

降低全身麻醉術後 恢復室病人口渴發生率

陳燕雪¹、方雅晶²、邱琪偵³、林姿佳⁴

中文摘要

口渴是手術後病人常見主訴，若未及時評估處理，引發病人緊張及焦慮、煩躁不適等問題。統計全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分的發生率達40%，故引發改善動機，旨在降低全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分的發生率。經現況分析發現原因有缺乏口渴照護規範、口渴評估工具和解渴設備、護理師口渴照護認知率低，擬定並施行改善對策：提供解渴措施(冰塊、無糖薄荷糖果和生理食鹽水紗布)、舉辦口渴體驗和在職教育、運用資訊系統紀錄口渴評估結果與措施、執行口渴照護作業標準流程、運用口渴視覺類比量表；方案實施後，全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分的發生率為8.5%。建議未來能將有效安全的解渴措施推展到各病房，提升麻醉恢復期護理照護品質。(志為護理, 2026; 25:1, 107-120)

關鍵詞：全身麻醉、口渴、麻醉後恢復室

前言

口渴(thirst)是手術後病人常見的不適主訴，尤其在長時間禁食、術中藥物使用等多重因素影響下，超過半數的手術病人在術後即刻期(immediate postoperative period, IPP)會出現口渴的問題，中度至重度口渴的盛行率高達59.4%，顯示這一問題的普遍性，未及

時的評估和處理口渴問題，可能會引發一連串生理和心理問題，如低血容積休克、腎臟衰竭、昏迷、壓力、焦慮、煩躁不安等(Belete et al., 2022)。因此，除了減輕術後疼痛、預防噁心嘔吐等併發症外，應盡早評估、辨識口渴症狀並提供有效且安全的緩解措施，以減少病人的不適症狀(Silva et al., 2022)。

本單位為麻醉恢復室，臨床觀察到超

師戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部護理師¹、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部小組長²、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部護理長³、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院護理部學術輔導師⁴

接受刊載：2025年8月18日

通訊作者地址：林姿佳 600566嘉義市東區忠孝路539號

電話：886-5-276-5041 #1256 電子信箱：11518@cych.org.tw

過50%的全身麻醉術後病人清醒後表示有口渴不適的感覺而無法安穩休息，或是頻頻詢問何時才能喝水，即使以現有的緩解口渴措施如以濕棉棒沾嘴唇等，仍無法滿足病人的需求。護理人員也因病人頻繁反應口渴問題和喝水要求，必須不斷地來回走動於護理站和病床間、無法專心處理其他問題，而有許多抱怨。鑒於上述困境，因而引發改善之動機，期望藉由此專案的進行，建立有效且安全的全身麻醉手術後口渴處理方案，以降低全身麻醉手術後病人口渴的程度，提升麻醉術後護理照護品質。

現況分析

一、單位簡介

本單位為區域教學醫院之麻醉後恢復室，主要業務為照護接受全身及半身麻醉手術後病人。目前單位總床數14床，2022年手術後進入麻醉恢復室的病人共有15,260人次，全身麻醉病人佔99.0%。在照護人力方面，單位護理師含護理長共16位，護病比每班每床0.5人以上，人力配置為白班8位、小夜3位、大夜1位。

當病人手術完畢轉送至麻醉恢復室後，立即以麻醉恢復評估量表(post anesthesia recovery score, PAR score)進行麻醉恢復評估，每15分鐘評估一次，觀察病人45-60分鐘後若PAR Score \geq 9分並經麻醉主治醫師同意，方可離開恢復室。此外，麻醉恢復室護理師也會監測病人麻醉手術後併發症，並提供傷口疼痛處理及照護、低體溫的保暖措施等照護。

二、全身麻醉手術後病人口渴現況數據統計

為了解手術後病人於麻醉恢復室時口渴的發生率，專案成員依照文獻建議，以具有良好信效度的口渴程度視覺類比量表(visual analogue scale, VAS)詢問病人口渴程度。VAS分數最低0分(無口渴)，最高10分(非常口渴)，若分數4-6分代表中度口渴，7-10分代表重度口渴。當口渴分數 \geq 4分可視為需提供緩解口渴措施的標準(張等，2024；Carey et al., 2021)。專案成員於2023年4月28日至5月1日討論收案標準(納入條件為意識清楚且可以國台語溝通，排除條件為無法理解、溝通或經醫師診斷有認知功能障礙者)、進行評分訓練及共識，確認評分者間一致性達90%以上後進行收案。於2023年5月2-31日期間手術後進入麻醉恢復室的病人共有1,386位，排除51位病人因有認知功能障礙、意識不清、無法溝通等原因而未收案，最後共1,335位病人接受口渴評估。專案成員於病人進入恢復室並確認意識清醒15分鐘後，以PAR Score評分，當總分 \geq 9分，則進一步詢問其口渴程度，以口頭詢問病人是否口渴，若嚴重口渴為10分，無口渴為0分，現在的口渴程度為幾分。統計口渴程度總計口渴分數 \geq 4分的病人共有534人(40%)(表五)。

