌面部手术史患者，需详细了解病变范围对气道影响，关注既往麻醉是否存在困难气道病史。对存在可疑气道狭窄的患者，需完善头颈部 **CT** 扫描及三维重建、或电子鼻

咽喉镜，明确气道狭窄的部位、程度，为风险分层提供量化依据。此外，既往接受颈部放疗史患者建议根据张口及颈部活动度决定是否需要进行头颈部 CT 扫描评估气道情况，并重点预判手术区域（如口底、舌根、咽侧壁）术后炎性水肿导致的延迟性气道梗阻，从而决定其是否符合日间标准。

7.2.3 风险分层

整合基础筛查与专项评估的全部结果，进行最终风险分层，明确日间手术准入资格：

1) 低风险人群

基础筛查、专项评估及影像学、内镜检查结果均无异常，且无既往困难气道史、头颈部放疗或手术史。此类患者可纳入日间手术范畴。

2) 中风险人群

基础筛查仅单一指标轻度异常，未合并中重度 OSA 症状，专项评估排除严重气道解剖异常，影像学、内镜检查提示无气道狭窄或狭窄率 $<30\%$ 。此类患者可谨慎纳入日间手术。但低风险及中风险人群需备齐辅助气道管理工具。

3) 高风险人群

颌面部肿瘤毗邻气道或头颈部手术放疗史，经影像学、内镜检查提示气道中重度狭窄（狭窄率 $\geq 30\%$ ），合并中重度 OSA 症状，既往困难气道史，确诊 Pierre Robin 综合征、Treacher Collins 综合征等患者，术后可能出现炎性水肿出现延迟性气道梗阻，禁止纳入日间手术范畴，应转住院管理。

推荐意见 11：推荐对所有口腔颌面外科日间手术患者采用“基础筛查+专项评估+风险分层”的三级递进原则进行气道评估。对于高风险人群不建议纳入日间手术范畴。（推荐等级：强推荐）

7.3 麻醉前宣教

结构化麻醉前宣教是降低患者围手术期焦虑、提高麻醉依从性，减少“非预期手术取消”及术后并发症的关键。

推荐采用“口头宣教 + 书面手册 + 模块化视频”的组合，以提升患者的依从性。术前禁食禁饮严格执行“2-4-6-8”原则，见附录 E。需强调违反禁食禁水要求可能导致的误吸乃至致命风险，简述麻醉期间需要患者配合的事项及术后早期下床注意事项。

随着人工智能应用的推广普及，可借助 AI 工具，实施数字化宣教并进行个体化风险告知，提升患者安全与满意度。

7.4 患者及陪护人员准备

7.4.1 患者准备

颌面外科手术多在口内，术前口腔内细菌负荷直接影响术后切口愈合。推荐术前 1 周进行口腔卫生优化（全口洁治或氯己定漱口），降低术后感染及呼吸道并发症风险。对拟行鼻插管或术后可能存在鼻腔填塞的患者，术前应指导其进行“经口呼吸适应性”训练，以提升患者术后对鼻腔填塞的耐受度，减少

围手术期呼吸窘迫感。

推荐意见 12: 推荐颌面外科日间手术患者术前 1 周行口腔卫生优化（如氯己定漱口），并针对鼻腔可能填塞的患者进行经口呼吸适应性训练，以降低围手术期呼吸道风险及感染率。（推荐等级：强烈推荐）

7.4.2 陪护人员准备

日间手术的安全性保障延伸至患者离院后的 24 小时。颌面手术术后存在伤口血肿压迫气道、麻醉药残余导致的认知障碍或跌倒等风险，要求必须有 18 岁以上、具备完全民事行为能力、能够理解并执行医嘱指令的成年人，在患者出院后 24 小时内全程在场陪护（如能识别呼吸困难、判断伤口出血量、协助如厕、防止跌倒等）。

8 口腔颌面外科日间手术麻醉中特殊问题管理

术中麻醉管理的核心目标是：提供平稳的血流动力学环境、实施精准的多模式镇痛、保障气道的安全及实现高质量的快速苏醒。

8.1 入室再评估与监测

8.1.1 入室后再评估与风险筛查

日间手术患者从门诊评估到手术当天存在时间差，入室后的再评估是防范麻醉意外的一道重要防线。主要包括：①对于禁饮食时间进行再次核查，GLP-1 受体激动剂等药物服用者是否严格执行个体化禁食方案，若发现患者术前误食或存在反流先兆，应推迟手术；②气道与口腔状态复核，包括：是否存在新发的上呼吸道感染、咽喉肿痛；③特别核查：牙齿松动情况（防止插管脱落进入气道）、义齿是否取下；④术区涉及左右侧（如腮腺、颌下腺，尤其拔牙的牙位）时，必须由麻醉医生、外科医生、护士三方核对标识，防止手术部位错误。

