

麻醉药品管理模式在手术室中的应用价值

兰奕欧

宝鸡市妇幼保健院 陕西 宝鸡 721000

摘要: **目的:** 科学研究手术室麻醉药品管理机制的运用效果。**方法:** 选取2020年3月至2021年12月与本院做手术的患者100例,采取抽签方式将患者分成对照组和观察组,2组患者总数同样,均是50例。试验期内,对照组给与手术室麻醉药品常规管理,观察组给与手术室麻醉药品管理方法。统计分析纪录2组麻醉药品的准备工作时间与消耗情况。**结果:** 观察组神经阻滞、椎管内麻醉、静脉麻醉和全身麻醉准备时间显著短于对照组 ($P < 0.05$); 观察组舒芬太尼、瑞芬太尼、丙泊酚、维库溴铵和顺式阿曲库铵等麻醉药品损耗率指数显著小于对照组 ($P < 0.05$); 观察组药方不合格率显著小于对照组 ($P < 0.05$)。 **结果:** 与手术室麻醉药品管理机制对比,手术室麻醉药品管理机制运用效果明显,一定程度上缩短麻醉药品准备时间,降低了麻醉药品耗费。

关键词: 手术室; 麻醉药品管理; 麻醉医师; 护理人员

引言

手术室常见麻醉药品必须开麻醉药品处方(红处方)的药物,一般为阿片类药物。常见的麻醉药品有芬太尼、瑞芬太尼、舒芬太尼、氯胺酮等。芬太尼止痛效果比吗啡强100倍,使用量少、效果好、持续时间短。适合于各种剧痛,与全身麻醉或部分给药协同应用可以减少芬太尼使用量。瑞芬太尼是芬太尼类阿片受体抑制剂,进入体内约1 min内快速做到血脑平衡,在实施和血液中快速水解反应,见效快,持续时间短。与其它类似芬太尼类药不一样,瑞芬太尼的止痛价值和副作用呈剂量依赖性,与安眠药、吸入麻醉药、苯二氮卓类药物有协同效应。舒芬太尼是芬太尼的衍生。其亲脂大约为芬太尼的2倍,更容易通过血脑屏障。与血浆蛋白结合率较芬太尼高,但是其遍布容积低于芬太尼。其清除药物半衰期短于芬太尼,但是和阿片受体的亲和力强于芬太尼,不但止痛抗压强度强,并且功效持续的时间。吗啡注射剂是严重创伤、烫伤、末期癌病患者等超强力止疼药。吗啡对肌浆网有极强的止痛功效。氯胺酮主要适用于确诊相关检查麻醉剂和全身麻醉,适用浅部、短手术治疗、依从性差的患者^[1]。

伴随着当代手术率的增加,对手术室麻醉药品的监管给出了相对较高的规定。综合性医院手术室工作强度大,手术和麻醉药品量多,品种多。手术量的增加使得传统实行的由麻醉医师兼任负责的麻醉药品管理方式已不能适应快节奏、高效率的手术室工作需要,麻醉药品的管理已成为手术室护理方面的一个重要内容。以麻醉护士主导的麻醉药品管理在手术室管理麻醉药品的意义就变得很重大。分析麻醉护士在手术室的应用价值,除按医嘱准备麻醉药品之外,麻醉护士还会针对麻醉准

备室的温度、湿度等,从而最大限度减少麻醉药品的损耗,避免出现支出无端增多的情况。在手术室麻醉药品管理方法实际操作中,挑选麻醉护士引导的管理机制是有用的,有望在手术室中广泛运用^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本试验选取2020年3月至2021年12月在医院手术患者100例,以抽签方式将当选患者分成对照组和观察组。2组患者总数同样,均是50人。对照组50例中,男女患者比例是29:21,年龄最小24岁,最大74岁,均值(43.9±6.8)岁。观察组50例患者中,男女患者比例是30:20,年龄最小22岁,最大77岁,均值(44.2±7.1)岁。纳入标准:本试验经医院伦理委员会准许;患者以及家属签定自行协议;患者以及家属充分掌握本试验的具体内容可能出现的难题。排除标准:患者患有其它可能影响实验结果的疾病。

1.2 方法

对照组选用麻醉药品基本管理机制。依照专库储存、专业人员负责制度,提升麻醉药品的配制、申领、存放管理方法,创建麻醉药品专用型帐本和门禁系统纪录,严格纪录麻醉药品门禁系统信息内容,规定相关人员签字核查。

观察组给予医院做手术室麻醉药品管理方法,以医师为主导。管理方案如下所示。

1.2.1 建立手术室药品管理体系

手术室设单独工作间,配置专用型药物保险柜、工作电脑、专用型办公室桌子、专用型储医药箱、药品基数盒、药品包装处置柜、专用型药物帐本、处方、登记簿等,设定智能门禁系统,严禁不相干工作人员进到。

