妇科围手术期风险防控标准化护理构建探析

赵小叩
宝鸡市妇幼保健院　陕西　宝鸡　721000

摘　要：本文以风险管理理论为基础并结合护理流程再造的方法论思想，对妇科围手术期的风险进行分析总结归纳出的主要风险类型及特点，提出建立由风险评估、标准化操作、多学科合作、信息化预警、质量管理构成的一体化护理模式。主要介绍了术前标准化评估表单、术中心脏位置及导管管理规定、术后早期预警评分以及出院后延续护理连接点等内容，同时也介绍了组织保障、人员培训和文化氛围的支持作用。希望通过本文能够为妇科护理管理者提供一种可借鉴的风险防范标准化模式，使围手术期护理实现由经验到标准转变真正减少可以避免的发生率。

关键词：妇科手术；围手术期护理；风险防范；规范化护理；患者安全

引言

妇科手术种类繁多，有子宫切除术、卵巢囊肿剥除术、盆底修复、恶性肿瘤根治术以及各种微创手术等。随着国内大医院妇科手术数量不断增加，患者的年龄呈现两端化趋势：年轻人更注重生育功能保护，老年人往往伴有多种慢性病，使得围手术期的风险更高—— 不仅有出血、感染等即时并发症，还有深静脉血栓形成、压疮、导尿管相关感染等后遗症，以及焦虑、疼痛带来的心身痛苦。目前临床工作中普遍存在缺乏统一的风险评估工具、缺少分级护理的标准、术后观察过于依赖医护人员的经验、不同部门之间的沟通不良等原因造成预防措施不到位而出现争议事件增多。标准化护理是以科学、具体、可衡量的标准为依据，在一定程度上可以消除差异性、提高一致性和形成一种常态化的防护手段。本文从护理管理的角度出发，对如何建立妇科围手术期风险管理标准化模式进行初步分析并提出可行性建议。

1 妇科围手术期风险的分类与特征分析

1.1 出血与脏器损伤风险

妇科手术视野深、邻近膀胱、输尿管、直肠以及盆底血管丛，解剖变异常见。出血风险有术中急性大量出血（例如子宫动脉损伤）以及术后延迟性出血和隐匿性失血。腹腔镜手术过程中气腹压力过高或者电凝产生的热量可造成邻近器官穿孔的风险。规范化护理应术前评估患者是否存在贫血、凝血功能异常或正在服用抗凝药物等情况并做好分层备血以及术后出血监测工作。

1.2 感染与静脉血栓栓塞风险

感染风险包括切口感染、泌尿系感染、盆腔感染以及肺部感染，危险因素包括年龄大、肥胖、糖尿病、营养不良以及手术时间长等。深静脉血栓形成（DVT）或者肺栓塞（PE）是妇科术后严重并发症，在恶性肿瘤手术、长时间盆腔手术以及老年患者中更常见，Caprini风险评估量表虽已广泛应用，但是在临床护理上往往缺少根据该量表进行相应预防措施，例如梯度压力袜、间歇充气加压装置以及早期下床活动具体次数与时间等。

1.3 体位相关损伤与导管相关风险

妇科手术一般采取截石位或者头低足高位，容易引起神经损伤（如腓总神经、闭孔神经）以及压疮、下肢筋膜室综合征的发生。术后各种引流管、尿管、腹腔引流管等的护理包括固定方式、观察频率、拔管指征等，如处置不合理可能导致其脱落、堵塞或逆行感染[1]。另外，全麻后呕吐、低体温、电解质紊乱也是不容忽视的问题。

1.4 心理社会风险与功能康复延迟

围手术期焦虑、恐惧以及术后角色转换对于老年人尤为不利，会延长其康复时间并且影响其服药依从性。部分患者由于担心疼痛而不愿过早下地活动，从而增加了发生VTE以及肺部感染的风险。而这些风险因素相互作用使得围手术期护理需要从单一环节控制发展到全方位、多层次综合干预，而标准则是进行这种转变的基础。

2 标准化护理体系的理论框架与核心要素

2.1 理论依据：风险管理流程与护理标准化

标准化护理体系是以风险管理理论中的“识别-评估-应对-监控”的循环为基础，在护理流程再造的思想指导下，将围手术期分为术前准备期、术中转运及交接期、术后急性监护期以及康复过渡期，对每一时期的风险因素、控制目标、操作方法以及注意事项进行阐述。标准化并不是绝对的一成不变，而是在基于证据的基础上给护理人员提供一个最低的标准范围，在此基础上还允许根据病人的不同情况进行一定范围内的改变，即“在标准范围内进行个性化实施”。