8.1.2 麻醉监测

口腔颌面外科日间手术麻醉基本监测跟住院手术一致。包括心电图（ECG）、无创血压（NIBP）及脉搏血氧饱和度（SpO₂）。全身麻醉必须全程同步监测呼气末二氧化碳（EtCO₂）与体温监测（T）。对于接受全麻或深度镇静、手术时间大于 2h 或 ASA III 级及以上等患者推荐进行麻醉深度监测（如 BIS 等），以维持适宜麻醉深度，降低术后认知功能障碍风险并预防苏醒延迟。对于需行气管插管及应用肌松药的手术，建议使用神经刺激仪（TOF）监测肌松程度，确保术后肌松作用完全逆转。实施体温监测和主动保温措施，维持患者核心体温不低于 36.0°C，以减少术后感染及心血管不良事件风险。

颌面外科日间手术的容量管理需在“维持组织灌注”与“减轻术后水肿”之间取得平衡。过度补液会加剧口底及咽喉部组织水肿，威胁术后气道安全。对于普通患者，遵循“个体化限制性补液”策略。对于合并心血管疾病、高龄等特殊手术患者，推荐采用目标导向容量治疗（GDFT）。通过有创或无创每搏心输

出量监测（CO）、每搏量变异度（SVV）或脉压变异度（PPV）等动态指标，实现血流动力学的精准调控。

针对颌面外科手术多涉及“共用气道”和术中头位频繁变动的特点，术中外科操作（如牵拉、压迫气道导管）易导致通气受阻，应强调妥善固定气管导管，并实时监测气道峰压（Ppeak）和 EtCO₂ 波形，麻醉医生需通过波形变化即时识别风险，并在体位或头位变动后及时复核导管深度，确保气道通路绝对安全。

推荐意见 13：推荐对颌面外科日间手术患者实施全方位生理功能监测与精准容量调控，采取“个体化限制性补液”策略，针对特殊患者实施目标导向液体治疗，以减轻口底、咽喉部组织水肿，降低术后气道梗阻的风险。（推荐等级：强推荐）。

8.2 麻醉方式选择

日间手术要求患者术后快速恢复，麻醉方式的选择既要满足手术要求，同时尽量降低对生理功能干扰，包括局部麻醉、监测下麻醉管理及全身麻醉。不同类型口腔颌面外科日间手术麻醉管理具有不同专科特点，短小浅表手术（如头颈部软组织病损切除、活检、脉管畸形注射等）创伤小、操作时间短，优先选择局部麻醉或监测下麻醉管理，若为配合度低的儿童患者，可根据操作对气道是否有影响，采用不插管全麻或喉罩全麻；口内中小型手术（如舌下腺/颌下腺病损切除、颌骨囊肿切除、口内病损切除等）操作区域紧邻口底、咽侧壁，需充分暴露术野，对气道管理要求高，多选择全身麻醉；颞下颌关节手术、简单颌骨骨折切开复位内固定术等操作刺激强度大，对肌松程度要求高，常规选择全身麻醉，术前提前规划多模式镇痛方案，以满足术后早期恢复要求。

8.2.1 局部麻醉

局部麻醉是口腔颌面外科日间手术多模式镇痛的基础，不仅可作为单一麻醉方式用于短小手术，更在多模式镇痛中发挥重要作用。口腔局部麻醉主要包括浸润麻醉和神经阻滞技术。

局部浸润麻醉：对于软组织手术和简单牙槽外科手术，局部浸润麻醉安全有效。儿童患者因牙槽骨较成人疏松，骨小梁较粗大，矿化程度较低，浸润麻醉效果通常较好。

神经阻滞技术：区域神经阻滞（如眶下神经阻滞、上/下牙槽神经阻滞等）能提供长效的术后镇痛，显著减少全身阿片类药物需求，可采用超声引导的方式提高阻滞的精准性，必要时可使用长效局部麻醉药。

推荐意见 14：口腔局部麻醉是口腔颌面外科日间手术多模式镇痛的基础，可采用超声引导的方式提高神经阻滞的精准性。（推荐等级：弱推荐）

8.2.2 监测下麻醉管理

监测下麻醉管理（MAC）由麻醉医生实施，其核心目标是在提供充分镇静、镇痛和抗焦虑的同时，最大限度地维持患者自主呼吸与循环稳定，确保快速、安全的苏醒。尤其适用于短小手术（手术时间 <

2h) 且因紧张焦虑不能配合完成单纯局麻下治疗患者。因颌面外科手术可能增加气道管理风险，麻醉维持在轻到中度镇静水平更为安全（MOAA/S 评分 3-4 分，见附录 F）。实施 MAC 时，有条件情况下建议监测呼气末二氧化碳及麻醉深度。具体药物选择如下：

1) 镇静方案：

瑞马唑仑：作为新型苯二氮草类药物，其代谢不依赖肝肾，通过组织酯酶水解，苏醒迅速且彻底，对呼吸循环影响较丙泊酚更小。推荐负荷剂量 0.05-0.15 mg/kg，继以 0.1-1.0 mg/kg/h 维持。

