

手术室全流程护理安全风险管控策略

李艳艳 张娟 牛银仙*

宁夏回族自治区第四人民医院 宁夏 银川 750021

摘要: 手术室是医院高风险集中区域, 护理安全直接关系到患者手术成功与术后康复。本文基于手术室护理实践, 系统梳理术前、术中、术后全流程中存在的护理安全风险, 包括术前准备疏漏、术中体位管理不当、低体温、感染防控不足、用药差错、交接不清等核心风险点, 深入分析各类风险的成因与影响。在此基础上, 从标准化流程建设、团队协作机制、信息化辅助决策等五个维度提出手术室全流程护理安全风险管控策略, 构建覆盖术前评估准备、术中动态监护、术后规范交接的闭环管理体系, 旨在为提升手术室护理安全水平、降低可预防性不良事件发生率提供系统性参考。

关键词: 手术室护理; 全流程管理; 护理安全; 风险管控; 闭环管理

引言: 手术室是医院医疗安全管理的核心枢纽, 其护理工作涉及多学科协作、多环节衔接、多设备操作, 任何一个细微的疏漏都可能引发严重后果。随着外科技术的快速发展和手术量的持续增长, 手术室护理面临的挑战日益复杂化, 传统的单一环节管控模式已难以应对全流程安全管理的需求。构建覆盖术前、术中、术后的全流程护理安全风险管控体系, 从系统性角度识别、评估和防控护理风险, 是提升手术室护理质量的关键路径。本文立足临床实践, 系统分析各环节风险并提出针对性策略, 为手术室护理安全管理提供参考。

1 手术室全流程护理安全风险识别

手术室护理工作贯穿患者从进入手术室到安全返回病房的全过程, 各环节风险特征各异, 需分类识别。

1.1 术前阶段护理安全风险

术前阶段的风险主要集中在三个方面。一是患者评估不充分, 包括过敏史、既往手术史、基础疾病、药物使用等情况信息采集遗漏或记录不全, 导致术中突发意外时缺乏预案。二是术前准备落实不到位, 如手术部位标识错误或缺失、备皮不当造成皮肤损伤、禁食禁饮时间执行不规范增加反流误吸风险。三是患者转运途中监护缺失, 尤其是危重患者、老年患者在转运过程中可能出现生命体征波动, 若未配备便携监护设备或护送人员能力不足, 将直接威胁患者安全。

1.2 术中阶段护理安全风险

术中阶段是护理风险最为密集的环节, 涉及面广、影响直接。体位相关风险居于首位, 手术体位摆放不当

可导致压力性损伤、神经损伤、循环呼吸功能障碍等并发症。皮肤管理风险包括电外科设备使用不当造成的灼伤、消毒液灼伤、电极贴片部位烫伤等。体温管理风险主要体现在术中低体温, 增加术后感染、凝血障碍和心血管事件风险。用药风险涵盖麻醉药物标识不清、剂量错误、给药途径不当以及抗生素过敏未标识等给药差错。感染控制风险涉及无菌操作不规范、手术间层流系统失效、一次性物品过期使用等。此外, 标本管理不当导致送检延误或遗失、术中物品清点差错致异物遗留体腔、仪器设备故障未及时发现等均是术中高发风险^[1]。

1.3 术后阶段护理安全风险

术后阶段的安全风险常因交接环节的信息断层而被放大。患者由手术室转运至麻醉恢复室或病房过程中, 若交接双方对术中情况、用药信息、管路状态、皮肤状况等关键信息传递不完整或记录缺失, 将导致后续护理措施失当或延误。术后管道管理不当, 如引流管固定不牢导致非计划性拔管、管路标识不清导致错接等, 是术后护理不良事件的主要类型。此外, 术后镇痛管理不当可能引发呼吸抑制, 术后早期活动指导不及时增加深静脉血栓风险。

1.4 全流程护理安全风险的系统性特征

综合分析术前、术中、术后各阶段风险, 可以发现手术室护理安全风险具有鲜明的系统性特征。各阶段风险并非孤立存在, 而是相互关联、层层传导: 术前评估缺失会放大术中监护风险, 术中不良事件可能直接导致术后并发症, 术后交接不清则使前期努力功亏一篑。更关键的是, 多数不良事件并非由单一环节失误导致, 而是多个环节的漏洞在特定条件下耦合形成。

2 手术室全流程护理安全风险因素分析

2.1 人员因素

通讯作者: 姓名: 牛银仙, 出生年月: 1981年3月, 性别: 女, 民族: 汉族, 籍贯: 宁夏, 学历: 本科, 职称: 副主任护师, 研究方向: 护理学

