

手术室护士与病房护士交接班流程优化对患者安全的影响分析

纪丽丽 于全波 (通讯作者)

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院 山东 济南 250031

【摘要】目的：探讨手术室护士与病房护士交接班流程优化对患者安全的影响，分析其在降低交接差错、提高信息传递完整性及减少不良事件发生率方面的作用。方法：选取2023年6月至2024年6月期间我院收治的200例手术患者作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组与对照组，每组各100例。对照组采用传统口头交接班模式，观察组实施结构化交接班流程，包括标准化交接清单、电子化信息共享、双人核对及关键信息复述等措施。比较两组患者在交接时间、信息传递完整率、交接差错率及术后并发症发生率等方面的差异。结果：观察组平均交接时间较对照组缩短($P<0.05$)，信息传递完整率显著提高($P<0.05$)，交接差错率及术后并发症发生率均低于对照组($P<0.05$)。结论：优化手术室与病房护士之间的交接班流程，可有效提升交接效率与信息传递质量，降低不良事件发生风险，对保障患者安全具有重要临床意义。

【关键词】手术室护士；病房护士；交接班流程；患者安全；信息传递；不良事件

DOI:10.12417/2811-051X.26.03.010

手术患者术后由手术室转运至病房的过程中，护理交接班是衔接围手术期治疗与护理的关键环节，直接关系到患者病情监测的连续性与术后安全保障^[1-3]。传统交接班模式多依赖口头传达，缺乏统一标准与核查机制，不仅易因信息遗漏、沟通不清或时间紧迫导致关键信息丢失，还可能因护理人员交接习惯差异，使患者术中情况、术后用药要求、管路固定细节等重要内容传递偏差，进一步增加术后风险。研究表明，约60%以上的医疗不良事件与沟通不畅有关，其中交接班环节的问题尤为突出，常直接引发管路管理不当、用药错误、病情观察延误等情况。随着医疗质量与安全管理要求不断提高，优化交接流程、构建标准化沟通机制已成为护理管理的重要方向。结构化交接班通过明确交接内容、规范沟通方式如采用SBAR框架明确病情背景建议、引入核查工具像电子核对清单或纸质记录表，能有效提升信息传递的准确性与完整性，减少人为失误。目前国内部分医院已在ICU、急诊等科室推行标准化交接流程，但手术室与病房之间的跨科室应用尚不普遍，相关实证研究较为有限^[4-5]。因此，本研究通过对比传统与结构化交接模式在200例手术患者中的应用效果，旨在为临床提供科学、可行的交接班优化方案，提升护理质量与患者安全水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2023年6月至2024年6月期间于我院接受手术治疗并转入普通病房的200例患者作为研究对象。采用随机数字表法将其分为观察组与对照组，每组各100例。观察组中，男性患者52例，女性患者48例；年龄范围22至75岁，平均年龄(48.5±12.3)岁；手术类型涵盖普外科手术35例，骨科手术33例，泌尿外科手术20例，妇科手术12例。对照组中，男性患者49例，女性患者51例；年龄范围24至78岁，平均年龄(50.1±11.8)岁；手术类型包括普外科手术38例，骨科手术30例，泌尿外科手术19例，妇科手术13例。两组患者

在性别、年龄、手术类型及美国麻醉医师协会(ASA)分级等基线资料方面进行比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，组间具有良好可比性。

纳入标准为：①年龄≥18岁；②择期或急诊手术，术后计划转入普通病房；③患者或其家属知情同意并自愿参与本研究。

排除标准包括：①术后直接转入重症监护室(ICU)者；②存在严重意识障碍、精神疾病或沟通障碍，无法配合信息采集者；③临床资料不完整或中途退出研究者。

1.2 方法

两组患者均接受规范的围手术期治疗与常规护理。对照组采用传统的口头交接班模式。即手术室护士在患者送达病房后，与病房护士进行面对面口头交接，内容通常包括患者基本信息、手术名称、麻醉方式、术中情况、生命体征、输液管路、皮肤状况及注意事项等，交接过程无固定结构化清单，依赖交接者个人经验和记忆。