丙泊酚：推荐负荷剂量 0.5-1mg/kg，继以 1.0-4.0mg/kg/h 维持。

艾司氯胺酮：推荐负荷剂量 0.2-0.4mg/kg，继以 0.1-0.3mg/kg/h 维持。

右美托咪定：推荐负荷剂量 0.5-1.0 $\mu\text{g}/\text{kg}$ （10-15 分钟内缓慢泵注），继以 0.2-0.7 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ 维持。

2) 镇痛方案：

镇痛是 MAC 的关键，需避免因疼痛刺激导致的躁动和循环波动。以局部麻醉为基础，静脉镇痛药为辅。

瑞芬太尼：是超短效镇痛的首选，但其呼吸抑制风险呈剂量依赖性。推荐采用靶控输注模式（效应室浓度 1-3 ng/ml）或低剂量泵注（0.02-0.05 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ），并密切监测呼吸频率和呼气末二氧化碳波形。

阿芬太尼：起效迅速，持续时间长，其药代动力学特性使其在 MAC 中具有优势。推荐单次推注剂量 5-10 $\mu\text{g}/\text{kg}$ ，或以 0.25-1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 持续泵注。单次推注给药应缓慢，预防其可能引发的呼吸抑制或一过性胸壁僵硬。

非甾体抗炎药：在局部麻醉完善的基础上，可复合小剂量非甾体抗炎药（如帕瑞昔布钠 40mg 静脉注射或氟比洛芬酯 50mg 静脉注射），减少阿片类药物需求。

推荐意见 15：MAC 适用于短小手术和焦虑患者，可采用短效镇静镇痛药物联合局部麻醉等模式镇痛策略，维持患者处于易于唤醒的镇静水平（MOAA/S 评分 3-4 分）（推荐等级：弱推荐）

8.2.3 全身麻醉

对于多数口腔颌面外科日间手术，全身麻醉是主要选择。ERAS 理念下的全身麻醉强调快速起效、快速苏醒、最小副作用。根据操作时间、刺激强度和气道干扰程度等选择气管插管、喉罩或不插管全身麻醉（监测下麻醉管理）。

1) 诱导方案

镇静/催眠药物：

- 丙泊酚：推荐剂量 1.5-2.5 mg/kg。其苏醒质量高，但注射痛和循环抑制较明显。
- 环泊酚：注射痛发生率显著降低，对呼吸和循环的抑制更轻微，且苏醒迅速、定向力恢复快，适合日间手术。推荐剂量：0.4-0.5 mg/kg。

- 瑞马唑仑：其最大优势在于即使连续输注也几乎无蓄积，苏醒时间可预测，且具有特异性拮抗剂氟马西尼。对循环影响小，但达到相同镇静深度所需时间可能略长于丙泊酚。推荐剂量：0.2-0.3 mg/kg。

阿片类镇痛药物：

- 芬太尼：经典阿片类药物，作用时间较长（半衰期约30-60分钟）。推荐剂量：2-4 μg/kg。
- 阿芬太尼：短效阿片类药物，起效快（1-2分钟），可作为瑞芬太尼的替代选择。推荐剂量：20-40 μg/kg。
- 舒芬太尼：强效阿片类药物，推荐剂量：0.2-0.4ug/kg。
- 瑞芬太尼：超短效（半衰期3-5分钟），可控性极佳，无术后蓄积。推荐剂量0.5-1 μg/kg。需注意其可能引起剂量依赖性呼吸抑制和心动过缓。

肌松药物：

建议使用中短效肌松药物，常见药物如下：

- 罗库溴铵：起效快的中时效肌松药，是口腔颌面外科手术快速顺序诱导的常用选择。推荐剂量0.6-1 mg/kg。
- 顺式阿曲库铵：中时效肌松药，通过Hofmann效应自行降解，代谢不依赖肝肾功能，适用于肝肾功能不全的患者。推荐剂量0.15-0.2 mg/kg。
- 米库氯铵：短效肌松药，适用于短小手术及术毕需要快速拔管的手术操作。推荐剂量0.15-0.2mg/kg。

2) 维持方案

推荐以吸入麻醉药（七氟烷/地氟烷）或丙泊酚为基础，复合瑞芬太尼进行镇痛。研究表明，在口腔颌面外科日间手术中应用地氟烷可缩短苏醒时间。

右美托咪定：术中复合泵注右美托咪定（0.2-0.5 μg/kg/h）可显著减少术中阿片类和吸入麻醉药用量，血流动力学更平稳，并具有抗交感、抗焦虑和镇痛协同作用，利于平稳苏醒。

瑞马唑仑：以 0.5-1.5 mg/kg/h 输注，特别适用于肝肾功能不全、循环较差、对丙泊酚不耐受的患者。

个体化方案：最终的药物选择需综合考量手术时长、患者合并症（特别是心血管状况、肝肾功）、麻醉医生熟悉程度以及药物可及性。

8.3 气道管理

8.3.1 经鼻气管插管

对于需要绝对气道保护的手术且无经鼻插管禁忌证、或手术时间较长（>2h）建议使用经鼻气管导管。适用于大多数口内手术（如舌部、牙槽外科）。优点是完全暴露口腔术野，且导管固定稳固。需注意：插管前 5-10 分钟常规使用咪麻滴鼻液滴鼻，减少粘膜充血。术中必须使用透明敷贴固定导管，确保鼻翼无受压坏死，并随时观察导管是否因术中冲洗液浸湿而松脱。建议使用可视化技术提高插管成功

