新生儿外科护理风险评估与防范措施

吴秋婷
贵州医科大学附属医院　贵州　贵阳　550000

摘　要：新生儿外科护理风险分为生理机能、操作技术、院内感染、人员素质及环境设备五类，与患儿发育特殊性及护理行为各环节密切关联。评估遵循全面、动态、精准原则，围绕个体状态、手术与操作多维度展开，按概率与危害分级，通过入院初评、术后即时评、日常评及病情变化复评实现持续更新。防范措施包括体温精细管控、操作标准化核查、手卫生强化、导管感染预防、分层培训排班优化、环境参数监测及设备定期巡检。规范化干预可显著降低低体温及感染发生率。

关键词：新生儿外科；护理风险；风险评估；防范措施

引言：新生儿外科护理对象具有解剖结构小、器官功能储备不足及代偿能力有限等特点，围手术期风险因素复杂且相互交织。生理发育不成熟与外科创伤应激叠加，使得体温、呼吸、循环及代谢调控极易失稳，加之操作技术难度高、侵入性管路多、环境敏感性强，整体护理风险显著高于一般新生儿群体。系统识别主要风险类别、建立科学规范的评估体系并落实针对性防范措施，是保障患儿安全、改善预后结局的核心环节。

1 新生儿外科护理主要风险类型

1.1 生理机能相关护理风险

新生儿体温调节中枢发育未全，皮下脂肪薄嫩，保暖过度或不足均可诱发硬肿或脱水热。呼吸中枢兴奋性低，肺表面活性物质不足，易出现呼吸暂停或氧合波动。循环系统对容量改变敏感，血压心率可剧烈起伏。代谢方面，肝糖原储备少，血糖易偏低，同时胆红素代谢迟缓易致黄疸加重。免疫功能处于被动免疫向主动免疫过渡期，屏障功能弱，轻微刺激即可引发全身性反应，这些内在不稳定性构成基础性护理隐患。

1.2 操作技术相关护理风险

静脉穿刺时血管壁脆薄，液体外渗易致局部坏死，反复穿刺增加疼痛应激。气道护理中吸痰深度与负压把控不当可损伤黏膜或诱发喉痉挛。各类引流管及动静脉管路固定不牢或冲管手法过猛，容易造成脱出或堵管。术后创面观察与换药若未能严密遵循无菌原则，会影响愈合进程。每一项常规操作均有其特定技术门槛，操作者手法熟练度与临场判断力直接决定风险发生概率。

1.3 院内感染相关护理风险

新生儿皮肤黏膜屏障功能本就脆弱，如果手卫生落实不到位，环境中的病原菌就可能通过接触途径传播到易感部位，进而引发接触性感染。呼吸道感染则多半源于雾化器械消毒不彻底或病房空气净化效果不佳，病原体借助飞沫或气溶胶形式在呼吸道内定植。各类血管内导管与呼吸机管路表面容易形成细菌生物膜，一旦管腔发生定植，就很可能继发血流感染或肺部感染。需要特别留意的是，感染早期表现相当隐蔽，体温和血象往往缺乏典型改变，极易延误识别时机，加上新生儿免疫应答能力有限，感染一旦扩散，病情进展会非常迅猛[1]。

1.4 护理人员相关风险

护理人员在评估危重状态时能力水平参差不齐，有些早期预警信号容易被忽略，导致风险识别出现滞后。长时间高负荷运转会使注意力明显下降，交接班过程中关键信息遗漏的概率随之上升。操作流程的依从性并不理想，比如手部消毒时间不足或无菌区域管理较为随意，这直接抬高了污染发生的可能性。遇到紧急情况时决策窗口很短，如果没有经过充分的模拟演练，就很容易做出不妥当的处理。资深护士和低年资护士在解读异常参数时往往存在认知差异，这种认知上的不对称会进一步加大判断偏差。

2 新生儿外科护理风险评估体系与实施方法

2.1 风险评估的核心原则

全面性原则要求风险识别覆盖生理机能、操作技术、感染防控、人员行为及设备环境五大领域，确保各潜在风险点均被纳入考量体系，不留监测盲区。针对性强调依据患儿胎龄、日龄、基础疾病类型及手术创伤程度调整评估侧重点，毕竟不同个体风险谱系差异显著，统一标准难以准确反映实际情况。动态性表明风险因子会随治疗进程、药物方案调整及机体代偿能力变化而持续演变，评估结论必须及时更新，不能老一套用到底。精准性侧重于评估指标应具备良好可操作性和客观基础，优先选用可量化生理参数与可观察行为表现，降低