專案成員進一步以病歷查閱方式，逐一查閱1,335位病人之麻醉護理紀錄單、手術護理紀錄單及恢復護理紀錄單，並以文獻查證為依據，分析誘發病人口渴因素。結果顯示1,335位病人中，術前禁食 \geq 8小時占100%、術中使用鴉片類及抗

膽鹼藥物占82.3%、插管麻醉需長時間張口占52.7%、有糖尿病史占9.2%、出血量 \geq 350ML占1.9%、使用利尿劑1.6%、嘔吐1.0%、鼻部手術需張口呼吸0.7%、發燒0.1%。

三、護理師處理全身麻醉術後病人口渴的現行做法

單位未設置全身麻醉術後病人的口渴照護標準。為了解單位護理師提供全身麻醉術後病人口渴照護措施的過程，專案成員於2023年5月2-9日，以實際觀察方式觀察單位13位護理師(排除專案成員)執行口渴照護的作法，統整如下：當病人清醒後若有主訴口渴，少數護理師會依個人經驗給予不同措施，包含拿取大棉棒沾水潤濕病人嘴唇或給病人吸吮，或以小藥杯裝10-30ml的開水給病人飲用；有的護理師則是因為忙碌而無法提供任何緩解口渴的措施。專案成員同時也發現100%的護理師都不會主動評估病人的口渴程度。

四、護理師提供全身麻醉術後病人口渴評估與緩解措施之執行率

為了解單位護理師進行全身麻醉術後病人口渴評估與提供緩解措施之執行現況，專案成員參考Nascimento等學者(2014)發展之口渴管理安全方案並與單位主管討論後，共同制定「全身麻醉術後病人口渴評估與照護查檢表」，於2023年5月2-9日由3位專案成員於三班觀察單位13位護理師的執行率，結果發現平均執行率僅61.5% (表六)。

五、護理師對全身麻醉術後病人口渴照護的認知情形

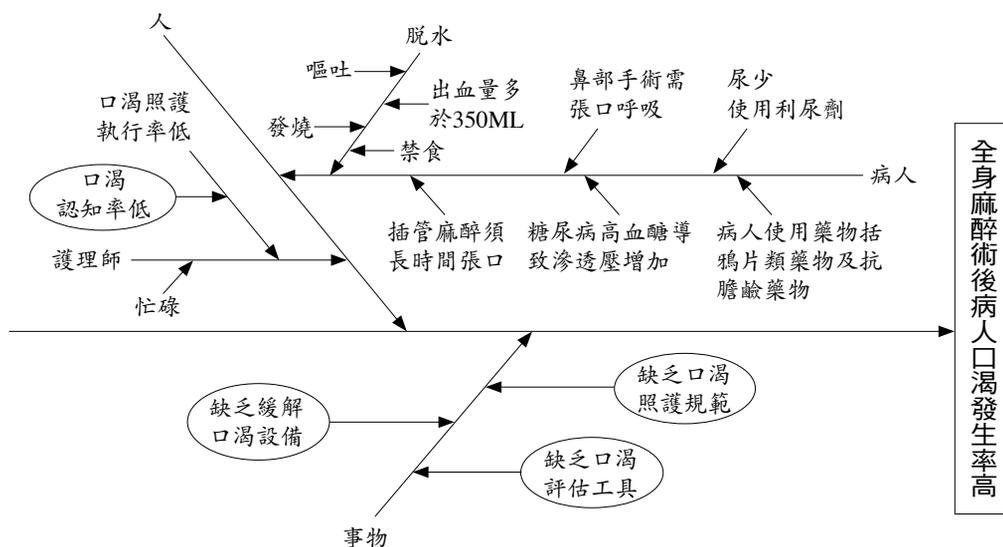
為了了解護理師對全身麻醉術後病

人進行口渴評估與提供緩解措施執行率低的原因，專案成員參考了相關文獻研擬「全身麻醉術後病人口渴照護知識問卷」，共5題單選選擇題，內容涵蓋口渴的生理機轉、危險因子、評估方法及照護措施等，並由2位具麻醉術後照護經驗的主管及1位具研究專長的護理師審閱。專案團隊於2023年5月2日將問卷發放給單位13位護理人員填寫。結果顯示，護理人員口渴照護認知平均正確率為84.6%(表七)。

