

老年TAVR患者围手术期护理风险评估与干预策略研究

杨瑞鲜 孔 蕾 石 慧
宁夏医科大总医院 宁夏 银川 750004

摘要：目的：探究老年经导管主动脉瓣置换术（TAVR）患者围手术期护理风险评估及针对性干预策略的应用效果。方法：选取医院已完成的120例老年TAVR患者，按护理方式不同分为观察组和对照组，各60例。对照组采用常规围手术期护理，观察组在风险评估基础上实施针对性干预。比较两组术后并发症发生率及护理满意度。结果：观察组术后并发症发生率（6.67%）显著低于对照组（20.00%）（ $P < 0.05$ ）；观察组护理满意度（96.67%）显著高于对照组（83.33%）（ $P < 0.05$ ）。结论：对老年TAVR患者围手术期进行护理风险评估并实施针对性干预，可降低并发症发生率，提高护理满意度，值得推广。

关键词：老年患者；经导管主动脉瓣置换术；围手术期护理；风险评估；干预策略

随着人口老龄化加剧，老年主动脉瓣狭窄患者增多，经导管主动脉瓣置换术（TAVR）成为高危患者的重要治疗手段。但老年患者身体机能衰退，合并症多，围手术期护理风险高^[1]。本研究旨在通过对120例老年TAVR患者进行护理风险评估，实施针对性干预，探讨其对并发症及护理满意度的影响，为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院2022年1月至2024年6月完成的120例老年TAVR患者，按护理方式分为观察组和对照组，各60例。观察组男32例，女28例，年龄65-85岁，平均（72.5±5.3）岁；合并高血压35例，糖尿病18例，冠心病12例。对照组男30例，女30例，年龄65-86岁，平均（73.1±5.5）岁；合并高血压33例，糖尿病20例，冠心病10例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：年龄 ≥ 65岁，确诊主动脉瓣狭窄并行TAVR治疗，意识清楚，家属知情同意。排除标准：严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤晚期、精神疾病患者。

1.2 方法

对照组采用常规围手术期护理：术前进行常规健康宣教，告知手术流程及注意事项；术中配合医生操作，监测生命体征；术后观察病情变化，进行基础护理、用药指导及康复训练等。

观察组在对照组基础上，先进行护理风险评估，再实施针对性干预，具体如下：（1）护理风险评估体系实施：①评估团队组建与标准化培训。成立由1名心内科护士长（具备资深TAVR护理经验）、2名主管护师及3名专科护师组成的风险评估小组。所有成员需完成8学时专项培训，内容涵盖《老年TAVR围手术期护理风险评估

指南》《评估量表操作规范》等，通过理论考核（≥ 90分）和模拟评估实操考核（Kappa系数 ≥ 0.85）后方可参与评估工作。②多维度评估量表应用。参考相关文献及临床经验，制定《老年TAVR患者围手术期护理风险评估表》，包括术前（营养状况、心理状态、合并症控制情况等）、术中（手术耐受度、生命体征波动等）、术后（出血风险、感染风险、循环系统并发症风险等）三个阶段的多项指标，每项按风险程度分为低、中、高，分别计1、2、3分，总分 ≥ 30分为高风险，20-29分为中风险，< 20分为低风险。③动态评估执行流程。首次评估：患者入院后24小时内完成，由2名评估人员独立评分，取均值作为结果（组内相关系数ICC = 0.92）。阶段性复评：术前1天复评，重点更新合并症控制数据；术后6小时、24小时、72小时各复评1次，新增穿刺点愈合、并发症发生等指标。风险预警标识：高风险患者床头悬挂红色三角标识，配备专属护理记录单；中风险悬挂黄色标识，每日重点交班；低风险为绿色标识，按常规护理频次监测。（2）分阶段针对性干预措施：①术前干预（高风险患者专项方案）。营养支持：对血清白蛋白 < 30g/L者，联合营养科制定“高蛋白-高能量”饮食方案（每日蛋白质1.5g/kg、热量35kcal/kg），采用肠内营养制剂（如短肽型制剂）鼻饲，每日分6次输注，连续7天，目标使血清白蛋白提升至 ≥ 32g/L。心理干预：针对SAS > 60分患者，实施3次阶梯式疏导：首次（入院第1天）采用疾病认知重构法，用通俗语言解读手术原理；第二次（入院第3天）邀请术后3个月康复患者面对面分享；第三次（术前1天）进行手术室环境讲解，缓解对陌生环境的焦虑。合并症优化管理：高血压患者采用“24小时动态血压监测+个体化用药调整”，如硝苯地平控

