

# 高龄患者手术室护理风险因素分析及干预对策研究

孙俊文

新疆生产建设兵团第七师医院 新疆 奎屯 833200

**【摘要】**目的：深入研究高龄患者在手术室护理中存在的一些潜在风险因素，分析有针对性的护理干预措施的临床效果和实用价值。方法：用回顾性分析的方法，选择在我院收治的2022年1月至2023年12月间年龄 $\geq 70$ 岁的120例高龄手术患者为研究对象。根据护理模式不同将患者分为对照组和实验组，每组各60例。对照组为2022年1月—12月期间收治的患者，实验组为2023年1月—12月期间收治的患者，对照组、实验组均采用常规护理措施，但对实验组进行系统的风险因素分析及针对性护理干预措施的提出。比较两组患者手术室期间护理不良事件发生情况，评价患者和手术医师对护理工作满意程度。结果：实验组患者在手术室期间出现术中低体温、皮肤压疮、神经牵拉损伤和管路滑脱等护理不良事件的总发生率为3.33%，比对照组的18.33%要低很多，组间数据差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。从满意度调查结果可知，实验组患者的护理满意度为96.67%，显著高于对照组的80.00%（ $P < 0.05$ ），主刀医师对实验组手术室护理配合的满意度为98.33%，也比对照组的83.33%要高得多，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：针对高龄手术患者，从系统角度分析出手术室护理的风险因素，并据此提出细致化、有针对性的护理干预措施，可以有效地防止术中出现安全问题，大幅度地降低不良事件的发生，也明显提高了医患双方的满意度，对保证高龄患者手术的安全有着无法取代的临床意义。

**【关键词】**：高龄患者；手术室护理；风险因素；干预对策；护理安全

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.054

## 1 引言

伴随着我国人口老龄化的不断加深，临床上接受外科手术治疗的高龄患者数量也呈明显上升趋势<sup>[1]</sup>。高龄不单指年龄增大，它还标志着机体各个生理机能的全面衰退，即心肺代偿能力降低，血管弹性变差，皮肤组织变薄，体温调节中枢功能减退等<sup>[2]</sup>。另外，高龄病人常伴发高血压、糖尿病、冠心病等基础性疾病，这些都会使他们的手术耐受力大为下降。手术室是医院对病人施行手术治疗、抢救的重要场所，它的环境特殊、仪器繁杂、操作有创，任何一个环节出现问题都会对高龄患者造成极大的伤害<sup>[3]</sup>。

## 2 一般资料与方法

### 2.1 一般资料

本文选取在本院进行常规择期或者急诊手术治疗，从2022年1月到2023年12月的120名高龄患者为研究对象。纳入标准为年龄 $\geq 70$ 岁，有明确的外科手术指征，在我院中心手术室行手术治疗，ASA分级I-III级，临床病历、手术麻醉记录、护理文书等资料齐全。排除标准为术前有严重意识障碍、精神分裂症或者严重阿尔茨海默病，不能配合评估者；术前已经出现不可逆的多脏器功能衰竭。根据实施护理管理模式的时间节点和方法不同，把所有的入组患者分为对照组（60例）和实验组（60例）。对照组男32女28，年龄70-86岁，平均（76.45 $\pm$ 4.12）岁，骨科手术22例、普外科手术19例、泌尿外科手术12例、其他外科手术7例。实验组男34例，女26例；年龄在70~88岁之间，平均年龄为（76.82 $\pm$ 4.05）岁；手术类型有骨科手术21例、普外科手术21例、泌尿外科手术13例、其他外科手术5例。对上述两组患者性别构成比例、平均年龄范围、

手术种类分布、ASA麻醉风险分层等基本资料做严格的统计学检验，结果表明各组间无统计学差异（ $P > 0.05$ ），说明两组样本具有较好的临床可比性，为后面实验数据的科学比较打下了基础<sup>[4]</sup>。

### 2.2 护理干预对策（实验组应用）

#### 2.2.1 术前精细化风险评估与心理干预

对照组患者（主要为2022年1月至12月期间收治）采取手术室常规护理干预，就以上总结出的风险因素，实验组在患者进入手术室之前就开始实行了前置性的精细风险拦截措施。巡回护士要在手术前一天到病区对患者进行全方位的访视，摒弃以前只核对基本信息的敷衍行为<sup>[5]</sup>。护士用Braden压疮风险评估量表、Morse跌倒风险评估量表和Caprini血栓风险评估模型对高龄患者皮肤状况、肢体活动能力以及凝血基础等各方面进行详细的量化打分。对评分高危者立即在手术室护理信息系统里打上醒目的预警标签，准备好相应的减压垫和保暖设备。高龄患者由于害怕死亡、对陌生的仪器有畏惧心理，所以会非常紧张、血压剧烈波动。访视护士要温和、舒缓、语速适中地向患者展示手术室图片和保暖措施，详细说明麻醉安全问题。