問題及導因確立

根據上述現況分析結果，以人、事、物進行歸納整理，繪製出「全身麻醉術後病人口渴發生率高」之特性要因圖(圖一)。經3位專案成員共識圈選出「全身麻醉術後病人口渴發生率高」之常見原因共6項，再由專案成員於2023年6月2-5日以半結構式問卷訪談單位13名護理人員執行口渴護理措施之困境(複選題，如表一)。訪談結果顯示，有100%的護理人員認為單位缺乏口渴照護標準流程、100%表示單位缺乏相關在職教育、100%認為單位缺乏口渴評估工具、76.9%認為缺乏緩解口渴設備。經統整分析，確認造成全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率高的原因包括「缺乏口渴照護規範」、「護理師口渴照護認知率低」、「缺乏口渴評估工具」、「缺乏緩解口渴的設備」。另病人端導因為手術全期必要之醫療處置，故未列入改善項目。

圖一
全身麻醉術後病人口渴發生率高之特性要因圖



表一
單位護理師對全身麻醉術後病人口渴照護困境

原因	護理人員訪談摘要	人數(%)
1. 缺乏照護規範	單位沒有規範要怎麼做，導致不清楚何時進行口渴評估及提供緩解措施	13 (100%)
2. 缺乏在職教育	無相關教育課程與訓練，只能靠個人經驗或經驗傳承處理	13 (100%)
3. 缺乏口渴評估工具	大家的問法不太一樣，有人只問會不會口渴？有人會用0-10分詢問	13 (100%)
4. 缺乏緩解口渴設備	無固定緩解口渴用具（如濕棉棒、小藥杯等），且現有的設備不好用，例如用小藥杯喝水時容易從嘴角漏出來弄濕病人衣服，造成照護執行不便	10 (76.9%)
5. 認為口渴問題不重要	相較於病人術後低體溫、生命徵象不穩定等問題，口渴沒有及時處理的必要性，所以等病人有要求的時候再處理就好	5 (38.5%)
6. 工作忙碌	在業務量巔峰的時間，除了要跟手術室、病房交班外，還要處理其他病人的問題，就算病人有口渴的主訴，也沒辦法馬上提供解渴措施	3 (23.1%)

註：n = 13

專案目的

本專案旨在降低全身麻醉術後病人口渴的發生率。本專案將口渴的操作定義設定為口渴VAS分數 ≥ 4 分。根據張等

(2024)於醫學中心麻醉後恢復室進行的口渴改善專案文獻中發現，該單位設置於手術室旁，病人轉送距離短，有助於迅速啟動術後照護流程，且接收全身麻醉病人比例高達90.1%，與本院恢復室的

病人特性相近，又該醫學中心透過落實標準化等措施實施成效良好，術後病人口渴發生率控制在25%以下，故以該文獻為標竿學習對象。考量本院目前的發生率為40%【口渴發生率=(口渴4分以上病人數÷收案病人數)*100%】，故本專案目標為降低全身麻醉術後病人口渴發生率由40%至25%。

文獻查證

一、全身麻醉術後病人發生口渴的相關因素與評估

「口渴」是一種生理和主觀上想要攝取液體的渴望，以維持身體體液的平衡，引起手術後病人發生口渴的原因是多方面的，包含全身麻醉方式、手術前的禁食時間、手術中使用的glycopyrrolate類藥物、手術全期體液的平衡狀態、張口呼吸、糖尿病史等(Alves do Nascimento et al., 2021)。除了手術相關的因素外，若護理人員未即時評估病人口渴的程度、對口渴照護的知識不足、或單位缺乏緩解口渴的設施和照護規範，都可能使病人口渴不適的感覺更加強烈(張等，2024)。

口渴程度視覺類比量表(visual analogue scale, VAS)是目前廣泛用來評估手術後病人口渴程度的工具，以口渴困擾量表(thirst distress scale, TDS)衡量效標效度，結果顯示口渴程度VAS和TDS分數間有顯著相關(相關係數= 0.66, $p < .001$)，VAS分數最低0分(無口渴)，最高10分(非常口渴)，分數介於4-6分為中度口渴，7-10分為重度口渴。VAS分數 ≥ 4 分可視為需提供緩解口渴措施的標準(張等，

2024; Carey et al., 2021)。

二、降低全身麻醉術後病人口渴發生率之改善策略

經評估手術後病人的意識清楚、可依照指示咳嗽及運用胸腹肌肉呼吸、能自主吞嚥、沒有噁心嘔吐情形後，護理人員即可以提供病人改善口渴的措施，並每15分鐘評估病人口渴的改善程度(張等，2024; Nascimento et al., 2014)。文獻綜整結果發現：口含冰塊、生理食鹽水紗布、口含無糖薄荷糖果等措施，都可有效改善全身麻醉術後病人的口渴情形(Silva et al., 2022; Wang et al., 2023)。為了使護理人員能依循規範提供一致的照護措施，應建立並實施標準作業規範，明訂評估工具、評估頻率、照護措施等項目，並將評估與照護結果記載於電子病歷系統(張等，2024)。此外，也應該提供持續的教育訓練、案例討論、設置解渴套裝措施等，以提高護理人員對口渴問題的瞭解與重視，進而有效管理病人術後口渴的問題(張等，2024; Aslan & Özkan, 2025)。