率，减少相关并发症。

8.3.2 加强型喉罩

使用喉罩可减少气道反应，利于术中维持理想的麻醉深度和高质量的快速恢复。加强型喉罩可用于头面部短小手术（手术时间<2h）、口内出血和分泌物风险可控、喉罩置入后不影响外科医生的口内操作，反流误吸风险较小的情况。

8.3.3 拔除气管导管/喉罩注意事项

（1）肌松拮抗

颌面手术术毕即刻要求气道保护反射完全恢复。推荐进行肌松拮抗，实现彻底逆转，消除残余肌松风险。

（2）气道清理

拔除导管或喉罩前必须在直视下彻底吸除口咽部的积血及分泌物，防止出现喉痉挛或误吸，并注意清点口内填塞物。

（3）拔管时机

待患者意识恢复、肌松监测 TOF>0.9、呼吸频率及潮气量正常后实施拔管。对于特殊患者（如高龄、肥胖、合并哮喘/吸烟史），拔管后推荐使用 HFNC 进行氧疗，可降低低氧血症发生率，提升术后安全性。

8.4 复苏及转运

日间手术患者术毕需进入恢复室进行一期恢复，离开手术室前应达到改良 Aldrete 评分≥12 分，附录 G。患者转运途中必须配备便携式监护及简易呼吸器。恢复室进行常规监测，达到离室标准才能转入病房。

推荐意见 16：建议使用定量肌松监测和肌松拮抗药物，以确保拔管安全及术后早期活动。应用氟马西尼拮抗苯二氮卓类药物后，建议延长观察时间。（推荐等级：弱推荐）

9 口腔颌面外科日间手术麻醉后管理

术后管理的目标是确保患者在离院前达到生理机能的基线水平。颌面外科日间手术术后需重点解决由手术部位引起的恶心呕吐及容量失衡问题。

9.1 术后恶心呕吐（PONV）精准防治

术后恶心呕吐（PONV）是指术后 24 小时内发生的恶心和/或呕吐，是导致日间手术患者住院时间延长的重要独立危险因素之一。PONV 不仅增加患者痛苦，还可能导致切口张力增加、出血，甚至误吸，是延迟出院的首要原因。已知相关的危险因素包括女性、非吸烟状态、PONV 史和/或晕动病史、年龄<50 岁的成人患者、术后使用阿片类药物、麻醉时间延长以及使用挥发性麻醉药等。

拔管前在直视下彻底吸引口底、舌根及咽部的血液及分泌物。复苏期采取侧卧位或半卧位，以减低渗血进入咽部的风险。同时，应对患者进行减少吞咽动作的健康宣教，以降低 PONV 发生率。

推荐常规采用 Apfel 评分，附录 H。评分项包括：女性、非吸烟、有 PONV 或晕动病史、术后计划使用阿片类药物。

为有效预防 PONV，建议术前常规进行风险评估，并依据风险评分结果采取联合或多模式防治策略。低风险（0-1 分）患者以观察为主，必要时补救。中风险（2 分）且年龄超过 3 岁的患者，推荐常规使用两种不同机制的止吐药进行基础预防，常用组合为糖皮质激素（如地塞米松、甲泼尼龙）联合 5-HT₃受体拮抗剂（如昂丹司琼、格拉司琼）。对于高风险（3-4 分）患者，建议使用全凭静脉麻醉方式，并可在上述基础上追加作用机制不同的第三种甚至第四种药物，例如 NK-1 受体拮抗剂（如阿瑞匹坦、卡索匹坦）或抗多巴胺能药物（如氟哌利多、氟哌啶醇、甲氧氯普胺）。

若患者术后仍发生 PONV，补救治疗应选择之前未使用过的其他类别止吐药物。具体防治方案可参考中华医学会麻醉学分会《术后恶心呕吐防治专家共识（2025 版）》执行。

推荐意见 17：推荐常规采用 Apfel 评分进行 PONV 风险分层并采取相应预防措施；拔管前彻底吸引口底、咽喉分泌物，同时做好患者体位指导与减少吞咽动作的健康宣教，以降低 PONV 发生率。（推荐等级：弱推荐）

9.2 术后多模式镇痛与延续性管理

日间手术的成功依赖于患者离院后仍能维持良好的镇痛状态。延续术中局部麻醉的效果，术后早期联合静脉应用 NSAIDs。尽量避免术后使用阿片类药物，以减少头晕、过度镇静及 PONV。建议为无禁忌患者开具 48-72 小时的口服镇痛药物（COX-2 抑制剂），并指导其“定时服用”而非“痛时服用”，以维持稳定的血药浓度。

9.3 术后伤口血肿与气道安全性监测

颌面外科术后最危急的并发症是伤口血肿压迫气道，术后 4~6 小时是急性血肿压迫气道的高发期。观察颈部、口底有无进行性肿胀，引流管是否通畅，以及患者是否有喉鸣音、呼吸费力或血氧饱和度下降。一旦怀疑血肿压迫气道，应立即床旁切开减压，并准备再次插管或气道重建。