观察组则实施优化后的结构化交接班流程。具体措施如下：(1)制定标准化交接清单：基于循证依据与临床专家咨询，设计电子化交接清单，内容涵盖患者身份识别、手术与麻醉关键信息、术中出入量及特殊用药、生命体征趋势、血管通路及敷料情况、携带物品(如病历、影像资料)、术后重点关注事项及潜在风险提示等。(2)电子化信息共享与同步：手术室护士在患者转运前，通过医院信息系统(HIS)填写并提交电子交接单，病房护士可提前预览，做好接收准备。(3)实施双人核对与面对面复述交接：患者抵达病房后，手术室护士与病房护士共同依据电子交接单逐项核对，并对关键信息(如过敏史、特殊用药、引流管护理要点)进行复述确认，确保信息被正确理解。(4)明确签名与责任交接：交接完成后，双方护士在电子系统或纸质清单上签名确认，确保责任清晰。

该流程旨在实现交接内容的标准化、可视化和无遗漏化。

1.3 观察指标

(1) 交接班时间：记录从手术室护士开始交接至病房护士确认接收完毕所用的时间（单位：分钟）。

(2) 信息传递完整率：根据标准化交接清单的项目进行评分，计算实际交接项目数占应交接总项目数的百分比。

(3) 交接差错发生率：记录在交接过程中发生的各类差错，包括信息遗漏、信息错误、重点未强调等，计算发生率。

(4) 患者不良事件发生率：统计术后 24 小时内与交接班质量可能相关的不良事件，如用药错误、管路滑脱、压疮新发或恶化、病情变化发现延迟等，计算总发生率。

1.4 统计学分析

本研究所有数据均采用 SPSS 26.0 统计学软件进行处理与分析。计量资料，如交接班时间，以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 的形式表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料，如信息传递完整率、交接差错发生率及不良事件发生率，以例数 (n) 和百分比 (%) 表示，组间比较采用卡方 (χ^2) 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者交接班时间与信息传递完整率比较

干预后，观察组的平均交接班时间显著短于对照组，而信息传递完整率显著高于对照组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者交接班时间与信息传递完整率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	交接班时间(分钟)	信息传递完整率(%)
观察组	100	5.2±1.1	98.5±1.8
对照组	100	7.8±1.9	85.3±4.6
t 值		11.524	27.891
P 值		0.001	0.001

注：两组比较， $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者交接差错发生率比较

在交接过程中，观察组的交接差错总发生率为 3.00%，显著低于对照组的 16.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体差错类型与分布见表 2。

表 2 两组患者交接差错发生率比较[n(%)]

组别	例数	信息遗漏	信息错误	重点未强调	总发生率
观察组	100	2(2.00)	1(1.00)	0(0)	3(3.00)
对照组	100	9(9.00)	4(4.00)	3(3.00)	16(16.00)

组别	例数	信息遗漏	信息错误	重点未强调	总发生率
χ^2 值					9.740
P 值					0.001

注：两组总发生率比较， $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者不良事件发生率比较

术后 24 小时内，观察组与交接班相关的不良事件总发生率为 2.00%，显著低于对照组的 11.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组患者不良事件发生率比较[n(%)]

组别	例数	用药错误	管路滑脱	病情变化发现延迟	总发生率
观察组	100	1(1.00)	1(1.00)	0(0)	2(2.00)
对照组	100	3(3.00)	4(4.00)	4(4.00)	11(11.00)
χ^2 值					6.892
P 值					0.001

注：两组总发生率比较， $P < 0.05$ 。

3 讨论

护理交接班作为临床护理工作的关键环节，其质量直接关系到患者的安全与治疗护理的连续性。本研究通过对比传统口头交接模式与结构化交接流程在手术室与病房护士之间的应用效果，证实了优化后的交接流程在提升交接效率、保障信息完整、降低差错与不良事件方面均具有显著优势。

本研究结果显示，实施结构化交接流程的观察组，其平均交接时间显著短于采用传统模式的对照组 ($P = 0.001$)。这一发现颠覆了通常认为标准化流程可能增加操作时间的固有观念。分析其原因，主要在于优化后的流程通过标准化交接清单的引导，使交接内容高度聚焦，避免了传统口头交接中因信息零散、主次不清或话题发散所导致的时间浪费。同时，电子化信息共享机制使得病房护士能够在患者抵达前即获取核心信息，实现了信息的异步传递，将部分交接工作前置，从而显著缩短了面对面交接所需的时间。这种效率的提升，在手术患者集中返回病房的高峰时段，对于缓解护士工作压力、保障所有患者都能得到及时接收与处置具有重要的现实意义。