特定2名手术室特殊药品管理医师开展手术室药物进行专业管理, 承担手术室药物的查验、下发和回收利用, 及其信息管理系统的注册管理方法。护理人员主导手术室麻醉药品管理新方式的应用, 并对进一步明确麻醉药品管理岗位职责, 提升麻醉药品管控具有积极意义。麻醉护理人员做为手术中主治医师的左膀右臂, 在护理人员的帮助下管理麻醉药品, 帮助医师提前准备适宜的麻醉药品, 按时核对和审查药物, 确立掌握药物用在哪儿, 提升和完善手术室麻醉药品的管理步骤。

1.2.2 建立药品基数领用及管理制度

麻醉科与药剂科一同商议手术室药剂师与麻醉医师的药品领用数量, 由药剂师在手术室执行药物管理职责, 创建专业药品监管帐本, 与麻醉医师“一对一”地核对方、药品信息, 发放并登记入账, 一次使用量与药品的发放量一致, 确保使用量不得超过处方量。

1.2.3 药品领取与发放管理

药师应建立并定期接收手术室药品收集时间表, 以确保手术室药品的基线供应。根据诊室专用处方的记录剂量, 编制取药请求, 凭处方从药学部药房取药, 在手术室消耗同种药物的空安瓿被退回药房。药房工作人员应确认药师申请报告中的药品种类和总数与处方药信息和退回的空安瓿总数完全相符后, 方可配药, 并记录药品信息并签字, 药剂师和护士会陪他们到办公室。手术室放置和维护得当。医生接药时, 必须清点送药的总数, 并退回送药的空包。药师收到加工药品信息和快递退回的空包信息后, 配药配药, 配药, 详细登记药品信息, 共同签字确认^[3]。

1.2.4 细化药剂师与医生职责

①药剂师从药房领取药品, 将必要的药品分发给手术室医生。您必须仔细核对方基础量和所需量, 确保从医生处收到的量与退回的空安瓿量相匹配, 输入HIS系统的药品信息与注册信息相匹配。如有不符, 必须及时查明原因并做好记录, 确保账目完全一致。②药师对配药进行日常安全检查和管控, 确保处方药信息与配药信息、回收的空安瓿信息以及医生账目和消费记录与注册信息完全一致。③药师对不符合处方和剂量规范的, 可以立即拒绝配药。④手术室医生应先将药物存放在专用

药箱或药箱内, 以保证药物的有效安全效果。手术结束后, 将剩余药品放入专用药箱或药箱中存放, 完善药品使用、剩余数量和空包装处理记录, 按规定将药品存放在空外包装内, 并将空外包装返还到下一次补货^[4]。

1.2.5 督管理

派发药品和回收利用空安瓿的信息立即录入院内HIS系统, 由监督部门进行管理。并组织药房工作人员对手术室药剂师与医生领用药品问题进行定期维护和监督, 核查药品数量、规格型号、总数等详尽信息, 提升药品管控。

1.2.6 监督管理

将药品发放信息及空安瓿瓶收回情况及时录入院内HIS系统, 以便监督部门进行监管管理^[5]。另组织药剂科人员对手术室药剂师与医生领用药品情况进行定期检查监督, 核对药品领用基数、规格、数量等详细信息, 加强药品监管力度。

1.3 观察指标

比较对照组后患者麻醉准备时间、麻醉药品处方不合格率和麻醉药品耗损率。

1.4 统计学方法

按SPSS 19.0解决, 计量数据用($\bar{x} \pm s$)表明, 用t检验表明, 计数数据信息用百分数表明, 用 χ^2 检验表明。 $P < 0.05$ 表明差别有统计意义。

2 结果

2.1 对照组后麻醉准备时间比较

观察组神经阻滞、椎管内麻醉、静脉麻醉、全身麻醉准备时间比对照组显著低于($P < 0.05$)。见表1。

表1 对照组后麻醉准备时间比较 (min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	神经阻滞	椎管内麻醉	静脉麻醉	全身麻醉
对照组	50	13.30±2.15	18.65±1.14	12.77±1.05	29.88±3.36
观察组	50	8.36±1.63	11.09±1.95	5.58±1.32	20.36±2.45
t	/	16.988	35.614	46.980	23.573
p	/	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 对照组后麻醉药物损耗率比较

观察组病人舒芬太尼、瑞芬太尼、丙泊酚、维库溴铵、顺式阿曲库铵等麻醉剂药品降低率比对照组显著低于($P < 0.05$)。见表2。

表2 对照组后麻醉药物损耗率比较 [例 (%)]

