

湖南省二级及以上医院麻醉护理单元建设现状及影响因素分析

谭开宇 杨秋红 (通讯作者)

湖南省肿瘤医院 湖南 长沙 410013

【摘要】：目的：调研湖南省二级及以上医院麻醉护理单元建设现状及影响因素，为标准化建设提供参考。方法：采用横断面调查方法，于2025年5月—7月对湖南省82家二级及以上医院开展问卷调查，收集医院基础条件、麻醉人力、岗位、质控教学资料，采用描述性统计、 χ^2 检验和Logistic回归分析相关因素。结果：82家医院麻醉护理单元设置率70.73%，三级医院设置水平显著优于二级医院，麻醉恢复室岗位全覆盖。医院等级、日均手术量、麻醉护士数量为独立影响因素。结论：湖南省麻醉护理单元已初步成型，但院级分层差异突出；需分层配置人力、完善质控与专科培训体系，规范麻醉护理运行管理。

【关键词】：麻醉护理单元；麻醉护士；建设现状；相关因素

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.089

随着围手术期护理模式不断发展，麻醉护理服务已由单纯的术后复苏配合逐步拓展至术前评估、术中协同、术后镇痛、麻醉门诊宣教与质量管理等多个环节^[1]。既往研究显示，我国麻醉护理服务覆盖面不断扩大，但独立单元设置、专职管理岗位配置和质控组织建设仍存在不足^[2]；区域性调查亦提示，二级及以上医院在护理单元设置、岗位延展和管理模式方面差异明显，医院等级与业务规模可能影响建设水平^[3]。目前湖南省相关资料仍相对有限，本研究通过横断面调查明确本省二级及以上医院麻醉护理单元建设现状与影响因素，为同质化建设提供实证支撑。

1 资料与方法

1.1 研究对象

1.1.1 调查对象来源

本研究采用方便抽样方法，依托湖南省麻醉护理学术协作网络对全省二级及以上医院开展调查。2025年5月—7月，通过学术会议现场扫码与定向网络问卷相结合的方式回收资料。纳入标准：二级及以上医院、开展麻醉护理工作、问卷信息完整；排除标准：重复问卷、关键信息缺失>20%、信息无法核实修正。初收问卷89份，剔除无效问卷7份，有效样本82家。

1.2 研究方法

(1) 调查工具。研究团队参考相关文献并结合本省实际编制问卷，共41个条目，覆盖医院基础信息、人力、岗位、管理、质控教学等维度^[4]。

(2) 变量定义。因变量：是否设立麻醉护理单元；自变量：医院等级、类型、手术间数、日均手术量、麻醉医护人员、复苏室床位数、专职管理者、质控小组。分组标准：手术间≤10/11—20/>20间；日均手术≤50/51—100/>100台；麻醉护士≤5/6—10/>10人。

(3) 观察指标。麻醉护理单元设置率、各专科岗位覆盖率、管理/质控/教学科研岗位配置情况。

1.3 统计学方法

SPSS 26.0 软件进行统计学分析。计数资料以例数和百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验。多因素分析采用二元Logistic回归。检验水准取 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 医院基本情况

82家医院基本情况见表1。

表1 医院基本情况

项目	分类	医院数(n)	构成比(%)
医院等级	三级医院	46	56.10
	二级医院	36	43.90
医院类型	综合医院	74	90.24
	专科医院	8	9.76
手术间数量	≤10间	21	25.61
	11—20间	39	47.56
	>20间	22	26.83
日均手术量	≤50台	28	34.15
	51—100台	37	45.12
	>100台	17	20.73

2.2 麻醉科人力资源配置情况

麻醉科人力资源与床位配置情况见表2。

表2 麻醉科人力资源与床位配置情况

指标	总体	二级医院	三级医院
麻醉科医师数(名)	1496	332	1164
麻醉护士数(名)	648	96	552

医护比	1 : 0.43	1 : 0.29	1 : 0.47
本科护士数 (名(%))	516	68	448
硕士及以上护士数	41	2	39
主管护师及以上	387	31	356
复苏室床位(张)	382	34	348
麻醉重症监护床位(张)	36	0	36

注：续表 2。

2.3 麻醉护理单元设置情况

82 家医院麻醉护理单元总设置率 70.73%，三级医院设置率远高于二级医院，各岗位、组织配置详情见表 3、表 4。

表 3 麻醉护理单元岗位设置情况

岗位设置	总体 (n=58,n(%))	二级医院 (n=15,n(%))	三级医院 (n=43,n(%))
麻醉恢复室护理	58(100.00)	15(100.00)	43(100.00)
总务管理岗位	46(79.31)	8(53.33)	38(88.37)
手术间麻醉护理	31(53.45)	4(26.67)	27(62.79)
麻醉评估门诊护理	24(41.38)	3(20.00)	21(48.84)
疼痛门诊护理	11(18.97)	1(6.67)	10(23.26)
无痛内镜诊疗护理	13(22.41)	2(13.33)	11(25.58)
麻醉诱导室护理	9(15.52)	1(6.67)	8(18.60)

表 4 麻醉护理单元组织设置情况

组织设置	总体 (n=58,n(%))	二级医院 (n=15,n(%))	三级医院 (n=43,n(%))
独立管理者	29(50.00)	4(26.67)	25(58.14)
护理质控小组	27(46.55)	3(20.00)	24(55.81)
专职教学岗位	15(25.86)	1(6.67)	14(32.56)
专职科研岗位	7(12.07)	0(0.00)	7(16.28)