#### 2.2.2 术中体温管理与皮肤保护机制

实验组形成了一个严密的立体化体温保护、皮肤减压管路。患者进入手术室之前，巡回护士已经提前30分钟将室温调节到适合老年人的24 $^{\circ}\text{C}$ ~25 $^{\circ}\text{C}$ ，患者完成麻醉诱导和无菌敷料覆盖之后，按照主刀医生的着装要求和术中情况将室温逐渐稳定在21 $^{\circ}\text{C}$ ~23 $^{\circ}\text{C}$ 。皮肤暴露环节严格遵循最小范围暴露的原则，非手术区域全部用医用高分子充气保温毯持续覆盖，并开

启适合档位的暖风机。所有需要静脉输注的晶体液、胶体液以及用于腹腔或胸腔冲洗的无菌生理盐水，都必须提前放在恒温医用加温箱里预热到 37℃，从源头上防止冷源直接进入体内。彻底抛弃传统的硬质布垫，全部采用高科技医用高分子凝胶垫。根据患者手术体位，在枕部、肩胛部、骶尾部、足跟等所有的受压骨突处准确垫入凝胶垫。

### 2.2.3 体位摆放规范与转运安全控制

体位摆放及转运交接时使用统一的、指令式的安全操作流程。全麻诱导后体位摆放时，必须有麻醉医师保护患者头颈部和气管导管，两名以上护理人员在主刀医生的配合下，严格按照人体正常的生理轴线进行同步、缓慢的翻身或者肢体移动。尤其摆截石位的时候，双下肢同时抬起，同时放平，外展角度不得小于 90 度，在腘窝处垫上软绵绵的海绵垫子以避免腓总神经被压迫，在侧卧位时注意腋下悬空，防止臂丛神经和腋部血管受压。患者转运全过程使用带有安全护栏的现代化液压转运床，过床时使用专用过床滑板，严禁生拉硬拽。转运前巡回护士要对所有的静脉通路、导尿管、伤口引流管做双重“S”形高弹力胶布固定，把它们安全地放在转运床的安全位置上，防止在移动过程中因为牵扯而造成管路意外拔出。

### 2.3 观察指标

不良事件发生率、综合满意度两个主要方面。由专人对两组术中低体温（核心体温<36℃）、皮肤压疮、神经牵拉损伤和管路意外滑脱的发生情况进行统计。用统一效度问卷双向测评患者和主刀医师的满意度，满分 100 分，得分为≥85 分者为满意，根据满意度计算满意率（满意例数/总例数×100%）。

### 2.4 统计学方法

数据统一用 SPSS 23.0 软件处理。符合正态分布的计量资料（年龄）用（ $\bar{x} \pm s$ ）来描述，行独立样本 t 检验；计数资料（性别、手术种类、不良事件、满意度等）用频数和百分比（%）来表示，行  $\chi^2$  检验。当  $P < 0.05$  时，判定组间差异有统计学意义。

## 3 两组患者基线资料比较

经过系统的分析，对照组和实验组患者的性别构成比例、平均年龄、ASA 麻醉风险分级、主要手术类型等基线资料的比较，差异均没有统计学意义（ $P > 0.05$ ）。客观上证实两组样本的特征高度相似，具有完全的临床可比性，可以有效地排除由于基线特质的不同所引起的偏差，具体见表 1。

表 1 两组高龄患者一般基线资料比较

组别	对照组	实验组	检验值	P 值
例数	60	60	-	-
性别(男/女)	32/28	34/26	$\chi^2=0.136$	$>0.05$

年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	76.45±4.12	76.82±4.05	$t=0.496$	$>0.05$
ASA 分级(I/II/III)	11/29/20	13/27/20	$\chi^2=0.231$	$>0.05$
手术类型 (骨科/普外/泌尿/其他)	22/19/12/7	21/21/13/5	$\chi^2=0.485$	$>0.05$