解決辦法及執行過程

專案成員依據現況分析結果及參考相關文獻，提出改善方案並採決策矩陣圖進行分析，依照可行性、經濟性、效益性、圈能力四個面向，每項以5、3、1分為評分標準，由專案成員3人給分，且共識採70%圈員改善能力，總分達42分以上為採行對策(表二)。執行過程依計畫期、執行期、評值期進行，對策執行進度如表三。

表二
降低全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率之決策矩陣圖

導因	對策方案	可行性	經濟性	效益性	圈能力	總分	採行
1.缺乏口乾照護規範	1.制定口乾照護作業標準流程	13	9	13	15	50	✓
	2.定期公告病人口渴發生率並討論原因	11	15	11	15	52	✓
	3.修訂麻醉術後規範	7	5	8	5	22	
	4.沿用現有口乾照護方式	11	9	9	11	40	
2.護理師口乾認知率低	1.舉辦口乾照護護理在職教育	13	11	11	13	48	✓
	2.舉辦口乾體驗活動	15	13	13	15	56	✓
	3.選定單位口乾防治種子人員	9	9	11	9	38	
3.缺乏口乾評估工具	1.製作口乾評分量表	15	11	13	13	52	✓
	2.於資訊系統增設口渴評估與措施紀錄欄位	13	13	13	13	52	✓
4.缺乏緩解口乾的設備	1.添購空氣加濕器	5	3	5	5	18	
	2.增設緩解口乾相關用物-冰塊、無糖糖果和生理食鹽水紗布	13	11	11	15	50	✓
	3.增設緩解口乾設備放置處理區	13	13	11	13	50	✓

表三
對策執行進度甘特圖

項目	月份	9月		10月		11月		12月		
	週次	3	4	1	2	3	4	1	2	3
計畫期	1.籌畫口渴體驗活動		▶							
	2.規劃口渴護理在職教育		▶							
	3.護理資訊系統增設口渴評估結果與措施執行欄位		▶▶							
	4.制定口渴照護作業標準流程		▶▶							
	5.製作口渴視覺類比量表		▶▶							
	6.規劃提供緩解口渴相關用物及放置區域			▶						
	7.規劃公告病人口渴發生率並討論原因			▶						
執行期	1.舉辦口渴體驗活動			▶						
	2.舉辦口渴護理在職教育				▶					
	3.宣導並執行口渴評估結果於資訊系統記錄欄					▶				
	4.執行口渴照護作業標準流程						▶▶			
	5.運用口渴視覺類比量表						▶▶			
	6.提供緩解口渴相關用物						▶▶			
	7.定期公告病人口渴發生率並討論原因							▶		
評值期	1.評估改善成效							▶▶▶▶▶		
	2.評值與討論							▶▶▶▶▶		

一、計畫期：2023年9月15日至2023年9月28日

(一)籌畫口渴體驗活動：

為使護理師能理解麻醉術後病人口渴的不適以及各解渴措施的合適性，專案成員於2023年9月15-22日規畫口渴體驗活動，預計體驗內容包括讓護理人員口含冰塊或無糖薄荷糖果並計算融化所需時間、使用後口渴緩解程度。

(二)規劃全身麻醉術後病人口渴護理在職教育：

專案小組成員於2023年9月18-22日規劃「全身麻醉術後病人口渴護理」在職教育，舉辦方式由專案成員擔任講師，上課對象為恢復室全體護理人員，於單位會議室進行1小時課程，講授內容包含口渴機轉與誘發麻醉術後病人口渴的因素、緩解口渴的重要性、口渴護理措施等並課後進行問題討論。

(三)於護理資訊系統增設口渴評估結果與措施執行欄位：

為評估病人口渴緩解程度及考量照護延續性，2023年9月15-22日專案成員與護理長討論將口渴程度評估結果增設於護理資訊系統的可能性。經由護理長與資訊系統工程師共同討論後為可行，故將執行措施前後的口渴評估分數和介入措施，增列於護理資訊系統欄位，預計9月23日於單位公告周知護理人員，10月01日正式上線實施。

(四)制定口渴照護作業標準流程：

專案成員查閱文獻後，於2023年9月15-22日與護理長討論並制定「全身麻醉術後恢復室病人口渴照護作業標準流程」(圖二)，內容明訂經評估病人意

識、咳嗽、吞嚥、噁心/嘔吐情形，並考量病人是否可由口進食、寒顫或低體溫情形而提供不同解渴措施。提供措施時需抬高病人床頭、評估病人是否有嗆咳情形，並於15分鐘後評估口渴緩解程度直到病人離開恢復室。若未緩解，可再次給予冰塊或無糖薄荷糖果直到口渴緩解。此作業標準流程由護理長向各外科及麻醉科主任說明並取得同意後，協助佈達給各外科主治醫師知悉，若有問題可與專案成員討論。