推荐意见 18：推荐对涉及口底、颈部、颌下区域的日间手术患者进行不少于 4-6 小时的密切气道监测。离院前由外科医生确认伤口无活动性出血及显著肿胀，并于术后 24 及 48 小时进行随访，防止继发气道风险。（推荐等级：强推荐）

9.4 术后容量优化与早期功能恢复

术后补液应满足患者代谢需求并缓解不适。充分的术后补液可有效降低体位性低血压的发生风险，缓解口渴、头痛及术后疲劳感，促进排尿，缩短达到离院标准的时间。术后早期（1-2 小时内）给予平衡盐溶液补充术前禁食及术中不显性失水。评估患者吞咽功能恢复后，鼓励尽早饮水。若无恶心呕吐，

可进食清亮流质。针对心肾功能不全的特殊患者，仍需监测容量负荷，防止过度补液诱发急性心衰。拔管后 2 小时内，在陪护下尝试床边活动，预防深静脉血栓并促进胃肠蠕动。

9.5 出院标准及评估

日间手术患者离院必须经过量化评估。推荐采用改良 PADSS 评分系统（附录 I），总分 10 分，评分 ≥ 9 分方可准予离院。离院前需由外科医生确认伤口无活动性出血及显著肿胀，并为患者提供书面的居家康复手册及 24 小时应急沟通联系方式，确保患者在离院后仍处于延续性医疗管理中。对于未满足日间手术出院标准患者，可转至普通病房继续治疗。

10 出院后随访

日间手术患者在院观察时间短，规范的出院后随访不仅能提供科学的康复指导，更能早期识别并干预出血、呼吸道梗阻、疼痛等术后并发症，显著降低不良事件及非计划再入院风险。随访是构建安全、高效、闭环式日间手术管理体系的关键环节。常规进行术后随访，首次随访于出院后 24h 内完成，重点关注早期麻醉并发症、术区活动性出血及镇痛效果。对于特殊患者，可适当延长随访时间。

此外，随访指标中应纳入再住院率等可客观反映日间手术运行效率与医疗质量的核心质控指标。有条件机构建议借助人工智能语音实现自动定期随访，生成文字版患者画像，交由专科医生进行综合分析。此外人工智能随访需关注紧急情况智能预警、并发症预测、智能患者宣教。

推荐意见 19：口腔颌面外科日间手术患者必须建立完善的随访机制，首次随访于出院后 24h 内完成，对于特殊患者，可适当延长随访时间。（推荐等级：强推荐）

11 质量管理

日间手术作为资源集约化的新型诊疗模式，其风险分布与传统住院手术存在显著差异。质量控制并非简单的辅助管理措施，而是保障日间手术安全、高效、可持续发展的核心支撑。

《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》指出，开展日间手术的医疗机构应当按照院、科两级责任制加强日间医疗服务质量管理。建议开展口腔颌面外科日间手术麻醉科在科室原有质控体系内设立日间手术质控小组，由科室质控组长或日间手术麻醉亚专业组长负责管理。关于日间手术麻醉科质量管理指标的选择，目前并无相关规范。本文件建议参考 2022 年国家麻醉质控中心发布的麻醉质量控制 26 项指标，结合口腔颌面外科专科麻醉管理特色，设置贯穿入院前、入院后、离院后的三维质量控制指标体系（包含“结构、过程、结果”），以下指标被推荐作为基础指标纳入质量管理。

11.1 结构指标

日间手术患者准入标准、日间手术麻醉专科医师准入标准、日间手术 ERAS 麻醉管理临床路径、日间手术麻醉应急预案。其中建立日间手术患者准入标准，可从根源上排除高风险患者，保障日间手术安全。建立麻醉管理临床路径，通过规范麻醉操作、加速患者康复，确保日间手术同质化高质量发展。

11.2 过程指标

入院前麻醉评估完成率、入室后手术麻醉取消率、麻醉开始后手术取消率、术中 ERAS 条目完成率、患者麻醉满意度调查完成率、出院麻醉随访完成率。入院前麻醉评估，可提前排除困难气道高风险或基础疾病控制不佳患者，为日间手术高效、安全开展筑牢前置防线。加速康复可以帮助患者术后尽快恢复并达到离院标准，因此 ERAS 临床路径条目完成率直接决定了患者是否能够如期安全离院。

11.3 结果指标

围手术期麻醉相关并发症发生率、围手术期不良事件发生率、患者麻醉满意度得分达标率。通过对不良事件进行“分析-整改-优化-复盘”的闭环管理，可以强化麻醉安全管控，推动日间手术麻醉质量持续提升。麻醉满意度达标率可帮助量化患者就医体验，寻找日间手术管理薄弱环节，持续优化日间手术流程。

