

# 高龄患者手术室护理风险因素分析及对策

刘丹

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

**摘要:**目的:分析高龄患者手术室护理中的主要风险因素,并探讨相应的护理干预对策。方法:选取2022年1月至2024年6月在我院接受手术治疗的180例高龄患者,随机数字表法分为观察组90例和对照组90例。对照组采用常规护理模式,观察组在常规护理基础上实施针对性风险防控措施。比较两组患者护理效果及相关指标变化情况。结果:观察组患者在护理安全指标、并发症发生率及护理满意度方面均显著优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:针对性护理风险防控措施能够有效降低高龄患者手术室护理风险,提高护理质量和患者安全。

**关键词:**高龄患者;手术室护理;风险因素;护理对策;安全性

引言:随着我国人口老龄化程度不断加深,接受外科手术的高龄患者数量逐年增加。高龄患者由于生理机能衰退、合并症多、机体代偿能力差等特点,在手术过程中面临更多护理风险。手术室环境复杂、操作环节多、应急情况频发,使得高龄患者的护理安全管理面临严峻挑战<sup>[1]</sup>。因此,深入分析高龄患者手术室护理风险因素,制定科学有效的护理对策具有重要的临床意义。本文旨在探究高龄患者手术室护理风险因素及对策。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年1月至2024年6月在我院接受手术治疗的180例高龄患者,按照随机数字表法将患者分为观察组和对照组各90例。观察组男48例,女42例;年龄65-82岁,平均(73.6±5.2)岁。对照组男50例,女40例;年龄66-80岁,平均(73.2±4.8)岁。两组一般资料比较( $P > 0.05$ ),具有可比性。纳入标准:ASA分级I-III级;患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准:严重心肺功能不全;恶性肿瘤晚期;认知功能障碍;急诊手术患者。本研究已通过医院伦理委员会审核批准,所有患者均签署知情同意书。

### 1.2 护理方法

对照组采用常规护理模式:术前进行常规访视,了解患者基本情况;术中配合医生完成手术操作;术后护送患者回病房并做好交接。

观察组在常规护理基础上实施针对性风险防控措施,具体如下:

#### 1.2.1 术前精准风险评估与个性化准备

术前准备是降低手术风险的基础,需建立全维度高龄患者专项风险评估体系。设计标准化评估表,从心血管系统(高血压分级、心功能分级、冠脉供血情

况)、呼吸系统(肺通气功能、慢性阻塞性肺疾病病程、咳痰能力)、神经系统(认知功能、意识状态、跌倒风险)、营养状态(血清白蛋白、血红蛋白、体重变化)、用药史(抗凝药物、降压药、降糖药使用情况及停药时长)等多维度量化评估,明确高风险指标及风险等级。针对评估结果制定一人一策的个性化护理方案:对心血管高风险患者,术前联合心内科会诊,调整用药稳定生命体征;对营养不良者,提前7-10天通过肠内或肠外营养支持改善机体状态;对长期服用抗凝药物者,严格遵循停药流程并监测凝血功能变化。术前1天开展针对性心理疏导,通过一对一沟通、案例分享等方式,缓解患者对手术的紧张焦虑情绪,同时联合家属做好心理支持。器械设备方面,全面核查手术器械、监护设备、应急供氧装置等功能状态,对高频使用设备进行试运行,确保备用设备100%完好,提前调试特殊耗材适配性。

#### 1.2.2 术中精细化安全防护

术中护理以安全精准为核心,严格落实医疗核心制度。执行“三方核查”制度,在手术开始前、患者摆位后、手术切皮前,由手术医师、麻醉医师、巡回护士共同核对患者身份、手术部位、手术方式、植入物等信息,采用腕带标识、手术部位标记双重确认,杜绝差错事件。生命体征监测实行高频化、精细化管理,每15分钟记录一次血压、心率、血氧饱和度、呼吸频率等指标,对合并基础疾病者增加监测频次,及时捕捉异常变化。维持手术室适宜环境,将温度控制在22-24℃、湿度50%-60%,通过加温毯、输液加温仪等设备防止患者低体温,低体温会显著增加高龄患者术后感染与凝血功能异常风险。体位摆放遵循舒适、安全、减压原则,根据手术需求调整体位,使用硅胶减压垫、体位枕保护受压部位,避免肢体过度牵拉,定时按摩受压部位皮肤,