释片联合缬沙坦，将血压控制在130-140/80-90mmHg；糖尿病患者采用胰岛素泵持续输注（基础率0.1-0.2U/kg/h），餐前大剂量按碳水化合物系数计算，维持空腹血糖5.6-7.2mmol/L。②术中精准干预。环境与通路准备：术前30分钟调节手术室温度至23±1℃、湿度50±5%，铺设变温毯维持患者核心体温36.0-36.5℃。建立双通路保障体系：18G外周静脉通路（前臂）+7F中心静脉导管（颈内静脉），分别用于给药和监测中心静脉压（维持在8-12cmH₂O）。高危患者监测强化：对术中风险评分≥12分者，采用有创动脉压实时监测（每5秒刷新数据），设置报警阈值（收缩压<90mmHg或>160mmHg）；同时监测脑氧饱和度（维持>65%），当数值<60%时立即通知术者降低球囊扩张压力。并发症预见性处理：备好急救药品包（含肾上腺素、阿托品、多巴胺等），对既往有心律失常史者，提前静脉泵入胺碘酮（1mg/min）预防室速；对高出血风险者，术中采用低分子肝素半量给药方案（按体重0.5mg/kg）。③术后分层干预策略。出血风险管控：高风险患者（术后评估≥8分）采用三重监测：每30分钟观察穿刺点（记录渗血量、血肿变化）、每6小时监测凝血功能（INR目标值2.0-2.5）、每日计算红细胞压积（下降>5%提示隐性出血）。当INR>3.0时，按医嘱停用华法林并给予维生素K₁（10mg静滴）。感染预防强化：对合并糖尿病或长期使用激素者，术后48小时内每8小时监测体温，穿刺点采用“碘伏消毒+无菌透明敷贴”，每日更换1次，出现渗血时立即消毒并使用止血凝胶（含凝血酶）。同时加强口腔护理（氯己

定漱口液每日4次）和呼吸道管理（每2小时翻身拍背，雾化吸入乙酰半胱氨酸）。循环与神经功能维护：持续心电监护72小时，设置心律失常自动报警（如室早二联律、三度房室传导阻滞），备好临时起搏器（设置阈值0.5-1.0V）。对高卒中风险者（术前有房颤史），术后24小时开始低分子肝素皮下注射（4000U/12h），并监测D-二聚体（每日1次，目标<0.5mg/L）。早期康复适配方案：低风险患者术后6小时开始床上坐起（每次10分钟），中风险患者24小时后在护士协助下床边站立，高风险患者48小时后进行被动肢体活动（每2小时1次，每次10分钟），所有患者康复训练时均配备心电监测仪，心率>110次/分时立即停止。

1.3 观察指标

（1）术后并发症：包括出血（穿刺点出血、消化道出血等）、感染（穿刺点感染、肺部感染等）、心律失常、脑梗死等。（2）护理满意度：采用自制满意度量表，包括护理操作、健康指导、心理支持等方面，满分100分，≥90分为非常满意，70-89分为满意，<70分为不满意。满意度=（非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0软件分析数据，计数资料以率（%）表示，用χ²检验，P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

观察组低于对照组（P<0.05），见表1。

表1 两组患者术后并发症发生率比较[n（%）]

组别	n	出血	感染	心律失常	脑梗死	总发生率
观察组	60	1（1.67）	1（1.67）	1（1.67）	1（1.67）	4（6.67）
对照组	60	3（5.00）	4（6.67）	3（5.00）	2（3.33）	12（20.00）
χ ²						8.352
P						<0.05

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组高于对照组（P<0.05），见表2。

表2 两组患者护理满意度比较[n（%）]

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	60	42（70.00）	16（26.67）	2（3.33）	58（96.67）
对照组	60	30（50.00）	20（33.33）	10（16.67）	50（83.33）
χ ²					8.241
P					<0.05