11.4 PDCA 循环管理与信息化平台建设

各医疗机构需定期开展质量控制分析会，对核心质量指标进行动态监测与根源分析，通过 PDCA（计划-执行-检查-处理）循环管理，不断优化诊疗流程、规范服务行为、提升医疗安全与运行效率，推动日间手术质量实现螺旋式提升。

各医疗机构应加快质控相关信息化建设，搭建全流程闭环质控平台，提升质控效率与精准度；最终实现统一口腔颌面外科日间手术麻醉质控指标体系，推动机构间同质化发展及同行评价，持续夯实质控基础，保障口腔颌面外科日间医疗安全与质量。

推荐意见 20：医疗机构应设立日间手术麻醉质控小组，构建包含“结构、过程、结果”的三维质量控制指标体系。定期开展基于 PDCA 循环的质量分析，确保手术麻醉管理的同质化与安全性（推荐等级：强推荐）

12 总结

口腔颌面外科日间手术麻醉管理不仅是药物与技术的应用，更是一套精密运作的系统工程。本专家共识立足口腔颌面外科“共用气道、高周转、高风险”的专科特点，以加速康复（ERAS）为核心，规范了从完善术前筛查与气道风险评估、精准的术中监测与药物滴定，到规范的苏醒拮抗及术后并发症防治的全流程临床路径。本共识的落实将有助于推动我国口腔颌面外科日间手术向规范化、标准化和同质化方向迈进，在保障医疗安全的前提下，实现患者精准、平稳、快速的康复。

附 录 A
(资料性)
口腔颌面外科日间手术推荐种类

表A.1.口腔颌面外科日间手术推荐种类

序号	手术名称	序号	手术名称
1	牙槽神经吻合术	11	颌骨修整术
2	上颌窦瘘修补术	12	阻生牙或多生牙拔除术
3	舌部分切除术	13	牙槽外科手术
4	舌下腺病损切除术	14	颌骨囊肿切除术或开窗术
5	颌下腺病损切除术	15	简单颌骨骨折切开复位内固定术
6	舌下腺部分切除术	16	头颈部软组织病损切除术
7	硬腭射频消融术	17	唾液腺切开术
8	唇病损广泛切除术	18	颞下颌关节手术
9	颌下区病损切除术	19	简单颌面部畸形矫正术
10	口腔病损切除术	20	口腔颌面部血管瘤及脉管畸形注射治疗术
21	口腔颌面部内固定装置取出术	22	头面颈部浅表异物取出术
23	唇/舌系带手术	24	唾液腺导管结石去除术
25	口腔颌面部活组织检查术		

附 录 B
(资料性)
ASA 身体状况分级

表 B.1. ASA 身体状况分级表

分级	说明
I 级	正常健康患者。健康，不吸烟或少量饮酒。
II 级	合并轻微系统疾病。轻微系统疾病，没有实质性器官功能限制。
III 级	合并严重系统疾病。实质性器官功能受限，合并一种或多种中度到重度疾病。
IV 级	合并严重系统疾病，危及生命安全。
V 级	垂死患者，如不进行手术则无生存可能
VI 级	已宣布脑死亡患者，准备作为供体对其器官进行取出移植。
<p>注： I 和 II 级患者麻醉和手术耐受力良好，麻醉经过平稳。III 级患者麻醉有一定危险，麻醉前准备要充分，对麻醉期间可能发生的并发症要采取有效措施，积极预防。IV 级患者麻醉危险性极大，即使术前准备充分，围手术期死亡率仍很高。V 级为濒死患者，麻醉和手术都异常危险，不宜行择期手术。如系急诊手术，在相应的 ASA 评级前标注“E”。</p>	

附 录 C
(资料性)
气道评估工具“柠檬”法则 (The LEMON law)

表 C.1 “柠檬”法则 (The LEMON law)

Look externally	外部特征
Evaluate the 3-3-2 rule	3-3-2法则: 张口度、甲颏间距、颏舌距离
Mallampati classification	Mallampati分级
Obstruction/Obesity	气道梗阻/肥胖
Neck mobility	颈部活动度

附 录 D
(资料性)
Stop-Bang 筛查量表

表 D.1 Stop-Bang 筛查量表

项目	回答	
打鼾：您的鼾声大吗（高于谈话声或隔着房门能听到）？	是 1分	否 0分
疲劳：您经常在白天感觉疲劳、乏力或困倦吗？	是 1分	否 0分
观察到的呼吸暂停：曾经有旁人观察到您在睡眠中有呼吸暂停的情况吗？	是 1分	否 0分
血压：您患有高血压或目前正在进行高血压治疗吗？	是 1分	否 0分
体重指数（BMI）：BMI>35kg/m ² ？	是 1分	否 0分
年龄：>50岁？	是 1分	否 0分
颈围：>40cm？	是 1分	否 0分
性别：男性？	是 1分	否 0分
得分>3分：OSA风险增高；得分>6分：中至重度OSA风险		

附录 E
(资料性)
麻醉前建议禁食水时间

表 E.1 麻醉前建议禁食水时间

食物种类	禁食水时间/h
清饮料	2
母乳	4
牛奶和配方奶	6
淀粉类固体食物	6
脂肪类固体食物	8

附录 F
(资料性)
改良警觉/镇静评分 (MOAA/S)

