

手术患者术中低体温的原因分析及护理对策

叶娟

阆中市人民医院手术室 四川阆中 637400

〔摘要〕目的 分析手术患者术中低体温的原因,探讨护理对策及效果。方法 选取我院 2017 年 1 月至 2018 年 6 月收治的 44 例手术患者进行研究,收集患者的临床治疗数据,分析手术患者术中低体温的相关影响因素,探讨护理对策及护理效果。结果 本组 44 例患者麻醉前体温为 (36.91 ± 0.25) , 术中体温为 (36.34 ± 0.23) , 术后体温为 (36.10 ± 0.30) , 术中、术后均未出现低体温患者。结论 手术患者手术期间体温变化较大,对术中手术患者采取护理干预可以使其体温降低幅度得到有效的控制,能够预防患者手术期间体温过低等不良情况出现。

〔关键词〕手术;低体温;护理

〔中图分类号〕R472.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)06-173-02

手术患者体温降至 36°C 以下为术中低体温,是手术中比较常见的一种并发症。低体温不仅会增加患者的耗氧量、减缓麻醉药物的代谢,而且还会抑制患者的免疫机制,造成患者凝血功能异常,影响手术的预后,增加其他并发症的发生机率,情况严重时还有可能危及患者的生命安全。临床研究显示^[1],对手术患者进行护理干预能够有效预防出现低体温的现象,有利于患者的治疗和康复。本文选取我院收治的 44 例手术患者为研究对象,分析手术患者术中低体温的相关影响因素,探讨护理对策及护理效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2017 年 1 月至 2018 年 6 月收治的 44 例手术患者进行研究,纳入标准:①在我院进行手术者;②近期末出现发热或感染症状;③本人或其家属对本研究知情且签署同意书者。排除标准:①中途转院者;②临床资料不完整者;③严重肾、肝、肺、心生理功能障碍患者、甲状腺功能障碍患者和凝血功能障碍患者;④入院前 3 个月内使用过抗生素者。本组患者男 25 例,女 19 例;年龄 27-72 岁,平均年龄为 (54.92 ± 1.87) 岁;其中肝癌患者 21 例,乳腺癌患者 13 例,肠癌患者 7 例,其他 3 例;患者均采用全麻麻醉。

1.2 方法

1.2.1 低体温影响因素:①患者自身因素:患者自身抵抗力较差,体质较弱,对于外界寒冷刺激的敏感性较强,引起体温下降,如婴幼儿;或者是由于患者长期住院或皮下脂肪较少导致体温容易下降;还可能是由于手术期间皮肤暴露导致^[2];②手术室环境和温度:通常手术室温度为 $20-23^{\circ}\text{C}$,患者吸入冷的气体,容易导致体温下降,尤其是对于麻醉时间过长的患者^[3];③麻醉药物:麻醉药物扩张外周血管,抑制温度调节时血管收缩的反应,导致中心温度再分布。损害周围温度调节,导致患者因周围环境温度较低而出现体温下降;④静脉输液输血:术中输入大量液体使患者体温出现下降的主要原因,输入液体较多时,体温下降极为明显。

1.2.2 护理对策:①术前对病人进行综合评估,包括病人病情、年龄、身体状况等影响围术期低体温的风险因素,制定围术期保暖措施,根据手术开展情况合理配置各种保温用具;②对护士进行预防手术患者低体温相关知识及保温工

具使用的培训;③加强手术过程中病人的体温检测,可采用鼻咽部温度测量、直肠温度测量、导尿管膀胱及病人皮肤温度测量等方法监测体温,以早发现患者体温过低的症状和体征(如寒战、肢体末端冰冷),并及时采取相应的保暖措施;④根据患者身体状况和年龄等设置手术室适宜温度,如无特殊要求,术前温度可设定在 $24-26^{\circ}\text{C}$ 之间,手术区皮肤消毒铺无菌巾后,温度再设定在 $22-24^{\circ}\text{C}$ 之间,手术结束室温调至 $24-26^{\circ}\text{C}$ 之间,湿度 $50\% \sim 60\%$,新生儿及早产儿等特殊患者手术室温应适当调高;⑤根据患者的手术部位,采用合适的保暖措施和设施,术中在非手术区域的四肢和躯干用暖棉被、肩垫、手臂保暖棉垫等覆盖,减少不必要的暴露以减少散热;或用充气式保温毯预热保暖预防患者围手术期低体温;⑥配置液体加温设备,无特殊要求,输液及手术冲洗液需加温至 37°C 后使用;⑦血液输注参照卫生部医政司《临床输血须知》,如需加温时必须使用专用血液加温器;手术患者在转运过程中,应给予足够的包裹,减少患者在低体温环境的暴露。

2 结果

本组 44 例患者麻醉前体温为 $(36.91 \pm 0.25)^{\circ}\text{C}$, 术中体温为 $(36.34 \pm 0.23)^{\circ}\text{C}$, 术后体温为 (36.10 ± 0.30) , 术中、术后均未出现低体温患者。

3 讨论

手术患者低体温是指在手术中非计划性的对机体有害的低体温,患者核心温度(一般指直肠温度)低于 36°C 。术中低体温是手术及麻醉过程中比较常见的一种症状,也是引发围术期并发症的一个主要因素,是医疗工作者关注的焦点。因为患者在手术过程中,一旦出现低温情况,会导致患者的血流速度变慢,影响到血小板功能和凝血因子活力,如果低体温情况得不到有效遏制,还会引发弥散性血管内凝血等严重后果;同时,患者存在低体温还会对手术切口造成影响,如血管收缩,或者因静脉瘀滞而导致深静脉血栓的出现。一旦手术患者出现低温情况,就会影响到药物在患者机体肝脏内部中的代谢速度;代谢速度的下降,就会延长麻药发挥作用的时长,导致行全麻手术患者术后苏醒时间延长。低温患者一定程度上会增加患者氧气量的消耗,甚至会导致患者出现缺钾情况,从而引发心率失常,或者心衰等危及症状^[4]。