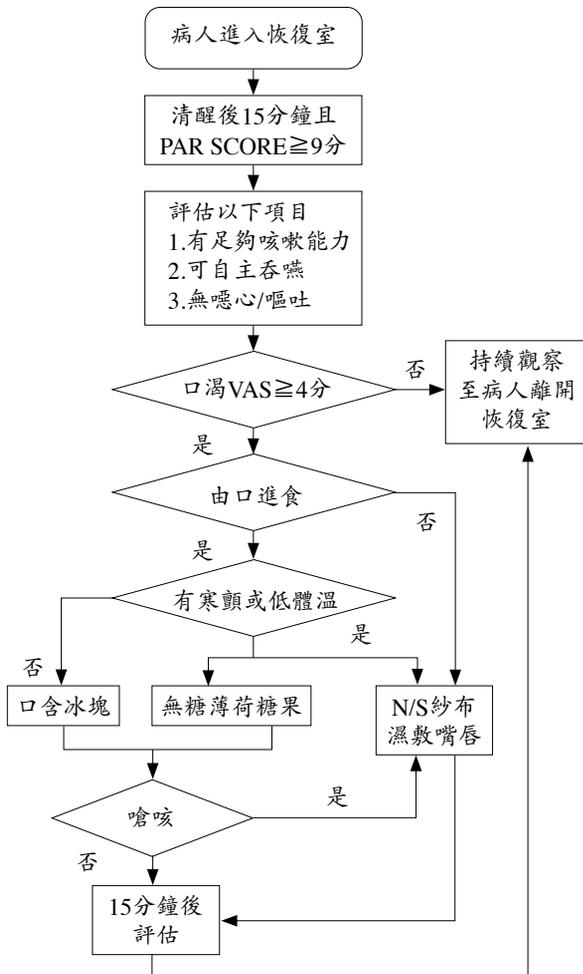
(五)製作口渴視覺類比量表：

為使口渴的概念更為具象化，2023年9月15-22日專案成員參考相關文獻資料後設計「口渴視覺評分量表」，除了以數字呈現口渴程度外(0分為完全不口渴、10分為非常口渴，分數越高代表口渴程度越高)，考量老年人較難以數字表達感受，故在量表上增加水杯水量的圖示，水量越多代表口渴程度越高(圖三)。為使護理師方便使用評估工具，故將口渴視覺評分量表黏貼在塑膠瓦楞板卡的正反面，並放在每台護理行動車上。

(六)規劃提供緩解口渴相關用物及放置區域：

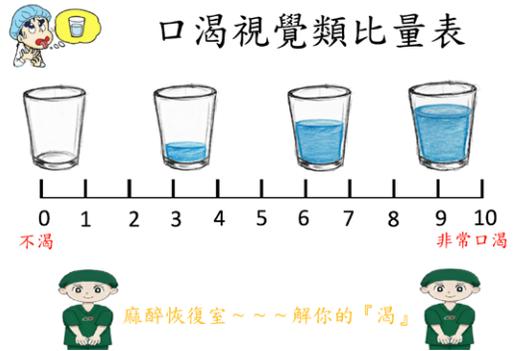
專案成員經文獻查證確認口含水分、冰塊、生理食鹽水紗布、漱口水、使用檸檬酸噴霧、薄荷醇類產品、口含無糖糖果均可有效安全的改善病人口渴問題，但因目前市面上無食用級的檸檬酸噴霧，若自行調劑可能會有濃度過高造成病人傷害的疑慮；此外，專案成員親自使用薄荷漱口水後，覺得口感微辣，病人的接受度可能不高，而且躺著吐出

圖二
全身麻醉術後恢復室病人口渴照護作業標準流程



漱口水時會弄濕衣服並讓病人更不舒服，因此決議採用冰塊、生理食鹽水紗布、無糖薄荷糖果作為解渴措施。專案成員與護理長於2023年9月20-22日開會討論解渴措施並取得同意後，便開始規劃製作流程與擺放區塊。考量無糖薄荷糖果的保存環境和衛生性，預計購買單

圖三
口渴視覺類比量表



顆獨立包裝的無糖薄荷糖果並裝在密封收納罐，放置地點為護理準備室的藥用冰箱上，以利隨時拿取使用。冰塊的製作預計由大夜班護理人員負責，以飲水器的開水製作，完成的食用冰塊預計放置於護理準備室冰箱冷凍庫上層食用冰塊區內。紗布及生理食鹽水仍放置於單位換藥車及庫房區方便取用。