预防压力性损伤与神经血管损伤。术中密切观察患者面色、意识、尿量等变化,配合麻醉医师做好液体管理与用药调整,确保手术全程安全可控。

### 1.2.3 专科化护理团队与流程建设

打造高龄手术专科护理团队,选拔经验丰富、具备专科资质的护士组成核心团队,定期开展专业培训与考核,培训内容涵盖高龄生理特点、常见并发症护理、应急处置流程、人文关怀技巧等,同步引入前沿护理理念与技术,提升团队专业素养。建立全流程标准化护理操作流程,覆盖术前准备、术中配合、术后转运等核心环节。术前准备明确物品核查、患者交接、心理护理等操作规范;术中配合细化手术器械传递、应急物品准备、数据记录等流程;术后转运规范患者体位固定、生命体征交接、管路维护等要求,确保护理操作同质化、规范化。设置高龄患者专用手术间,优化空间布局,配备专用监护设备、急救药品及高龄患者适配耗材,打造安全高效的手术护理环境。

### 1.2.4 完善应急处置与风险防控体系

针对高龄患者手术常见并发症,制定系统化应急处置预案。明确心律失常、血压波动、呼吸抑制、低氧血症等常见并发症的应急处理流程,包括识别指征、用药方案、急救措施、人员分工等内容,确保每一步操作有章可循。组建快速反应小组,由经验丰富的医师、护士组成,明确小组职责与响应流程,一旦发生突发情况,快速启动预案,高效开展急救工作。定期组织应急演练,检验预案可行性与团队协作能力,针对演练中暴露的问题及时优化调整。同时,建立并发症监测预警机制,术前预判高风险并发症,术中术后重点观察,实现风险早识别、早干预,最大程度降低手术风险。

### 1.3 观察指标

(1) 护理安全指标:统计两组患者术中意外事件发生情况,包括坠床、管道脱落、压疮、误吸等不良事件发生率。(2) 并发症发生率:记录两组患者术后并发症发生情况,包括肺部感染、泌尿系感染、深静脉血栓、切口感染等。(3) 护理满意度:采用护理满意度调查表评价患者及家属对护理服务的满意程度,总分100分,≥80分为满意。

### 1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 $\chi^2$ 、 $t$ 检验; $P < 0.05$ ,则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组患者护理安全指标比较

观察组不良事件发生率低于对照组( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者护理安全指标比较[n(%)]

组别	例数	坠床	管道脱落	压疮	误吸	不良事件发生率
观察组	90	0(0.00)	2(2.22)	1(1.11)	0(0.00)	3(3.33)
对照组	90	3(3.33)	8(8.89)	6(6.67)	2(2.22)	19(21.11)
$\chi^2$ 值	-	-	4.050	4.050	6.075	12.000
$P$ 值	-	-	0.044	0.044	0.014	0.001

### 2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	肺部感染	泌尿系感染	深静脉血栓	切口感染	总发生率
观察组	90	2(2.22)	1(1.11)	1(1.11)	0(0.00)	4(4.44)
对照组	90	7(7.78)	6(6.67)	4(4.44)	3(3.33)	20(22.22)
$\chi^2$ 值	-	-	4.050	4.050	4.050	12.000
$P$ 值	-	-	0.044	0.044	0.044	0.001

### 2.3 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度评分高于对照组( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组患者护理满意度比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	护理技术	服务态度	健康宣教	总体满意度
观察组	90	23.8±1.2	24.2±1.1	23.6±1.3	94.6±2.8
对照组	90	21.4±1.8	22.1±1.6	21.8±1.7	88.3±3.2
$t$ 值	-	-	8.421	5.882	6.000
$P$ 值	-	-	0.000	0.000	0.000