(下转第 175 页)

件统计处理, 利用数 (n) 或率 (%) 描述计数资料, 组间比较通过 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 感染情况对比

实验组感染事件发生率为 0, 对照组感染事件发生率 10.9%, 两组感染事件发生率差异显著 ($P < 0.05$), 有统计学意义。见表 1

表 1: 感染情况对比 (n,%)

组别	例数	呼吸道感染		接触感染		发生率 (%)
		护理人员	患者	护理人员	患者	
实验组	110	0	0	0	0	0
对照组	110	1	6	0	5	10.9
χ^2						9.41
P						0.00

2.2 护理满意度对比

实验组满意度为 98.0%, 对照组满意度 88.0%, 两组患者满意度差异显著 ($P < 0.05$), 有统计学意义。见表 1

表 2: 护理满意度对比 (n,%)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
实验组	100	81	17	2	98.0
对照组	100	54	34	12	88.0
χ^2					3.76
P					0.02

(上接第 172 页)

明显高于对照组 (75%), 这说明在胃痞病患者临床护理中, 以中医辨证施护护理能够提升患者护理质量, 对于患者护理生活质量提升具有重要性影响。护理一段时间后, 研究组患者护理满意度也明显高于对照组, 这也间接反映了中医辨证施护护理对于胃痞病患者护理的特色性。作为临床医学护理者, 在现有的临床护理中, 应该按照胃痞病患者护理中的要求, 及时的制定专门的护理方案, 督促患者按照方案中的要求配合护理, 以此提升患者的护理质量。

[参考文献]

(上接第 173 页)

本文分析了手术患者术中低体温的相关影响因素, 并针对这些因素对手术患者实行了全面针对性的预防低温护理, 经过护理后, 本组 44 例患者麻醉前体温为 $(36.91 \pm 0.25)^\circ\text{C}$, 术中体温为 $(36.34 \pm 0.23)^\circ\text{C}$, 术后体温为 $(36.10 \pm 0.30)^\circ\text{C}$, 术中、术后均未出现低体温患者。研究说明, 对术中手术患者采取护理干预可以使其体温降低幅度得到有效的控制, 能够预防患者手术期间体温过低等不良情况出现, 此结论与张余^[5]等人研究结果相符。

[参考文献]

[1] 高铁. 手术患者术中低体温的护理对策及相关因素分

3 讨论

感染科室感染情况发生的可能性极高, 若未做好护理工作, 极易对患者与护理人员生命健康带来威胁。对此, 可考虑将风险管理理念引入到护理实践中, 其实施的要点主要表现为: ①护理小组的成立, 小组负责风险问题的确定以及风险计划的制定, 并做好护理监督工作; ②风险问题确定, 如呼吸道感染、消化道感染以及接触感染等; ③风险管理实施, 主要强调完善管理制度, 做好人员培训与考核工作, 并注意处理突发事件^[2]。本次研究中发现, 风险管理理念应用于感染科护理工作后, 感染率相比对照组降低许多, 且患者满意率也得到明显提高, 充分说明风险管理理念应用于感染科护理中, 可取得显著效果。实际开展护理工作中, 护理人员应做好患者病情分析, 在护理基础操作上不断强化, 如基本的消毒与清洁工作, 并做好自我防护工作, 以此将感染率控制到最低^[3]。

综上所述, 感染科护理中风险管理理念的应用, 对提升感染科护理工作水平可起到突出作用, 应在护理实践中进行推广。

[参考文献]

[1] 蔡华英, 龚雪丽, 翁远兰. 感染科护理工作的风险及对策 [J]. 东方食疗与保健, 2017(2):143-144.

[2] 李翠玲. 传染科护理中的危险因素与防范 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(4):184-185.

[3] 邓春花, 李菊芳, 胡丽. 传染科护理行为中的感染危险因素及其管理对策 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(38):215.

[1] 杨云英, 朱爱利, 饶秀珍, 等. 辨证施护对胃痞病人生存质量的影响 [J]. 护理研究, 2016, 27(34): 3899-3901.

[2] 何雨芹. 中西医结合治疗胃痞病脾胃湿热型临床研究 [J]. 医药前沿, 2014, 25(36): 229-229.

[3] 郭东明, 郭亚荣. 中西医结合治疗胃痞病脾胃湿热的临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2014,36(s1): 172-173.

[4] 张林国, 赵瑞荣, 马立东. 胃痞和慢性萎缩性胃炎的中医病名研究初探 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 6(2): 4-5.

[5] 刘敏. 胃痞的中医辨证施治 [J]. 中国医药导报, 2018, 55(19): 184-184.

析 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(10):24-25.

[2] 杨胜, 梁彩侠. 手术患者术中低体温原因分析及对策 [J]. 养生保健指南, 2017(29):200-201.

[3] 李雪清, 黄石群, 邹靖. 泌尿腔镜手术患者术中低体温的相关因素及护理研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31(18):1650-1652.

[4] 李丽, 贾凤菊, 王梅新. 护理人员实施术中低体温护理干预的现状及相关因素分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(20):2819-2824.

[5] 张余. 术中低体温发生的相关因素及护理预防对策 [J]. 健康之路, 2017(8):185.