(七) 規劃公告病人口渴發生率並討論原因：

為持續追蹤病人口渴的改善程度，2023年9月25-28日專案成員與護理長討論資料分析、公告和討論的方法及頻率。初步擬定專案成員每月統計全身麻醉術後病人口渴VAS分數 ≥ 4 分的發生率，並將分析結果公告給單位護理師。

一、執行期：2023年10月04日至2023年11月03日

(一) 舉辦口渴體驗活動：

為使所有護理人員都能參與口渴體驗活動，專案成員於2023年10月2-4日於交班時舉辦口渴體驗活動，參與活動前1小

時請護理師盡量勿攝取液體。活動開始後每位護理師均獲得一顆無糖薄荷糖果以及冰塊、口渴體驗單。開始口含冰塊或無糖薄荷糖果後，護理師須開始計時完全融化所需時間、口渴緩解程度、將當下感受填寫於口渴體驗單中。10月4日所有護理師均完成體驗活動，統計後發現口含冰塊的接受性高，冰塊融化時間約為1-5分鐘，但護理師表示口含5ml冰塊太大，故專案成員改以3ml飲用水製作冰塊，大小約 $1.7 \times 1.5 \times 0.7\text{cm}$ ，於10月6日請3位護理師再次體驗後發現冰塊融化時間約為1-3分鐘，冰塊尺寸適合，平均口渴程度由6.6分下降至3.1分；口含無糖薄荷糖果的接受性和合適性都不錯，融化時間約為6分鐘，人員表示口含無糖薄荷糖果後，覺得口內有清涼微甜感，可增加唾液分泌及緩解口渴，平均口渴程度由6.7分下降至3.3分。

(二)舉辦全身麻醉術後口渴護理在職教育：

2023年10月12日於單位會議室進行「全身麻醉術後病人口渴護理」在職教育。由專案組長擔任講師，共有7人參與，6人因休假及夜班未能出席，課程滿意度為97.6%。課後將課程資料放置於護理站資料夾供同仁查閱，並於當日大交班公告與宣導未能參與課程者須於10月15日前自主學習翻閱課程資料，單位13位護理師均於10月15日前完成課程。

(三)宣導並執行口渴評估結果於資訊系統記錄欄：

2023年10月16-20日病房大交班時，由專案成員宣導於護理資訊系統紀錄口渴評估與照護的方式，口渴評估分數為單選，介入措施可複選，若有給予介入措

施，需再次點選措施後之口渴分數。

(四)執行口渴照護作業標準流程：

2023年10月23日至11月3日白班和小夜大交班時，由專案成員於護理站宣導說明口渴照護護理作業流程及注意事項。因護理人員陸續提出流程不易記住的問題，故討論後決議將口渴視覺評分量表和口渴照護作業標準流程分別黏貼在塑膠瓦楞板卡的正反面，放置於每台護理行動車以供單位護理師熟悉及配合執行。

(五)運用口渴視覺類比量表：

專案成員於2023年10月23日至11月3日大交班時介紹口渴評估工具，評估時請病人說出口渴分數，無法說話或老年病人，可用手指指出口渴程度，護理師再藉由圖片及數字量化口渴程度。

(六)提供緩解口渴相關用物：

專案成員於2023年10月23日至11月3日使用製冰格裝3ml飲用水製作冰塊後，儲存在加蓋的封盒，外盒貼有「食用冰塊」標誌，存放於冰箱冷凍層；無糖薄荷糖果則放在專用密封收納盒內，外盒貼有「專案用無糖薄荷糖果」標誌，放置於藥用冰箱上方供護理師拿取；若病人術後無法由口進食，則使用生理食鹽水20ml沾濕 2×2 紗布，以不滴水為原則覆蓋於病人嘴唇，口渴緩解後即移除。

(七)定期公告病人口渴發生率並討論原因：

2023年11月6日開始，專案成員於次月5日前統計上個月全身麻醉術後病人口渴VAS分數 ≥ 4 分發生率，並於交接班時公告周知，以讓護理人員能理解病人的反應，並了解到自己所提供的解渴措施

不僅具有實質意義，也能有效提升病人的舒適感，也分享病人對不同解渴措施的回饋與使用心得，促進團隊討論與交流。

三、評值期：2023年11月20日至2023年12月19日

2023年11月20日至12月19日由專案成員於護理資訊系統擷取病人口渴程度的資料，並以「全身麻醉術後病人口渴評估與照護查檢表」為工具，稽核13位護理人員對全身麻醉術後病人口渴評估及照護的執行率。同期間亦以「全身麻醉術後病人口渴照護問卷」評值單位13位護理人員的口渴照護認知程度。