主观模糊判断。常态化意味着评估融入交接班、操作前准备及巡视查房等日常环节，形成连续监测习惯，让风险意识真正成为护理实践的内在自觉。

2.2 风险评估的核心内容

评估首要聚焦新生儿个体状态，涵盖生命体征稳定性、神经系统反应、皮肤黏膜完整性、营养代谢水平及体液平衡情况，这些是判断整体安危的基础。手术类型需明确切口范围、内脏受累程度、麻醉方式及术后预期恢复轨迹，不同手术对机体干扰程度迥异，直接决定护理重点。护理操作层面要逐项审视静脉通路维护、气道湿化与吸引、各类引流管固定、创面换药等技术的操作难度与潜在失误节点。环境设备方面关注病房温湿度控制、光照噪音影响、监护仪报警阈值设定及急救器材备用状况。人员配置则考察当班护士年资结构、护患配比和高年资人员的现场指导能力，各维度相互影响，必须整体统筹。

2.3 风险分级评估标准

分级依据主要来自风险发生概率和危害程度两个独立变量。概率评估参考同类条件下生理指标偏离正常范围的频次及幅度，危害程度则衡量一旦发生对呼吸循环、神经功能及远期生长发育的冲击大小。低风险等级对应概率极低且后果轻微，通过常规预防措施即可有效管控，无需升级干预强度。中风险等级表示发生可能性中等或后果具有明显临床意义，需要增加监测频次并制定具体应对方案。高风险等级指向概率较高或后果严重危及生命，须即刻启动紧急处置并调配更高层级护理力量[2]。各级标准应设定明确判定条件，例如特定参数区间或综合评分范围，确保不同班次人员能够达成一致归类。

2.4 动态风险评估实施流程

入院初始评估于患儿进入病区后立即开展，重点采集围产期病史、转运途中生命体征、首次体格测量及外观观察数据，以此建立初始风险基线。术后即时评估在患儿返回病房后迅速进行，着重判断麻醉苏醒深度、循环灌注状况、呼吸驱动强度以及创口渗血和引流情况，据此拟订术后首个二十四小时的精准护理方案。每日常态化评估固定在早晨交接班时段执行，汇总前夜病情演变、当前治疗反应、营养摄入及排泄情况，并结合当日医疗计划调整护理等级。病情变化后即时复评不受时间表限制，一旦发现体温剧烈波动、呼吸节律异常、血氧骤然下降或意识状态改变，护理人员须立即重新采集信息并更新风险分级，保证评估始终贴合实际状态。

3 新生儿外科护理针对性防范措施

3.1 生理风险专项防范措施

体温管控方面采用中性温度环境结合腋温连续监测，合理使用辐射保暖台或恒温箱并预先设定报警阈值，根据患儿体重与日龄动态调整保暖输出功率。研究显示新生儿围手术期非计划性低体温发生率可达60%以上，通过规范化体温管理流程可将其降至37%左右。呼吸循环监测强调对呼吸频率、节律、胸廓起伏幅度以及心率血压的协同观察。术后呼吸暂停影响约10%的矫正胎龄不足60周的新生儿，多发生于术后12至48小时内，须将异常波动及时反馈至处理流程。营养代谢精细化管理依托微量喂养与肠外营养配合，准确计算每日液体量及能量供给。新生儿术中低血糖发生率约为8.3%，术前禁食与手术应激是主要诱因，需监控电解质和血糖变化，避免喂养不耐受或代谢失衡[3]。保护性隔离护理侧重于减少非必要接触与噪音刺激，设置独立护理操作区域，限制探视频次，从生理层面构筑综合防护屏障。

3.2 操作风险规范防范措施

各项专科护理操作均需建立标准化流程文本，明确每一步骤的先后次序和技术要点，使执行者无论年资高低均有统一依据可循。研究显示新生儿重症监护室不良事件发生率约为每100名患儿74件，涵盖导管异位、意外拔管及院内感染等类型。操作前核查重点包括患儿身份标识、医嘱符合性、用物完备性以及操作环境准备情况。操作中监护要求护理人员全程关注患儿面色、肌张力和即时生命体征变化，对吸痰压力、穿刺角度、管路冲管速度等关键参数进行实时控制。操作后检查内容涵盖创面敷料完整性、管路固定松紧度、穿刺点渗血渗液情况以及设备参数的恢复状态。对于管路护理需制定各类引流管维护细案，明确标识、固定方式、冲管频次和观察要点；创面护理注重无菌覆盖和渗出性状记录；穿刺部位护理强调轮换使用血管和及时更换敷贴。研究显示结构性防护综合方案可有效降低留置管道脱落的发生率，以细节管控最大程度降低操作相关不良事件发生率。