## 3 讨论

通过对临床实践的深入观察和分析,高龄患者手术室护理存在多个层面的风险因素。首先是生理风险因素,高龄患者的生理储备能力下降,对手术创伤的耐受性较差。心血管系统的脆弱性使得患者在手术刺激下容易出现血压波动、心律失常等循环系统并发症。呼吸功能的减退增加了术后肺部感染、呼吸衰竭的风险。肾功能的自然衰退影响药物代谢和水电解质平衡,增加了急性肾损伤的可能性。其次是环境风险因素,手术室的特殊环境对高龄患者构成挑战。低温环境可能导致患者体温调节紊乱,引发寒战、凝血功能障碍等问题。强光照明、噪音干扰可能加重患者的焦虑和恐惧情绪。器械设备的操作声音、电刀等医疗设备的使用都可能对患者造成心理冲击<sup>[2]</sup>。再次是操作风险因素,手术过程中的各种操作都存在潜在风险。体位摆放不当可能导致神经压迫、血管受压、皮肤压伤等问题。麻醉诱导和维持过程中心血管系统的变化需要密切监测。术中输液、输血管

理不当可能引起容量负荷过重或不足<sup>[5]</sup>。

基于上述风险因素分析,本研究设计了系统性的护理干预措施。风险评估体系的建立是整个护理模式的核心,通过系统化的评估工具,能够全面识别每位患者的具体风险点,为个性化护理提供依据。本研究结果显示,观察组护理安全指标显著优于对照组( $P < 0.05$ ),这一结果反映了系统性护理干预措施的有效性。护理安全的改善首先体现在风险识别能力的提升,通过全面的风险评估,护理人员能够提前预判可能出现的问题,并采取预防措施。安全文化的营造也是重要因素。在安全文化浓厚的环境中,每个护理人员都会主动关注患者安全,积极报告安全隐患,共同维护安全的护理环境。这种文化氛围的形成需要管理层的支持和全体员工的参与。技术手段的应用同样不可忽视。现代信息技术的发展为护理安全管理提供了新的工具和方法。电子监控系统可以实时监测患者生命体征变化,预警系统能够在异常情况出现时及时提醒护理人员,信息系统能够记录和分析护理过程中的各种数据,为质量改进提供依据<sup>[4]</sup>。观察组并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ ),说明针对性护理措施在预防并发症方面发挥了重要作用。并发症预防的关键在于早期识别高危因素,采取针对性的预防措施。对于肺部感染的预防,重点在于呼吸道管理。术前指导患者进行呼吸功能训练,术后鼓励患者早期活动,协助排痰,保持呼吸道通畅。合理的体位摆放也有助于预防肺部并发症。深静脉血栓的预防需要综合考虑多种因素。适当的肢体活动、弹力袜的使用、抗凝药物的合理应用都是有效的预防措施。同时要注意个体化差异,根据患者的具体情况制定个性化的预防方案。感染控制是预防各种感染性并发症的基础。严格的无菌操作、合理的抗生素使用、良好的个人卫生习惯都是必不可少的措施。手术室环境的清洁消毒、医疗废物的规范

处理也起着重要作用<sup>[5]</sup>。观察组护理满意度评分高于对照组( $P < 0.05$ ),护理满意度的提高反映了护理服务质量的改善。满意的护理服务不仅体现在技术操作的准确性上,更体现在人文关怀的体现上。高龄患者对护理服务的需求更加多样化,既需要专业的技术支持,也需要情感上的关怀和支持。沟通技巧的运用在提高护理满意度中发挥重要作用。有效的沟通能够消除患者的恐惧和不安,增强患者的信任感<sup>[6]</sup>。

综上所述,针对高龄患者手术室护理特点制定的系统性风险防控措施能够显著降低护理风险,减少并发症发生,提高护理满意度。

#### 参考文献

- [1]李香洁,李敬敬,刘真,等.破窗理论对提高骨科高龄手术患者手术室护理安全性及患者满意度的影响[J].医学美容美容,2020,29(8):176-177.
- [2]王海燕,宋义勇,王文静.基于关键环节的风险识别护理对高龄白内障手术患者配合度和不良事件的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(10):1844-1848.
- [3]罗美怡,侯杰,林爱娣.多科协作在高龄患者手术护理风险前馈控制中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(2):101-103.
- [4]吴霞,朱爱华.对接受手术治疗的高龄髌骨骨折患者进行风险护理的效果评价[J].当代医药论丛,2020,18(14):222-223.
- [5]唐莲莲,赵立坤,田英慧,等.高龄骨科手术患者发生术后谵妄的影响因素及风险预测模型构建[J].保健医学研究与实践,2024,21(9):44-49,55.
- [6]贾慧,李晓梅,田华,等.围术期精细化护理对高龄高危前列腺增生手术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(6):128-131.