### 3.1 两组患者手术室护理不良事件发生率比较

经过截然不同的护理管理策略之后，质控数据的汇总分析显示出了两个组别之间手术室安全管理效果的巨大差距。对照组在常规护理模式下，共出现护理不良事件 11 例，其中术中低体温 5 例，因长时间局部压迫造成的皮压疮 4 例，体位摆放不正确引起的轻度神经牵拉损伤 1 例，在过床转运时发生的静脉导管滑脱 1 例，总不良事件发生率为 18.33%。与之相比，对实验组进行了全过程、有针对性的风险阻断干预后，实验组不良事件的发生率明显下降。实验组只发生了一例低体温、局部皮肤微红的轻微压疮，没有出现严重的压疮、管路滑脱等不良事件，总不良事件率由原来的 50% 降至 3.33%。使用卡方检验对两组总发生率进行统计学比较，得到  $\chi^2=6.988$ ,  $P=0.008$  ( $P < 0.05$ )，说明实验组护理安全性比对照组好，干预效果确切。具体的数据对比见表 2。

表 2 两组高龄患者手术室护理不良事件发生率对比

组别	对照组	实验组	$\chi^2$ 值	P 值
例数	60	60	-	-
术中低体温	5(8.33)	1(1.67)	-	-
皮肤压疮	4(6.67)	1(1.67)	-	-
神经牵拉损伤	1(1.67)	0(0.00)	-	-
管路意外滑脱	1(1.67)	0(0.00)	-	-
总发生率	11(18.33)	2(3.33)	6.988	0.008

### 3.2 两组患者及手术医师护理满意度比较

在保证护理安全的基础上，针对不同的干预措施在改善就医体验、提高手术配合度等方面也取得了很好的效果。问卷调查结果表明，实验组患者或者家属对于整个围手术期手术室护理工作满意度为 96.67%，为 60 人，对照组由于缺乏心理疏导和舒适度保障，满意度仅为 80.00%，为 48 人，两组比较差异有显著的统计学意义（ $\chi^2=8.086$ ,  $P=0.004$ ）。同时对于外科主刀医师而言，实验组护士依靠规范有效的体位摆放、具有前瞻性的器械传递和默契的危机处理获得了 98.33%（59/60）的执刀医师满意率，而对照组护士的配合满意率只有 83.33%（50/60）。根据数据统计可知（ $\chi^2=8.107$ ,  $P=0.004$ ），实验组在提高医疗协作的顺畅度方面具有明显的优势。详细的满意度分布情况如表 3 所示。

表3 两组患者及手术医师护理满意度比较[n(%)]

组别	对照组	实验组	X <sup>2</sup> 值	P值
例数	60	60	-	-
患者护理满意度	48(80.00)	58(96.67)	8.086	0.004
手术医师配合满意度	50(83.33)	59(98.33)	8.107	0.004

#### 4 讨论

因此，对高龄手术患者采取以风险因素为基础的干预措

施，有非常确切、明显的优势。但是本着严谨的学术态度，我们也不能回避本研究存在的不足之处。由于研究时间窗口和所在医院规模所限，本文所采用的研究设计为单中心、回顾性研究设计，总样本量为120例。该种设计会因为某个地区、某个科室就诊人群的同质性而产生选择性偏倚，使数据在向其他级别医院或者不同地区推广时需要加以考虑。其次，本研究的观察终点主要设置在患者离开手术室和麻醉复苏室这个较短的时间切面上，缺少对高龄患者术后长期的随访追踪，即干预措施能否进一步降低术后切口感染率、缩短总体住院天数甚至改善术后远期生存质量等，目前没有具体的数据来证明。

#### 参考文献:

- [1] 杨娟,刘倩倩,李辉.分层培训管理模式在手术室护理风险管理中的应用[J].河北医药,2024(005):046.
- [2] 王慧新,罗涛,许美,等.手术室护理风险管理在回收式自体血回输中的实践效果研究--基于100例手术的回顾性分析[J].科技与健康,2025,4(19):181-184.
- [3] 玛尔哈巴·瓦热斯.手术室护理风险管理中安全隐患自查模式的实践应用效果观察[J].医学前沿,2024(15):153-154.
- [4] 宋雪飞.手术室护理风险因素评估在手术室护理质量持续改进中的作用[J].中国科技期刊数据库医药,2024(002):000.
- [5] 马辉斌,樊小燕.日间手术室护理风险因素及干预方法研究[J].医学研究前沿,2024,2(5):31-34.