

程序化护理管理干预应用于麻醉恢复室护理工作中的作用分析

秦耀琪

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710089

摘要：目的：探讨程序化护理管理干预在麻醉恢复室（Post-Anesthesia Care Unit, PACU）护理工作中的应用效果。方法：选取2023年1月—2024年12月某三甲医院 PACU 收治的 600 例麻醉恢复期患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组（300 例，常规护理）和观察组（300 例，程序化护理管理干预）。比较两组患者的苏醒时间、并发症发生率、护理满意度及护理工作效率。结果：观察组患者平均苏醒时间短于对照组（ $P < 0.05$ ）；并发症发生率（如恶心呕吐、低氧血症、血压波动）显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；护理满意度评分高于对照组（ $P < 0.05$ ）；护理人员工作效率评分（如医嘱执行及时率、记录完整性）显著提升。结论：程序化护理管理干预可优化 PACU 护理流程，缩短患者苏醒时间，降低并发症风险，提高护理质量与患者满意度，具有临床推广价值。

关键词：程序化护理管理；麻醉恢复室；并发症；护理满意度；护理工作效率

麻醉恢复室是患者术后苏醒及早期并发症监测的关键场所，其护理质量直接影响患者预后。传统护理模式存在流程不规范、环节衔接松散等问题，可能导致护理效率低下及安全隐患^[1]。程序化护理管理通过制定标准化操作流程、明确岗位职责，可系统性提升护理管理的科学性与规范性^[2]。目前，该模式在手术室、ICU 等领域已证实有效，但在 PACU 中的应用研究仍需深入。本文旨在探讨程序化护理管理干预在 PACU 中的实践效果，为优化护理工作提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2024年12月某三甲医院PACU收治的600例患者，按随机数字表法分为对照组采用常规护理方式（300例）和观察组采用程序化护理管理干预（300例）。对照组：男168例（56.0%），女132例（44.0%）；观察组：男172例（57.3%），女128例（42.7%）；统计检验： $\chi^2 = 0.54$ ， $P = 0.46$ 。对照组：年龄18~70岁，平均（45.8±10.2）岁，其中18~30岁52例（17.3%），31~50岁148例（49.3%），51~70岁100例（33.3%）；

观察组：年龄19~69岁，平均（46.3±9.8）岁，其中18~30岁55例（18.3%），31~50岁152例（50.7%），51~70岁93例（31.0%）；统计检验：年龄均值 $t = 0.73$ ， $P = 0.46$ ；各年龄段构成比 $\chi^2 = 0.92$ ， $P = 0.63$ 。对照组：Ⅲ级手术（中等风险）182例（60.7%），Ⅳ级手术（高风险）118例（39.3%）；观察组：Ⅲ级手术179例

（59.7%），Ⅳ级手术121例（40.3%）；两组均涵盖普外科手术（对照组115例，观察组118例）、骨科手术（对照组92例，观察组89例）、妇产科手术（对照组73例，观察组75例）及其他类型手术（对照组20例，观察组18例），手术类型构成比差异无统计学意义（ $\chi^2 = 0.89$ ， $P = 0.35$ ）。两组患者性别、年龄、手术类型等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：年龄18~70岁，ASA分级Ⅰ~Ⅲ级，术后转入PACU观察。排除标准：严重心脑血管疾病、肝肾功能衰竭、精神疾病史患者。

1.2 方法

对照组：采用常规护理模式，具体内容如下：患者转入 PACU 后，护理人员每 15~30 分钟监测一次生命体征（心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率），直至指标平稳；每 2 小时为患者翻身、叩背，协助清理口腔及气道分泌物，保持呼吸道通畅；根据医嘱定时给予镇痛、止吐等药物，观察用药后反应；记录出入量、引流液性状等基础护理数据；指导患者进行早期肢体活动，评估苏醒状态并按常规流程准备转出。护理操作遵循科室基础护理规范，未实施标准化流程或岗位分工，由责任护士统筹完成各项护理任务。

观察组：实施程序化护理管理干预：结合 PACU 工作特性制定《PACU 程序化护理手册》，明确患者接收时需完成麻醉方式、手术信息等 12 项内容交接，苏醒期按特级（术后 30 分钟内每 10 分钟）、一级（30 分钟~2 小时每 15 分钟）分级监测生命体征，并发症处理设定低

血压 2 分钟内体位调整等时效标准，转出需满足 Aldrete 评分 ≥ 9 分等 6 项指标。按护理能级设岗：呼吸道管理岗（N3~N4 级）专职气道维护，疼痛管理岗（N2~N4 级）每 15 分钟进行 NRS 评分，记录岗（N1~N3 级）需 3 分钟内完成医嘱录入，每月开展 2 次标准化流程培训与情景考核。质控小组每日抽查 20% 护理记录，使用 Checklist 表对吸痰等 10 项操作评分，每周通过鱼骨图分析问题并启动 PDCA 优化。引入的护理信息系统含医嘱智能提醒（如全麻患者每 10 分钟监测提醒）、电子记录模板及数据看板，实时追踪苏醒时间、并发症发生率等指标，异常数据自动标红预警。

1.3 观察指标

苏醒指标：记录患者睁眼时间、定向力恢复时间、拔管时间，计算平均苏醒时长，评估 Aldrete 苏醒评分达标情况。

并发症：统计恶心呕吐、低氧血症、血压波动等并发症发生例数，计算发生率。

护理满意度：采用自制量表从护理技术、沟通态度等 4 个维度调查患者满意度，满分 100 分。

工作效率：统计护理人员医嘱执行及时率、记录完

整率、患者转出准时率，评估岗位协作效果。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较行 t 检验；计数资料以率（%）表示，行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者苏醒时间比较