2.2 体系构成：五维一体化结构

本体系由5个方面组成：标准化风险评估工具箱，如出血、VTE、压疮、跌倒、营养、心理等均使用已验证信效度量表并汇总成入住后24小时内进行的风险评估；标准化护理操作集，包括术前宣教、肠道准备、皮肤准备、体位安置、导管护理、早期活动指导、伤口观察等内容的具体操作要求以及核对表单；标准化监控和预警措施，例如术后生命体征监测频率、疼痛评分、出入量记录以及根据改良早期预警评分(MEWS)触发相应处理；标准化交接与转运规定，在手术室-麻醉苏醒室-病房之间如何做好信息传递并由相关人员签名；标准化健康教育与出院指导，根据不同手术类型编写分段式教育资料以便让病人及其家属了解。

2.3 多学科协作融入标准化框架

标准化护理并不否认合作，而是要清楚地界定每个人在标准化过程中的责任。主治医师负责诊疗决策以及出现并发症时进行处理，麻醉医师负责围麻醉期的安全保障，营养师参与术前营养支持与术后膳食安排，康复师提供早期下床活动建议，临床药师审核抗凝药、抗生素及镇痛药的应用情况，护士是整个流程中的“调度中心”、“执行者”，完成标准化评估开始，观察各项指标的变化情况，一旦有警报即刻发出信号并且联系相关科室做出反应。标准要明确每个岗位的责任以及何时负责。

3 关键环节的风险防控标准化设计与实施要点

3.1 术前阶段：风险评估与预康复标准化

术前标准化护理是以“全面评估+预康复”为基础，在患者入院8小时内完成基本评估工作：利用Caprini评分评价VTE发生可能性（低危、中危、高危、极高危），使用Braden评分判断有无发生压疮危险性，用NRS-2002检测是否存在营养不良风险，以GAD-7或者PHQ-9对是否存在焦虑抑郁情绪进行筛查。根据不同的评分情况制定相应护理方案—— 比如VTE高危人群马上开始基础预防（抬高下肢、踝泵运动指导）+物理预防（间歇充气加压）+药物预防（低分子肝素，按医生要求）。预康复包括术前呼吸锻炼（减少术后肺部并发症）、体力状况改善（如上下楼锻炼）以及营养改善（如口服营养剂）。以上各项内容均记录在护理信息管理系统中并设置时限预警，术前一日由当班护士检查落实情况。

3.2 术中与转运交接：清单管理与安全核查

手术当天转运之前，手术室巡回护士和病房护士要用统一交接记录表进行交接，交接的内容有患者姓名、手术部位标记、过敏史、术前用药、影像学资料、随身携带的物品等。术中护理工作要点是：体位摆放要遵循“关节功能位、衬垫充足、受力点减轻”的原则并且每15分钟观察一次眼睛受压的情况；腔镜手术过程中注意控制气腹压力以及CO_2排放量，监测体温及时保暖避免低体温的发生；术中的药物应用（如抗生素、止血剂）要按时给药[2]。手术后，麻醉苏醒室护士和手术室护士还要用统一交接记录表进行交接，交接的内容有术中出、入量、特殊情况、引流管、皮肤情况以及所用药物情况，并对手术患者的镇静程度进行评价。

3.3 术后早期：预警监测与并发症精准防控

术后回到病房后，进行常规护理，“两小时集中观察”，即每15分钟测量一次血压、心率、呼吸、血氧饱和度以及疼痛程度，之后每4小时常规监测至稳定。使用改良早期预警评分（MEWS）来判断是否需要升级护理级别：如果总分大于或等于4分，则由护士及时通知当班医生；大于或等于6分则启动快速反应小组。对于预防静脉血栓形成，有标准流程规定：术后清醒即刻指导患者做踝泵运动，术后6小时协助翻身，术后12 ~ 24小时内（依据麻醉方式）教会患者在床上坐起或站立并行走，同时做好第一次下地时间和距离的记录。对切口、引流管、尿管等进行观察并填写标准表格，发现问题使用SBAR方式告知医生。疼痛用数字评分法（NRS）并且定时复评，使患者的疼痛在3分以下。