3.3 院内感染防控措施

新生儿病房院内感染发生率因患儿群体不同而存在较大差异，健康足月新生儿感染率低于1%，而特殊护理托儿所新生儿感染率随出生体重降低而上升。回顾性分析显示6408例新生儿中院内感染发生率为0.97%，消化系统为最常见感染部位。无菌操作规范要求护理人员在进行换药、置管、吸痰等侵入性操作前必须规范着装，佩戴无菌手套并确保无菌屏障的完整性。手卫生管理以接触患儿前后、操作前后、接触环境物品后等节点为执行刚性节点。调查显示医务人员卫生手消毒合格率仅为59.66%，而实施手卫生依从性教育结合质量改进循环

后，新生儿感染率可从实施前水平降至1.83%。侵入性管路感染预防方面，新生儿导管相关性血流感染发生率约为每1000导管日5.93例。呼吸机回路定期更换，动静脉导管穿刺点使用透明敷料覆盖并定时评估，输液管路三通接头和加药端口严格执行擦拭消毒后方可连接，全方位切断病原体传播路径[4]。

3.4 护理人员能力提升与风险管控措施

专科知识与操作技能培训采用分层递进模式，新入职人员集中接受基础课程，资深护士则侧重急症识别和应急决策训练，培训结束后配合定期考核以验证学习效果。国家相关规范要求新生儿病室护士人数与实际开放床位数之比应当为0.6比1以上，工作2年以上人员占比不低于50%。风险防控意识强化依托每周安全讨论会，分析近阶段存在的隐患点和薄弱环节。排班模式优化以合理分配工作强度和连续工作时长为核心原则。调查显示约85%的新生儿护士认为病房收治数量与病情危重程度是导致疲劳的重要因素，近半数报告在超过16小时班次后感到驾驶不安全。护理自查机制设定每日班内检查和每周系统排查两个层面，班内检查由当班组长对关键操作进行现场观察和即时纠正，系统排查则汇总阶段性问题并追踪改进情况。同时鼓励护理人员主动上报差错的隐患状态，侧重系统优化而非个人追责，使风险管控真正落到实处。

3.5 环境与设备安全防范措施

病房环境管控标准需涵盖温湿度适宜范围、通风换气次数及噪音水平限制。新生儿室温度宜保持22至26摄氏度，早产儿室及新生儿重症监护室温度宜保持24至26摄氏度，湿度维持在55%至65%。每日定时记录环境参数并对照标准值核查，一旦偏离须即刻调整空调系统或空气净化装置。设备管理方面建立日常巡检制度，每班交接时对监护仪、呼吸机、输液泵等核心设备进行开机自检和参数核对。前瞻性随机安全审计显示新生儿重症监护室设备恰当使用率仅为34%，提示设备操作规范化亟待加强。急救耗材储备管理采用定点定位定量原则，制作图示化清单张贴于急救车醒目位置，每日清点消耗品并即用即补，确保喉镜叶片、面罩、吸引管等耗材随时处于完好备用状态[5]。设备操作流程则针对不同品牌和型号编写简明操作指引，重点标注易混淆按键和参数设置禁忌，要求操作者在首次使用陌生设备前必须经过实践操作考核，避免误操作引起的通气或输注事故。

结束语：新生儿外科护理风险呈现多源性与动态演变特征，其防控需构建涵盖生理监测、操作规范、感控管理、人员培训及环境维护的系统化安全屏障。科学的风险评估体系为精准干预提供依据，动态分级与常态复评确保策略时效性。将标准化防范措施融入日常照护流程，可显著降低不良事件发生概率。持续优化该体系，对于提升新生儿外科护理质量、保障围手术期患儿安全具有不可替代的现实价值。

参考文献

[1]王丽琴.临床护理路径在新生儿外科护理中的应用效果[J].临床医学前沿,2024,6(4).

[2]林晓敏.快速康复外科协会《新生儿围术期护理指南》解读[J].循证护理,2025,11(17):3464-3470.

[3]冯小娟,苑春杰,贾锰,等.加速康复外科理念在新生儿肠闭锁围术期护理中的应用[J].护理研究,2024,38(18):3381-3384.

[4]李文雅,高昕,干彩琴,等.新生儿肠道手术围手术期加速康复外科护理的最佳证据总结[J].加速康复外科杂志,2024,7(4):152-159.

[5]孔娜,李圣男,鹿文文.加速康复外科理念护理模式在NEC患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(8):78-81.