2.4 麻醉护理单元设置相关因素单因素分析

医院等级、手术间数量、日均手术量、麻醉护士数量和复苏室床位数与麻醉护理单元设置有关 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 麻醉护理单元设置相关因素单因素分析

因素	分类	已设置 (n)	未设置 (n)	X ²	P
医院	三级医院	43	3	24.861	<0.001

等级	二级医院	15	21		
医院	综合医院	53	21	0.296	0.586
类型	专科医院	5	3		
手术	≤10 间	8	13	12.417	0.002
间数	11—20 间	29	10		
量	>20 间	21	1		
日均	≤50 台	11	17	15.606	<0.001
手术	51—100 台	30	7		
量	>100 台	17	0		
麻醉	≤5 人	9	15	13.992	0.001
护士	6—10 人	21	8		
数量	>10 人	28	1		
复苏	0 张	6	14	14.268	0.001
室床	1—5 张	23	8		
位数	>5 张	29	2		

2.5 麻醉护理单元设置相关因素多因素分析

将单因素分析中差异有统计学意义的变量纳入二元 Logistic 回归模型。医院等级、日均手术量和麻醉护士数量为麻醉护理单元设置的独立相关因素。见表 6。

表 6 麻醉护理单元设置相关因素多因素 Logistic 回归分析

变量	β	SE	Wald	OR	95%CI	P
三级医院	1.862	0.641	8.449	6.437	1.834—22.593	0.004
日均手术量>100 台	1.517	0.588	6.660	4.559	1.440—14.429	0.010
麻醉护士数量>10 人	1.704	0.617	7.629	5.495	1.639—18.429	0.006
手术间数量>20 间	0.683	0.572	1.425	1.980	0.645—6.075	0.233
复苏室床位数>5 张	0.592	0.534	1.230	1.808	0.635—5.150	0.267

3 讨论

3.1 麻醉护理单元建设已形成区域基础但层级差异仍较明显

从岗位和组织设置看，麻醉恢复室护理岗位覆盖率最高，总务管理、手术间麻醉护理、麻醉评估门诊护理等岗位逐步开展，疼痛门诊护理、无痛内镜诊疗护理和麻醉诱导室护理等延

伸岗位设置比例相对较低。同时,本研究中独立管理者、护理质控小组和专职教学科研岗位配置仍不充分,说明单元建设不仅需要完成岗位设置,还需要同步完善管理、质控与培训支持。

3.2 业务规模与护理人力配置是麻醉护理单元建设的重要支撑

单因素、多因素 Logistic 回归分析进一步显示,医院等级、日均手术量和麻醉护士数量为麻醉护理单元设置的独立相关因素,而手术间数量和复苏室床位数在校正后未进入最终模型。这表明,与单纯硬件规模相比,医院层级所代表的组织保障能力、持续手术服务需求以及护理人力供给,对麻醉护理单元建设的影响更为直接。日均手术量超过 100 台、麻醉护士数量超过 10 人的医院更可能设置麻醉护理单元,提示管理者在推进单元建设时,应将业务量、人力配置和岗位职责同步纳入规划。对于二级医院,可优先围绕复苏护理、药械管理和术后随访等高频工作建立基础岗位;对于三级医院,则应进一步完善质控、教学、科研及延伸岗位,促进麻醉护理服务同质化与规范化发展。

3.3 管理体系完善是提升麻醉护理单元运行质量的关键环节

本次仅半数医院配备独立管理者、近半数设立质控小组,

专职科研岗位稀缺,管理、质控、教学支撑普遍薄弱。对麻醉护理单元而言,独立管理者应承担岗位协调、制度落实、教学计划和质控反馈等职责;质控小组则应围绕麻醉恢复室标准作业流程、护理记录、交接班流程等关键环节建立持续监测与反馈机制^[5]。同时,麻醉护理质量控制系统的研究提示,信息化质控和闭环整改有助于及时发现流程偏差、促进质量持续改进^[6]。因此,管理体系不是岗位设置后的附加环节,而是连接岗位职责、流程标准和质量评价的核心支撑,通过岗位、管理和培训三方面协同推进,可进一步增强麻醉护理单元服务能力和运行效能。

4 结论

湖南省二级及以上医院麻醉护理单元已初步普及,复苏岗位全覆盖,但三级、二级医院建设水平差异明显。医院等级、日均手术量、麻醉护士数量是独立影响因素,单元建设受业务规模与护理人力双重约束。后续应推行分层建设方案,统一岗位标准,健全质控与专科培训体系,缩小区域建设差距,保障围手术期患者安全,推动本省麻醉护理标准化发展。

参考文献:

- [1] 王晴,张转运,张偲翠,等.基于文本挖掘的我国麻醉护理相关政策分析[J].中国护理管理,2025,25(12):1849-1854.
- [2] 李勃,刘婷,兰星,等.1382 所医院麻醉护理服务开展与管理现状的调查研究[J].中华护理杂志,2025,60(23):2895-2900.
- [3] 何伟嘉,王志萍,周思琦,等.江苏省二级及以上医院麻醉护理单元建设现状调查[J].护士进修杂志,2023,38(2):164-167.
- [4] 兰星,刘婷,李勃,等.700 所医疗机构麻醉科专科护士工作及管理现状的调查研究[J].中华护理杂志,2026,61(2):237-243.
- [5] 王亚莉,马涛洪,朱潇玲,等.麻醉恢复室护理标准作业流程体系的构建[J].护理研究,2023,37(11):2015-2021.
- [6] 吕晓凡,李雪云.麻醉护理质量控制系统的研究[J].护理学杂志,2021,36(21):12-14.