3.4 出院准备与延续护理：标准化教育路径

出院前一天，责任护士根据结构化的教育清单给予患者教育，内容包括：伤口自我观察与换药注意点、引流管/尿管拔除时间和出院后注意事项、活动量增加建议、饮食调整和复查时间以及出现紧急情况时如何处理等；对于老年人或者文化水平较低者采取“回示法”，保证其理解教育内容；并且把标准化教育内容发送到患者的手机上，同时设有24小时咨询热线[3]。高危患者（例如VTE高危人群、术后贫血患者）出院后纳入院外随访中，在术后第三天、第七天、第十四天采用结构化的电话或视频方式进行随访，了解患者恢复情况并解决疑问。

4 管理体系构建与质量持续改进

4.1 组织架构与制度保障

成立医院层面围手术期护理标准化工作小组，以护理部主任为组长，妇科护士长、手术室护士长、质控员以及资深专科护士参加。编写《妇科围手术期护理标准化操作手册》，规定每个岗位工作人员的责任、工作流程和评价标准等，每一年进行一次更新。另外设置“围手术期风险管理巡查岗”，有经验护士轮流负责，每天检查术前评估落实情况、术后观察记录是否齐全以及报

警后及时处理的时间等，形成制度化管理。

4.2 培训体系与能力建设

标准化护理有效落实需要护理人员理解并执行标准。制定分层次培训：新入职护士基础标准化流程及演练（如交接核对、预警识别、体位安置等）；高年资护士负责风险评估与判断、指导教学以及疑难问题解决；所有人员每年标准化操作更新培训及考核[4]。采用情景模拟、工作坊及网络学习提高培训效果及参与度，在培训结束后进行理论及操作考核，考核成绩低于95%部门需再次学习。

4.3 信息化支撑与智能预警

以护理信息系统为基础，嵌入式管理实现标准化流程的应用：如出现风险评估预警提示、根据评估结果提供标准化护理措施、当监测值有异常时发出MEWS报警同时发送给医生。围手术期不良事件数据库，可自动生成出血、感染、VTE、压疮等的发生率以及对其进行分类（术式、年龄、风险程度）。此外还需要有结构化的交接单、标准的健康宣教内容等，避免人为疏忽或差异造成的问题。

4.4 质量评价与持续改进循环

建立以“结构-过程-结果”为基础的质量指标体系：结构指标包括标准化操作手册覆盖度、专职督导岗位设置比例、信息管理系统模块上线情况；过程指标包括术前评估完成率、交接单填写完整率、预警发出后及时响应率、术后早期活动开展率、健康宣教知晓率；结果指标包括术后并发症发生率、非计划再次入院发生率、非计划再手术发生率、患者满意度以及护士对于风险管理能力的信心评价。每月出具一份质量报告书，对于未达到标准项使用根本原因分析找出问题所在，提出解决方案并在下个月进行检查，从而构成一个PDSA循环。另外还将质量指标纳入到科室绩效考核中去，促使全体护理人员自觉执行标准化。

5 结语

妇科围手术期风险防控需要由“经验主导”变为“标准主导”。而我们提出的这一套标准化护理方案是以风险识别为基础、标准操作集为主体、预警监控为屏障、多学科合作为依靠、信息化及质量管理形成闭环所组成的一个从术前到术后持续跟踪的过程，在其中最重要的是把风险控制落实到护理工作的每一个细节当中，让标准成为一种习惯。实行时要防止“形式主义”，要用患者的实际情况来校正标准，用临床的效果来检验流程。将来随着人工智能辅助诊断以及可穿戴设备的应用，标准化护理会变得更加灵活、更加个性化，但是“降低变异、保证基础、便于监控”的宗旨是不会改变的。妇科护理管理者可以根据自己医院的特点和资源情况，因势利导地推广并改进这个方案，做到风险知晓、可控、预防。

参考文献

[1]曹燕,周莹,王晓蕾.标准化护理在妇科围手术期安全管理中的应用效果[J].中华护理杂志,2021,56(5):705-710.

[2]中华护理学会妇科护理专业委员会.妇科围手术期护理实践指南（2021版）[M].北京:人民卫生出版社,2021.

[3]吴欣娟,张红梅.围手术期护理质量敏感指标体系的构建与应用[J].中华医院管理杂志,2020,36(8):654-658.

[4]孙丽,赵庆华,刘敏.快速康复外科理念下妇科标准化护理路径的优化[J].中国实用护理杂志,2023,39(4):271-276.