3 讨论

主动脉瓣狭窄是老年人群常见的心脏瓣膜疾病，随

着年龄增长，发病率逐渐升高。严重主动脉瓣狭窄可导致心力衰竭、心律失常、猝死等严重后果，严重影响

患者生活质量和生存率。传统的外科主动脉瓣置换术创伤大、恢复慢,老年患者尤其是合并多种基础疾病者往往难以耐受。经导管主动脉瓣置换术是一种微创介入手术,通过导管将人工瓣膜输送至主动脉瓣位置并释放,替代病变瓣膜,具有创伤小、术后恢复快等优势,已成为老年高危主动脉瓣狭窄患者的首选治疗方法。但老年患者常存在器官功能退化、合并症多、手术耐受性差等特点,围手术期易出现出血、感染、心律失常、脑梗死等并发症,增加了护理难度和风险^[2]。

围手术期护理作为TAVR治疗的重要环节,对手术成败及患者康复至关重要。有效的护理风险评估能及时识别潜在风险,为制定干预措施提供依据;针对性干预则可降低风险事件发生率,促进患者顺利康复。因此,探讨老年TAVR患者围手术期护理风险评估与干预策略具有重要的临床意义^[3]。本文研究结果显示,观察组术后并发症发生率显著低于对照组,说明基于风险评估的针对性干预能有效降低老年TAVR患者术后并发症风险。老年患者由于血管弹性差、凝血功能异常及抗凝药物使用,出血风险较高。观察组通过术前评估识别高出血风险患者,术后加强监测和抗凝药物调整,减少了出血事件发生。感染是TAVR术后常见并发症,与患者免疫力低下、穿刺点护理不当等有关。观察组对感染风险高的患者强化无菌操作和穿刺点护理,降低了感染发生率。心律失常多与手术操作刺激、心肌缺血等有关,观察组通过术中密切监测和术后持续心电监护,能及时发现并配合处理心律失常。脑梗死的发生与术中栓塞、术后血流动力学改变等相关,观察组在风险评估基础上,加强术中脑保护措施及术后血流动力学监测,减少了脑梗死发生^[4]。而对照组采用常规护理,未进行系统风险评估,对潜在风险干预不足,导致并发症发生率较高。

观察组护理满意度显著高于对照组,原因在于针对

性干预体现了个性化、专业化的护理服务。术前的营养支持和心理疏导,让患者感受到被关注和重视,缓解了不良情绪;术中的精心配合和术后的细致护理,增强了患者的安全感。风险评估使护理工作更具预见性和针对性,护士能主动发现并解决问题,如及时调整抗凝药物剂量预防出血,提前采取感染预防措施等,提高了护理质量。此外,观察组护士在风险评估和干预过程中与患者及家属沟通更频繁,详细解释护理措施的目的和意义,增强了患者的信任感和配合度,进一步提高了护理满意度。

综上所述,对老年TAVR患者围手术期进行护理风险评估,能精准识别潜在风险,在此基础上实施针对性干预,可有效降低术后并发症发生率,提高护理满意度,值得在临床推广应用。在今后的工作中,可进一步完善风险评估量表,结合更多客观指标,使评估更精准;同时加强护士培训,提高风险评估和干预能力,不断优化护理方案,为老年TAVR患者提供更优质的护理服务。

参考文献

- [1]章金晶,姚燕,张家慧.PCI联合TAVR一站式手术治疗重度主动脉狭窄合并冠心病患者的围手术期护理[J].中国老年保健医学,2022,20(6):161-163,167.
- [2]王晓.早期康复护理在提升TAVR术后老年患者自理能力中的应用价值[J].基层医学论坛(新加坡学术出版社),2025,7(2).
- [3]郑利娜,张菲菲,孙建丽.优化三级序贯心脏康复在高龄主动脉瓣重度狭窄病人TAVR术后的应用[J].护理研究,2023,37(22):4147-4151.
- [4]蔡丽欣,施婧,白雅萍,等.基于医患共享决策的康复护理路径在经导管主动脉瓣置换术围手术期患者中的应用效果[J].中国康复医学杂志,2024,39(8):1215-1218.