結果評值

一、全身麻醉術後轉出恢復室病人口渴VAS分數 ≥ 4 分之發生率：2023年11月

20日至12月19日全身麻醉手術後進入麻醉恢復室的病人共有1,349位，排除50位病人因有認知功能障礙、意識不清等原因而未收案，最後共有1,299位病人接受口渴評估。總計口渴VAS分數 ≥ 4 分的病人共有110人(8.5%)。與專案實施前相比，口渴VAS分數 ≥ 4 分的發生率由40%降為8.5%(表四、表五)，較設定目標值25%低，目標達成率為210%。

二、護理師對全身麻醉術後病人口渴評估執行率：專案成員於2023年11月20日至12月19日於麻醉恢復室運用「全身麻醉術後病人口渴評估與照護查檢表」評值單位護理師的執行率。透過專案成員查閱護理資訊系統的麻醉恢復記錄，結果發現平均執行率達100%(表六)，比專案執行前的執行率上升38.5%。

三、護理師口渴照護認知程度：專案成

表四
專案實施前後全身麻醉術後病人口渴程度

VAS分數	實施前 (2023.5.2-2023.5.31)		實施後 (2023.11.20-2023.12.19)		效果維持 (2024.1.1-2024.4.30)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0-3分	801	60.0	1189	91.5	4555	94.7
4-6分	354	26.6	95	7.3	217	4.5
7-10分	180	13.4	15	1.2	37	0.8
Total	1335	100.0	1299	100.0	4809	100.0

表五
專案實施前後全身麻醉術後病人口渴分數 ≥ 4 分之改善情形

VAS分數	實施前 (2023.5.2-2023.5.31)		實施後 (2023.11.20-2023.12.19)		效果維持 (2024.1.1-2024.4.30)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
≥ 4 分	534.0	40.0	110.0	8.5	254.0	5.3

員於2023年11月15-20日以「全身麻醉術後病人口渴照護問卷」為工具，於三班交接班後由專案成員發放問卷給13位護理人員填寫，平均正確率為98.5%(表七)，比專案執行前的認知正確率提升13.9%。

四、效果維持與護理專業貢獻：統計2024年1月1日到4月30日全身麻醉手術後病人共有4,943位，排除134位病人因有認知功能障礙、意識不清等原因而未收案，最後共納入4,809位病人，口渴VAS分數 ≥ 4 分共254位，發生率持續降為

5.3%(表五)，且沒有病人出現噁心、嘔吐等副作用，由此結果顯示，解渴措施能有效降低病人在麻醉恢復期的口渴程度，並改善病人的術後舒適度。此外，每人次使用解渴措施的成本不到2元，具有高度的成本效益。部分病人在第二次手術後於恢復室清醒時，主動向護理人員表達需求解渴措施，這顯示解渴措施不僅獲得病人的認同，也反映出病人對護理照護的信賴與滿意度，此為對護理專業之貢獻。

表六
全身麻醉術後病人口渴評估與緩解措施執行率

題項	前測執行率%	後測執行率%
1.評估意識狀態	100.0	100.0
2.評估吞嚥能力	0	100.0
3.評估咳嗽力氣	76.9	100.0
4.評估病人是否有噁心問題	100.0	100.0
5.評估病人是否有嘔吐問題	100.0	100.0
6.提供緩解口渴措施	46.2	100.0
7.觀察是否有嗆咳情形	46.2	100.0
8.提供緩解口渴措施後是否再次評估	23.1	100.0
平均執行率	61.5	100.0

註： $n = 13$ ；執行率=(有執行人數 / 護理師總人數) $\times 100\%$

表七
護理師對全身麻醉術後病人口渴照護認知前後測

題項	前測正確率%	後測正確率%
1.術後影響口渴的原因	84.6	100.0
2.改善口渴的措施有哪些?	92.3	100.0
3.哪些疾病會增加術後口渴程度?	84.6	100.0
4.口渴的生理機轉?	76.9	92.3
5.口渴的評估	84.6	100.0
平均正確率	84.6	98.5

註： $n = 13$ ；正確率=(正確人數 / 護理師總人數) $\times 100\%$

討論與結論

本專案目的為降低全身麻醉術後恢復室病人口渴發生率，過程中除了制定口渴照護作業標準流程、舉辦在職教育及口渴體驗活動等措施外，也運用實證知識轉譯概念，在「創造知識」的階段，透過實證文獻搜尋和評讀，確認有效的口渴評估工具和解渴措施；在「應用知識」的階段，運用解渴措施包括冰塊、無糖薄荷糖果和生理食鹽水紗布，將全身麻醉術後病人口渴VAS分數 ≥ 4 分的發生率由40.0%降至8.5%，有效降低病人口渴的發生。此外，解渴措施不僅獲得麻醉科和外科醫師支持，資訊人員協助於護理資訊系統建置評估記錄表單，讓護理人員更能快速的紀錄和評估病人口渴程度，使照護能更加完整及持續，此為專案執行之助力。