组别	n	舒芬太尼		瑞芬太尼		丙泊酚		维库溴铵	
		消耗量(支)	损耗率	消耗量(支)	损耗率	消耗量(支)	损耗率	消耗量(支)	损耗率
对照组	50	2	4.00	3	6.00	3	6.00	1	2.00
观察组	50	1	2.00	0	0	0	0	1	2.00
χ^2	/	/	3.91	/	4.03	/	4.25	/	4.76
p	/	/	/	/	/	/	/	/	< 0.05

2.3 对照组后麻醉药品处方不合格率比较

观察组处方药品名不合规、处方前记不规范、医生签名不合规、使用方法不科学等处方不合格率比对照组显著低于 ($P < 0.05$)。见表 3。

表3 对照组后麻醉药品处方不合格率比较 [例 (%)]

组别	n	处方药名	处方前记	医师签名	用法用量
		不规范	不规范	不规范	不合理
对照组	50	3 (6.00)	3 (6.00)	2 (4.00)	2 (4.00)
观察组	50	1 (2.00)	0	0	1 (2.00)
χ^2	/	4.15	5.73	4.25	8.50
p	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

近些年,伴随着很多疾病的多发,医学上手术医治的比例特别大,对手术室麻醉药品的管理提出了更高要求。麻醉药品做为可麻醉病人中枢系统药物,有较好的镇痛镇静功效,有益于推动临床医学手术的有序开展。但在使用中,乱用和错用非常容易危害手术实际效果,危害病人身体健康。与此同时,手术间自然环境较别的部门更加繁杂,术中麻醉药品需求量大,对不同麻醉药品的使用量与时间很严格。因而,提升手术室麻醉药品的管理至关重要。过去麻醉医生做兼职管理麻醉药品的模式,因为缺乏系统药品的管理规章制度,容易造成麻醉药品没法全方位管控,麻醉药品品质难以保证或准备不到位等诸多问题^[6]。

护理人员主导手术室麻醉药品管理新方式的应用,并对进一步明确麻醉药品管理岗位职责,提升麻醉药品管控具有积极意义。麻醉护理人员做为手术中主治医师的左膀右臂,在护理人员的帮助下管理麻醉药品,帮助医师提前准备适宜的麻醉药品,按时核对和审查药物,确立掌握药物用在哪儿,提升和完善手术室麻醉药品的管理步骤。而护理人员核心手术间麻醉药品管理后,舒芬太尼、瑞芬太尼、丙泊酚、维库溴铵、顺式阿曲库铵药物消耗量显著小于传统式麻醉管理方法对照实,这样有助于药物监管的,在降低管理中可能发生的错漏的前

提下缓解麻醉医生的工作量,提升麻醉药品的管理高效率,确保手术安全性和高效性^[7]。

本次观察剖析,大大缩短了全身麻醉、静脉血管麻醉、椎管内麻醉、神经阻滞等各个麻醉方式的准备时间,降低了病人等待的时间,有利于把握治疗中的手术机会。而护理人员核心手术间麻醉药品管理后,舒芬太尼、瑞芬太尼、丙泊酚、维库溴铵、顺式阿曲库铵药物消耗量显著小于传统式麻醉管理方法对照实验。这进一步说明麻醉手术过程中护理人员指导的麻醉药品管理有利于基数大、品种多的麻醉药品的标准化管理,以此来实现麻醉药品管理的安全性和品质,降低麻醉药物的耗费。

4 结束语

总的来说,在麻醉手术中,护理人员首先管理手术间麻醉药品,其管理成效显著,可以减少手术准备时间和药量,确保麻醉手术的顺利开展。非常值得临床应用。

参考文献

- [1]李勇胜,秦洁,宾卓莉.护士主导的麻醉药品管理模式在手术室麻醉药品管理中的应用价值分析[J].智慧健康,2019,5(28):193-194.
- [2]周洁,夏小丽,冯小梅,等.PDCA循环提高手术室麻醉药品管理质量中的应用[J].江苏科技信息,2020,37(36):69-71.
- [3]盛熠,陈伟薇,孙涓,等.手术室麻醉药品管理[J].北方药学,2016,13(3):158-159.
- [4]徐春娥,杨桂萍,刘雪梅,等.手术室麻醉药品的管理方法与体会[J].北方药学,2014,(10):98-99.
- [5]钟雅.手术室麻醉药品管理模式探讨[J].海南医学,2014,25(17):2643-2644.
- [6]钱蓓艳.基层医院手术室麻醉药品的管理[J].中医药管理杂志,2019,27(21):75-76.
- [7]王晓丽,张亮.PDCA循环管理模式在医院药房麻醉药品管理中的应用价值研究[J].贵州医药,2020,44(12):2009-2010