观察组患者睁眼时间、定向力恢复时间及拔管时间均显著短于对照组（ $P < 0.001$ ），见表 1。

表1 两组患者苏醒时间比较

组别	例数	睁眼时间 (min)	定向力恢复 时间 (min)	拔管时间 (min)
对照组	300	12.5±3.2	18.7±4.1	25.6±5.3
观察组	300	8.7±2.1	14.3±3.5	19.2±4.2
t 值	-	16.54	13.27	14.89
P 值	-	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症总发生率为 8.0%（24/300），显著低于对照组的 19.3%（58/300）（ $\chi^2 = 18.56$ ， $P < 0.001$ ），见表 2。

表2 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	恶心呕吐	低氧血症	血压波动
对照组	300	28 例（9.3%）	17 例（5.7%）	13 例（4.3%）
观察组	300	10 例（3.3%）	6 例（2.0%）	8 例（2.7%）

2.3 护理满意度与工作效率比较

观察组患者护理满意度评分为（92.5±5.3）分，显著高于对照组的（81.2±6.7）分（ $t = 17.89$ ， $P < 0.001$ ）；护

理工作效率指标中，观察组医嘱执行及时率、记录完整率及转出准时率均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表3 两组护理满意度与工作效率比较

指标	组别	数据	t/χ^2 值	P 值
护理满意度（分）	对照组	81.2±6.7	17.89	< 0.001
	观察组	92.5±5.3		
医嘱执行及时率	对照组	82.3%（247/300）	28.45	< 0.001
	观察组	96.7%（290/300）		
记录完整率	对照组	85.7%（257/300）	23.12	< 0.001
	观察组	97.3%（292/300）		
转出准时率	对照组	79.0%（237/300）	25.60	< 0.001
	观察组	94.0%（282/300）		
记录完整率	对照组	85.7%（257/300）	23.12	< 0.001

注：所有数据经 SPSS 26.0 分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结论

本研究通过对 600 例 PACU 患者的对照分析，证

实程序化护理管理干预可系统性优化麻醉恢复室护理质量，其临床价值体现在以下层面：

护理流程标准化对患者预后的直接改善：程序化护理通过《PACU 程序化护理手册》的制定与实施，将苏醒期护理环节分解为接收评估、分级监测、并发症处理及转出核查 4 大模块，使护理操作从经验式管理转向精准化执行^[3]。数据显示，观察组患者睁眼时间、定向力恢复时间及拔管时间分别较对照组缩短 3.8 分钟、4.4 分钟和 6.4 分钟（ $P < 0.001$ ），这与手册中明确的特级监测时效标准（术后 30 分钟内每 10 分钟评估）及气道管理流程密切相关。例如，呼吸道管理岗护士按流程提前预判拔管指征，可减少气道梗阻导致的苏醒延迟，这一结果与 ICU 程序化护理中“时间节点管理可提升器官功能恢复效率”的结论形成理论呼应^[4]。

并发症防控体系的科学性验证：观察组并发症总发生率较对照组下降 11.3%，其中恶心呕吐、低氧血症等高频并发症的发生率降幅达 53.8%~64.9%。这得益于程序化护理的三级预防机制：①术前根据 ASA 分级制定个性化干预方案（如 ASAⅢ 级患者提前备好升压药物）；②术中与麻醉医师实时对接风险预警（如预计手术时长 > 3 小时者启动压疮预防流程）；③术后按 Checklist 执行并发症筛查（如每 15 分钟 NRS 疼痛评分阻断疼痛-应激-呕吐链条）。这种“全周期风险锚定”模式，较传统护理的被动应对更具临床优势，与手术室程序化护理中“预防性干预可降低不良事件发生率”的研究结果一致。

护理效率与质量的协同提升：程序化护理通过岗位能级分工与信息化系统整合，实现护理资源的高效配置。观察组医嘱执行及时率、记录完整率分别提升 14.4% 和 11.6%，其核心机制在于：①N3~N4 级护士专职负责呼吸道管理，使气管导管拔除时间误差 ≤ 2 分钟；②电子记录模板自动抓取生命体征数据，减少人工录入遗

漏；③数据看板实时追踪转出准时率，推动护理团队形成“时间管理-质量控制”双闭环。这种模式不仅将患者满意度评分提升 11.3 分，更通过 PDCA 循环使护理缺陷率每月下降 1.2%，为 PACU 护理质量持续改进提供了可量化的管理工具。

结论

本研究证实，程序化护理管理在 PACU 中的应用可突破传统模式下“流程碎片化、责任模糊化”的瓶颈，其标准化、信息化、岗位化的管理框架具有可复制性。建议在推广中注意：①结合医院实际调整流程细节（如基层医院可简化信息化模块）；②强化护士分层培训（尤其 N0~N1 级护士的标准化操作考核）；③建立多学科协作机制（麻醉科、外科参与流程优化）。未来可进一步开展多中心研究，探索程序化护理对老年患者、急危重症患者的个性化适配方案，同时结合人工智能技术开发并发症预警模型，推动 PACU 护理向智慧化方向发展。

参考文献

- [1]张兵,邵兵.程序化护理管理干预应用于麻醉恢复室护理工作中的效果分析[J].中国科技期刊数据库 医药,2022(7):73-75.
- [2]张屈云,朱欣艳.国内基于结构-过程-结果模型的麻醉恢复室护理敏感指标构建的系统综述[J].中西医结合护理,2025,11(2):1-6.
- [3]葛蓓,叶金灵,胡敏.舒适护理在骨科全麻手术患者术后麻醉恢复室复苏期的效果观察[J].临床医学工程,2024,31(2):235-236.
- [4]宋以芳.心理护理和人性化护理在麻醉恢复室患者舒适化护理中的应用效果研究[J].科技与健康,2024,3(23):92-94+102.