然而華人文化的養生觀念根深蒂固，對於可能影響氣血循環的冰冷食物（如冰塊）有所顧慮，加上冬季和恢復室的氣溫較低，部分術後病人，特別是年長者或女性，對冰冷食物的接受度較差，這成為專案執行過程中的阻力，故我們選擇同時以無糖薄荷糖果作為替代之解渴措施。此外，術後病人在恢復室的停留時間較短，平均停留時間約為60分鐘，無法長時間追蹤病人口渴的改善情況，此為專案的限制。

在護理實務方面，為提升全身麻醉術後病人的照護品質與舒適度，建議發展「術後口渴風險評估量表」，由病房護理人員於術前進行前端評估及辨識高風險個案並記錄於護理資訊系統，做為

術後恢復室護理人員照護口渴病人的依據。也建議與麻醉科、外科與護理部門共同制定的解渴照護標準流程，透過跨部門的合作，一同提升麻醉術後病人的照護品質。

參考資料

- 張珈瑜、許齡方、倪育涵、馮嘉瑩、楊季儒、趙安怡、蕭偉伶(2024)·降低麻醉術後恢復室病人口渴程度·*台灣醫學*，28(1)，81-92·[https://doi.org/10.6320/FJM.202401_28\(1\).0010](https://doi.org/10.6320/FJM.202401_28(1).0010)
- Alves do Nascimento, L., de Oliveira Lopes, M. V., & Fahl Fonseca, L. (2021). Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(4), 253 - 261. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>
- Aslan, B., & Özkan, M. (2025). Effect of frozen saline and menthol gum on thirst level after abdominal surgery: A mixed-methods study. *Nursing in Critical Care*, 30(2), e13288. <https://doi.org/10.1111/nicc.13288>
- Belete, K. G., Ashagrie, H. E., Workie, M. M., & Ahmed, S. A. (2022). Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00476-5>
- Carey, S., Waller, J., Wang, L. Y., & Ferrie, S. (2021). Qualifying thirst distress in the acute hospital setting-validation of a patient-

reported outcome measure. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(4), e38-e44.

Nascimento, L. A. do., Fonseca, L. F., Rosseto, E. G., & Santos, C. B. dos. (2014). Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(5), 834 - 843. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>

Silva, T. T. M. da ., Dantas, J. K. dos S., Ara jo, S. C. M. de ., Silva, S. de O., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). Strategies for

thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4), e20220154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154>

Wang, R., Wang, L., Liu, T., & Peng, C. (2024). Effects of menthol on thirst during surgery patients fasting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Practice*, 30(3), e13191. <https://doi.org/10.1111/ijn.13191>

靜
思
語

沒做壞事是人的本分，
心好卻不付諸行動，等於沒做一樣。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Not harming others is but our duty.
Having a good heart without doing good things
is still equal to doing nothing at all.

~ Master Cheng Yen ~



Reducing the Incidence of Thirst in Patients in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) Following General Anesthesia

Yen-Hsueh Chen¹, Ya-Ching Fang², Chi-Chin Chiu³, Tzu-Chia Lin⁴

ABSTRACT

Thirst is a common complaint among postoperative patients. If not assessed and managed in a timely manner, it may lead to issues such as patient anxiety, restlessness, and discomfort. Statistical data shows that the incidence of thirst scores ≥ 4 in patients after general anesthesia is as high as 40%, which has sparked the motivation for improvement, aiming to reduce the incidence of thirst scores ≥ 4 in these patients. Current analysis reveals several contributing factors, including the lack of standardized protocols for thirst management, the absence of thirst assessment tools and relief equipment, and low awareness of thirst care among nurses. Improvement measures were formulated and implemented, including providing thirst relief measures (ice chips, sugar-free mints, and saline gauze), organizing thirst experience sessions and in-service education, utilizing information systems to record thirst assessment results and interventions, establishing a standardized care process for thirst management, and applying the Thirst Visual Analogue Scale. After the implementation of the program, the incidence of thirst scores ≥ 4 in patients after general anesthesia decreased to 8.5%. It is recommended that effective and safe thirst relief measures be expanded to all hospital wards to enhance the quality of care during the anesthesia recovery period. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:1, 107-120)

Keywords: general anesthesia, thirst, post-anesthesia room

RN, BSN, Post-Anesthesia Room, Department of Nursing, Chia-Yi Christian Hospital¹; RN, BSN, Leader, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital²; RN, BSN, HN, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital³; RN, Academic Counselor, Department of Nursing, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital⁴

Accepted: August 18, 2025

Address correspondence to: Tzu-Chia Lin No. 539, Zhongxiao Rd., East Dist., Chiayi City 600566, Taiwan
Tel: 886-5-276-5041 #1256 E-mail: 11518@cych.org.tw