护理人员因素是导致手术室安全风险的最核心变量。一是人力资源配置不足,手术量持续增长而护理编制相对滞后,导致单班次人均手术配合量超负荷,疲劳状态下注意力下降、操作准确率降低。二是专业能力参差不齐,手术室护理高度依赖经验积累,低年资护士对复杂手术配合、应急处理能力不足,在关键时刻可能延误处置^[2]。三是团队沟通障碍,手术团队由外科医生、麻醉医生、手术室护士等多专业人员临时组成,彼此工作习惯不同、沟通方式差异,信息传递的准确性和及时性难以保证,极易产生误解和疏漏。

2.2 制度与流程因素

制度和流程的完善程度直接影响护理行为的规范性和一致性。部分医院手术室护理制度存在更新滞后于临床实践的问题,新技术、新术式引入后未能及时配套相应的护理操作规程。核查流程执行不严格,手术安全核查虽已制度化,但在高负荷运转时段存在走过场现象。应急预案可操作性不足,突发停电、设备故障、患者心跳骤停等场景的应急演练频次不够,护理人员实战应对能力薄弱。流程设计中缺少强制性屏障(如双人核对、信息系统拦截),使差错的发生主要依赖个人责任心的被动防御,缺乏系统层面的主动防护。

2.3 设备与物资因素

手术室是设备密集区域,设备与物资管理不足构成重要的环境性风险。设备带病运行——监护仪、电刀、吸引器等关键设备缺乏定期检测和预防性维护,术中突发故障时替代方案匮乏。物资管理不规范,高值耗材、植入物等追溯记录不全,一次性物品存放过期或混放,急救药品基数不准确。信息化支撑不足,多数手术室尚未实现护理文书的电子化记录和智能核对,信息传递仍依赖纸质单据和口头交接,效率和准确性均存在明显短板。

2.4 管理因素

管理层面的风险主要体现在质量监控体系薄弱和反馈机制不健全。护理安全质量指标尚未形成覆盖全流程的系统性监测体系,管理者难以及时掌握风险趋势。不良事件报告文化不成熟,部分护理人员担心追责而隐瞒或淡化差错,导致问题无法暴露和改进。持续改进机制运转不畅,已发现的问题长期得不到系统性整改,同类不良事件反复发生。管理者对护理人员心理状态和职业倦怠关注不足,长期高压环境下的人员稳定性问题间接影响安全水平。

3 手术室全流程护理安全风险管控策略

3.1 建立标准化流程体系,筑牢全流程安全屏障

构建覆盖术前、术中、术后的标准化护理流程体系

是风险管控的基础。术前阶段制定标准化访视流程和术前核查清单,明确患者信息采集、手术部位确认、术前准备完成度评估等关键步骤的操作要求。术中阶段完善体位摆放标准、皮肤消毒规范、物品清点流程、标本管理制度等核心操作规程,以标准化统一护理行为。术后阶段规范转运交接流程,制定标准化交接表单,确保术中关键信息零遗漏传递^[3]。标准化流程的生命力在于执行,应配套建立流程执行度检查和偏离记录机制,确保“写在纸上的规则真正落实在行动中”。

3.2 构建高效团队协作机制,提升沟通质量

手术室是多专业协作的典型场景,团队沟通质量直接影响患者安全。推行术前团队沟通会制度,手术开始前由主刀医生、麻醉医生、巡回护士共同确认手术方案、风险预案和特殊需求,达成团队共识。在手术过程中强化闭环沟通方式,口头医嘱执行遵循“下达—复述—确认—记录”流程,确保每一环节可追溯。建立基于信任的团队氛围,鼓励低年资成员主动提出安全疑虑,打破等级壁垒。将团队协作能力纳入手术室护理人员绩效考核,通过情景模拟训练提升跨专业沟通能力,使“主动沟通、及时确认”成为团队工作习惯。

3.3 推进信息化辅助决策,实现智能风险预警

信息化手段是实现风险管控从“人防”向“技防”升级的关键路径。建立手术室护理安全信息化平台,集成术前访视记录、术中护理记录、物品清点信息、标本送检追踪等模块,实现护理文书的实时电子化记录。开发智能核对功能,在手术安全核查、物品清点、用药执行等关键节点设置信息系统强制确认,未经核对不得进入下一操作环节,从系统层面构筑防错屏障。建立风险预警模块,对患者评估数据中的高危指标(高龄、过敏史、特殊体位需求等)自动标识并推送至责任护士,实现“风险提前看见、预案提前准备”。信息化辅助是管理工具的升级,不能替代护理人员的专业判断,应定位为“提升效率而非取代决策”的支撑角色。