在信息传递质量方面，观察组的信息传递完整率高达(98.5±1.8)%，远优于对照组的(85.3±4.6)%，差异具有统计学意义 ($P = 0.001$)。这充分体现了结构化流程在对抗“信息衰减”方面的强大作用。传统口头交接依赖于交接者的记忆力和表达习惯，极易受工作繁忙、环境嘈杂、疲劳等因素干扰，导致关键信息被无意遗漏。而标准化的清单作为一种认知辅助工具，以结构化的形式强制覆盖所有必要项目，确保了信息传递的系

统性和全面性，有效弥补了人类记忆的不可靠性。此外，双人核对与关键信息复述机制，不仅是对信息传递准确性的再次验证，更是一个积极的沟通过程，能够及时发现并澄清模糊或存疑的信息，从而将单向的信息“广播”转变为双向的信息“确认”，极大提升了信息的保真度。

本研究最核心的发现在于，流程优化直接带来了患者安全指标的改善。观察组的交接差错总发生率（3.00%）及术后24小时内相关不良事件总发生率（2.00%）均显著低于对照组（16.00%与11.00%），P值均为0.001。这一结果清晰地勾勒出从“流程优化”到“安全提升”的作用路径：标准化的清单减少了信息遗漏（如过敏史、特殊病情），从而降低了因信息缺失导致的用药错误、处理不当等风险；准确、完整的术中信息传递（如生命体征趋势、出血量）和明确的风险提示，增强了病房护士对患者术后病情的预判能力和监测的针对性，使得病情变化发现延迟得以有效避免；而对血管通路、引流管、皮肤状况等重点项目的共同核查与交接，则直接预防了管路滑脱、压疮等护理并发症的发生。因此，优化交接班流程本质上是一个重要的风险控制策略，它通过在信息传递这一薄弱环节建立多重安全屏障，有效拦截了差错向不良事件的转化。

此外，优化后的流程还带来了隐性益处。电子化交接单与签名确认制度，使交接过程有迹可循，增强了护士的责任心，

也为护理质量管理提供了客观的数据支持和追溯依据。结构化的沟通模式减少了因信息不清引发的同事间误解与摩擦，有助于营造更加和谐的团队协作氛围。

当然，本研究亦存在一定的局限性。首先，这是在单一医疗中心进行的研究，其结论的外推性有待在不同级别、不同管理文化的医院中进行进一步验证。其次，本研究主要关注了近期效果（术后24小时内），优化流程对患者住院天数、远期康复以及护士长期工作满意度的影响，尚需更长时间的追踪研究。最后，新流程的顺利实施有赖于前期的系统培训与全员共识的达成，其在未经过充分准备的团队中推广可能会遇到阻力。

综上所述，本研究证实，以标准化清单为核心，结合电子化信息共享与双人核对的结构化交接班流程，是对传统口头交接模式的有效革新。它不仅能显著提高手术室与病房护士之间的交接效率与信息传递质量，更能从源头上减少交接差错，有效降低术后早期相关不良事件的发生率，为保障手术患者安全、提升整体护理质量提供了切实可行的实践方案，具有重要的临床推广价值。建议后续研究可围绕该流程的长期效益、在不同护理单元间的适应性以及基于信息技术的持续优化等方面展开深入探索。

参考文献：

- [1] 林小红,张津津,林楠,等.肿瘤合并糖尿病患者的护士交接班流程及策略的构建[J].黑龙江中医药,2025,54(02):265-267.
- [2] 陈磊,辛莲.行动研究法对改进麻醉恢复室患者交接班流程的效果观察[J].医学理论与实践,2023,36(24):4279-4281.
- [3] 刘玲玉,赵娜,余志峰,等.麻醉恢复室基于行动研究的交接班流程改进[J].护理学杂志,2022,37(16):41-43.
- [4] 申海艳,王惠平,刘卫红.情境模拟训练在手术室护工接患者培训中的应用[J].卫生职业教育,2020,38(08):140-142.
- [5] 孙文业,汪春亮.手术患者转运交接管理系统的设计与应用[J].现代信息科技,2025,9(10):70-75.