表 F.1 改良警觉/镇静评分 (MOAA/S)

分数	标准
5分	对正常语调呼唤名字应答自如
4分	对正常语调呼唤名字反应迟钝
3分	对大声重复呼唤名字有反应
2分	仅对轻度刺激和摇晃有反应
1分	对轻度刺激和摇晃无反应
0分	对伤害性刺激均无反应

附录 G

(资料性)

改良 Aldrete 离院评分系统

表 G.1 改良 Aldrete 离院评分系统

离院标准	分数
意识水平	
清醒，定向力好	2
轻微刺激即可唤醒	1
只对触觉刺激有反应	0
肢体活动	
各肢体能完成指令运动	2
肢体活动减弱	1
不能自主活动。	0
血流动力学稳定	
血压波动<基础平均动脉压值的 15%	2
血压波动在基础平均动脉压值的 15%-30%	1
血压波动>基础平均动脉压值的 30%	0
呼吸稳定	
可深呼吸	2
呼吸急促但咳嗽有力	1
呼吸困难且咳嗽无力	0
血氧饱和度。	
吸空气时能维持血氧饱和度>90%	2
需鼻导管吸氧	1
吸氧时血氧饱和度<90%	0
术后疼痛	
无或轻微不适	2
中至重度疼痛需用静脉止疼药物控制	1
持续严重疼痛	0
术后恶心呕吐	
无或轻度恶心,无呕吐	2
短暂呕吐或干呕	1
持续中至重度恶心呕吐	0
总分	
注： 总分大于 12 分，且单项没有低于 1 分的情况可以离院。	

附录 H
(资料性)
Apfel 评分表

表 H.1 Apfel 评分表

危险因素	无
	女性
	非吸烟史
	有 PONV 史或晕动病史
	术后使用阿片类镇痛药物
风险分级	低风险 (0-1 项): 发生率 10%-20%
	中风险 (2 项): 发生率 40%
	高风险 (3-4 项): 发生率 60%-80%

附 录 I
(资料性)
麻醉后出院评分系统 (PADSS)

表 I.1 麻醉后出院评分系统

指标	标准	评分
生命体征	波动在术前水平 20%以内	2 分
	波动在术前水平 20%-40%以内	1 分
	波动大于术前水平 40%	0 分
活动状态	能确定方位且步态稳健	2 分
	能确定方位或步态稳健	1 分
	不能达到两项中任何一项	0 分
恶心呕吐	轻度	2 分
	中度	1 分
	重度	0 分
疼痛	轻度疼痛	2 分
	中度疼痛	1 分
	重度疼痛	0 分
术区出血	极少	2 分
	中度	1 分
	严重	0 分

参 考 文 献

- [1] 中华医学会麻醉学分会. 日间手术麻醉指南[J]. 中华医学杂志, 2023, 103 (43): 3462-3471. DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20230803-00151.
- [2] Gelb AW, et al. WHO-WFSA International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. *Anesth Analg.* 2018;126(6):2047-2055.
- [3] 国家卫生健康委办公厅. 日间手术推荐目录(2022年版)(国卫办医函(2022)38号)[Z]. 2022-01-28.
- [4] 蒋灿华, 翦新春, 张志愿, 等. 口腔颌面外科日间手术中国专家共识[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2019, 17 (5): 385-390.
- [5] Cukierman DS, Cata JP, Gan TJ. Enhanced recovery protocols for ambulatory surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2023 Sep;37(3):285-303.
- [6] Rajan N, Rosero EB, Joshi GP. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg.* 2021 Dec 1;133(6):1415-1430.
- [7] Nathan N. SAMBA Guidelines for Diabetic Patients and Ambulatory Surgery. *Anesth Analg.* 2024 Sep 1;139(3):458.
- [8] 潘剑, 薛洋, 赵吉宏, 等. 口服抗栓药物患者门诊拔牙围手术期管理的专家共识[J]. 华西口腔医学杂志, 2022, 40(3): 255-263.
- [9] Sen S, Potnuru PP, Hernandez N, Goehl C, Praestholm C, Sridhar S, Nwokolo OO. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist Use and Residual Gastric Content Before Anesthesia. *JAMA Surg.* 2024 Jun 1;159(6):660-667.
- [10] El-Boghdadly K, Dhesi J, Fabb P, Levy N, Lobo DN, McKechnie A, Mustafa O, Newland-Jones P, Patel A, Pournaras DJ, Clare K, Dhataria K. Elective peri-operative management of adults taking glucagon-like peptide-1 receptor agonists, glucose-dependent insulinotropic peptide agonists and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: a multidisciplinary consensus statement: A consensus statement from the Association of Anaesthetists, Association of British Clinical Diabetologists, British Obesity and Metabolic Surgery Society, Centre for Perioperative Care, Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care, Royal College of Anaesthetists, Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia and UK Clinical Pharmacy Association. *Anaesthesia.* 2025 Apr;80(4):412-424.
- [11] Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, Fiadjoe JE, Greif R, Klock PA, Mercier D, Myatra SN, O'Sullivan EP, Rosenblatt WH, Sorbello M, Tung A. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology.* 2022 Jan 1;136(1):31-81.
- [12] Kornas RL, Owyang CG, Sakles JC, Foley LJ, Mosier JM; Society for Airway Management's Special Projects Committee. Evaluation and Management of the Physiologically Difficult Airway: Consensus Recommendations From Society for Airway Management. *Anesth Analg.* 2021 Feb 1;132(2):395-405.
- [13] De Rosa S, Bignami E, Bellini V, Battaglini D. The Future of Artificial Intelligence Using Images and Clinical Assessment for Difficult Airway Management. *Anesth Analg.* 2025 Feb 1;140(2):317-325.
- [14] Punjasawadwong Y, Phongchiewboon A, Bunchungmongkol N. Bispectral index for improving anaesthetic delivery and postoperative recovery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jun 17;2014(6):CD003843.
- [15] Thilen SR, Weigel WA, Todd MM, Dutton RP, Lien CA, Grant SA, Szokol JW, Eriksson LI, Yaster M, Grant MD, Agarkar M, Marbella AM, Blanck JF, Domino KB. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Monitoring and Antagonism of Neuromuscular