3.4 完善质量监控与持续改进机制

建立以指标为核心的手术室护理安全质量监控体系。围绕术前访视完成率、手术安全核查规范执行率、体位摆放合格率、术中低体温发生率、物品清点差错率、非计划性拔管率等核心指标,建立月度监测与反馈机制。推行不良事件非惩罚性报告制度,鼓励护理人员主动上报安全隐患和临界事件,将管理重心从“追责个人”转向“改进系统”。运用根本原因分析法对严重不良事件开展深度分析,识别系统层面的薄弱环节并跟踪整改落实。建立护理安全案例分享制度,定期组织全科

进行案例讨论和经验交流,使个体经验转化为组织智慧,推动安全管理能力的持续提升。

3.5 加强人才培养与队伍建设

人才是安全管理的最终承载者。制定分层递进的手术室护理人员培训方案,针对新入职护士侧重基础操作规范和应急流程掌握;针对高年资护士侧重复杂手术配合和教学管理能力培养。强化情景模拟训练,定期组织术中突发状况(患者心跳骤停、设备故障、火灾等)应急演练,提升团队在真实压力下的应变水平。关注护理人员身心健康,建立合理排班制度和心理支持机制,避免长期超负荷工作导致的人为差错风险。将安全文化培育作为队伍建设的核心内容,使“安全优先、预防为主”的理念内化为每位护理人员的职业自觉^[4]。

4 手术室全流程护理安全风险管控的保障机制

4.1 构建多部门协同与绩效考核体系

手术室安全管理涉及护理部、麻醉科、外科、设备科、院感科等多个部门,需建立跨部门协调沟通机制。定期召开联席会议,协调解决设备更新维护、人力资源调配、院感防控联动等跨边界问题,避免因部门壁垒导致的管理盲区。同时,将手术室护理安全核心指标(如术前访视完成率、安全核查规范执行率、不良事件主动报告率等)纳入护理人员岗位绩效考核,与评优评先、职称晋升挂钩,形成以安全为导向的正向激励。建立责任追究与免责并重的管理文化,对因系统性缺陷导致的不良事件以改进为目标,避免过度追责引发隐瞒文化,使护理人员在安全问题上敢于发声、主动作为。

4.2 培育安全文化与实施动态评估

安全文化是保障机制的精神内核。需通过定期安全主题活动、不良事件分享会、安全标杆评选等形式,持续强化“安全人人有责”的组织氛围。鼓励护理人员主动参与安全管理制度的修订和完善,使其从制度的“被动执行者”转变为“主动共建者”。实施动态评估与周

期性复盘机制,每季度对全流程风险管控策略的实施效果进行系统性评估,分析各项监测指标的变化趋势,识别新出现的风险点,对失效或不适用的管控措施及时调整优化^[5]。建立风险预警信息闭环处理流程,确保评估中发现问题均有整改措施、责任人和完成时限,保障策略体系始终保持与临床实践的适配性和有效性。

结束语

手术室全流程护理安全风险管控是一项系统性工程。本文从风险识别入手,梳理了术前、术中、术后各阶段的核心风险点,分析了人员、制度、设备、管理四类风险成因,提出了标准化流程、团队协作、信息化决策、质量改进、人才培养五维一体的管控策略体系。手术室护理安全管理正从“事后处理”向“事前预防”、从“碎片化管控”向“全流程闭环管理”转变,其核心在于构建系统性安全屏障,使风险在各环节被有效识别与拦截。各医院应持续推进安全管理的系统化、标准化和信息化建设,将全流程风险管控理念融入日常细节,切实保障手术患者的生命安全。

参考文献

- [1]车华静,崔玉柱,朴龙范.思维导图在手术室护理风险管理中的应用效果及优化策略[J].医学论坛,2025,7(24):81-83.
- [2]付玉平,钱永慧.全流程系统追踪法在手术室护理管理中的应用[J].河南医学研究,2023,32(5):902-904.
- [3]李馨祎.标准化术前准备流程对手术室护理效率的影响分析[J].中国标准化,2025(4):281-284.
- [4]董倩,孔祥梅.门诊手术室护理安全管理模式的实施价值[J].中国卫生产业,2025,22(1):79-82.
- [5]缪月琴,叶海兵,窦红梅,等.前馈控制模式结合标准作业流程用于手术室护理管理的效果研究[J].泰州职业技术学院学报,2024,24(1):83-87.