Blockade: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuromuscular Blockade. *Anesthesiology*. 2023 Jan 1;138(1):13-41.

[16] Virág M, Rottler M, Gede N, Ocskay K, Leiner T, Tuba M, Ábrahám S, Farkas N, Hegyi P, Molnár Z. Goal-Directed Fluid Therapy Enhances Gastrointestinal Recovery after Laparoscopic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Med*. 2022 Apr 30;12(5):734.

[17] Bär AK, Werkmeister R, Dort JC, Al-Nawas B. Perioperative care in orthognathic surgery - A systematic review and meta-analysis for enhanced recovery after surgery. *J Craniomaxillofac Surg*. 2024 Nov;52(11):1244-1258.

[18] Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists, and Society of Interventional Radiology. *Anesthesiology*. 2018 Mar;128(3):437-479.

[19] Choi JY, Lee HS, Kim JY, Han DW, Yang JY, Kim MJ, Song Y. Comparison of remimazolam-based and propofol-based total intravenous anesthesia on postoperative quality of recovery: A randomized non-inferiority trial. *J Clin Anesth*. 2022 Nov;82:110955.

[20] Liu, B., Wang, P., Zhu, W. et al. Efficacy of remimazolam versus midazolam for outpatient dental sedation: a multicenter, randomized, controlled, non-inferiority trial. *Anesthesiol. Perioper. Sci*. 4, 15 (2026).

[21] Chernik DA, Gillings D, Laine H, Hendler J, Silver JM, Davidson AB, Schwam EM, Siegel JL. Validity and reliability of the Observer's Assessment of Alertness/Sedation Scale: study with intravenous midazolam. *J Clin Psychopharmacol*. 1990 Aug;10(4):244-51.

[22] 中国医师协会麻醉学医师分会《日间手术骨骼肌松弛药临床应用专家共识(2025版)》工作组. 日间手术骨骼肌松弛药临床应用专家共识(2025版)[J]. *中华麻醉学杂志*, 2025, 45(10): 1236-1246.

[23] Gan TJ, Belani KG, Bergese S, Chung F, Diemunsch P, Habib AS, Jin Z, Kovac AL, Meyer TA, Urman RD, Apfel CC, Ayad S, Beagley L, Candiotti K, Englesakis M, Hedrick TL, Kranke P, Lee S, Lipman D, Minkowitz HS, Morton J, Philip BK. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg*. 2020 Aug;131(2):411-448.

[24] 中华医学会麻醉学分会《术后恶心呕吐诊疗指南(2025版)》工作组. 术后恶心呕吐诊疗指南(2025版)[J]. *中华麻醉学杂志*, 2025, 45(09): 1080-1103.

[25] Athanassoglou V, Patel A, McGuire B, Higgs A, Dover MS, Brennan PA, Banerjee A, Bingham B, Pandit JJ. Systematic review of benefits or harms of routine anaesthetist-inserted throat packs in adults: practice recommendations for inserting and counting throat packs: An evidence-based consensus statement by the Difficult Airway Society (DAS), the British Association of Oral and Maxillofacial Surgery (BAOMS) and the British Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (ENT-UK). *Anaesthesia*. 2018 May;73(5):612-618.

[26] Chung F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 1995 May;80(5):896-902.

[27] 李艾, 杜元太, 缪刚, 等. 基于智能引擎的甲状腺癌术后随访系统构建与实践 [J]. *中国卫生信息管理杂志*, 2022, 19 (2): 272-275.

[28] 国家卫生健康委办公厅. 医疗机构日间医疗质量管理暂行规定(国卫办医政发(2022)16号)[Z]. 2022-11-20.

[29] 国家卫生健康委办公厅. 麻醉专业医疗质量控制指标(2022年版)(国卫办医函(2022)161号)[Z]. 2022-05-11.