

手术患者术中低体温的护理对策及相关因素效果观察

王 艳

南华大学附属南华医院手术室 湖南衡阳 421002

[摘要]目的 观察手术患者术中低体温的护理对策及相关因素效果。**方法** 选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月期间我院收治的 44 例手术患者为研究对象, 回顾性分析患者的一般资料, 观察手术患者术中低体温的护理对策及相关因素效果。**结果** 患者麻醉前温度为 $(36.91 \pm 0.25)^\circ\text{C}$, 术中温度为 $(36.14 \pm 0.23)^\circ\text{C}$, 关腹温度为 $(36.10 \pm 0.30)^\circ\text{C}$, 麻醉后患者体温明显低于麻醉前, 两者之间相差较大, 而 $P < 0.05$, 数据从统计结果思考, 具有参考价值。**结论** 手术患者手术期间体温变化较大, 应做好手术室的保温工作, 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] R47

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 03-169-02

恒温动物体温降到正常值以下称为低体温, 体温降低机体组织器官新陈代谢减慢, 某种情况下对组织有一定的保护作用, 但体温过度降低会抑制免疫、增加外周阻力、升高动脉压, 导致心律失常、心脏传导阻滞及凝血功能紊乱等严重后果^[1, 2]。手术患者体温降至 36°C 以下为术中低体温, 会引起寒战、不适及多种并发症。因此手术患者的护理十分必要, 可有效预防患者出现低体温的现象, 有利于患者的治疗和康复。本文选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月期间我院收治的 44 例手术患者为研究对象, 观察手术患者术中低体温的护理对策及相关因素效果, 并在研究过程中取得一定的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月期间我院收治的 44 例手术患者为研究对象, 纳入标准: ①在我院进行手术者; ②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有严重的肝肾功能性疾病者; ④入院前 3 个月内使用过抗生素者。回顾性分析患者的一般资料, 其中男性患者 25 例, 女性患者 19 例; 患者最小年龄为 27 岁, 最大年龄为 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

在治疗的过程中, 对所有研究对象进行观察, 将测温导线探头插入患者鼻腔约 10cm 处, 测量患者麻醉前、术中和关腹三个时间患者的体温, 分析手术患者术中低体温的护理对策及相关因素。

1.3 统计学方法

本次研究中, 将 44 例手术患者的研究数据均输入至 SPSS17.0 软件中, 进行统计学有效处理, 体温数据采用 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式表示, 处理方式为 t 检验; 文中计数资料采用 % 的形式表示, 处理方式为 χ^2 检验, 结果显示, $P < 0.05$, 便形成统计学意义。

2 结果

2.1 患者三个时间点的体温比较

患者麻醉前温度为 $(36.91 \pm 0.25)^\circ\text{C}$, 术中温度为 $(36.14 \pm 0.23)^\circ\text{C}$, 关腹温度为 $(36.10 \pm 0.30)^\circ\text{C}$, 麻醉后患者体温明显低于麻醉前, 两者之间相差较大, 而 $P < 0.05$, 数据从统计结果思考, 具有参考价值, 见表 1。

表 1: 患者三个时间点的体温比较 ($\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$)

组别	例数	体温
麻醉前	44	36.91 ± 0.25
术中	44	36.14 ± 0.23
关腹	44	36.10 ± 0.30

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 。人体的体温调节机制是通过中暑神经系统的正负反馈对体温进行维持, 出现低体温显效是由于散热大于产热的原因所导致的结果。由此分析, 患者在手术室内可能受到多种因素的干扰导致其体温降低, 具体分析如下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^[3]; 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^[4]; 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。

针对以上可能导致手术患者体温下降出现低体温现象的原因进行分析和研究, 提出相应的解决和处理措施, 预防患者麻醉后的体温降低, 具体措施如下所示: ①建立预防围术期手术患者低体温的工作指引, 落实术前、术中、术后全程的保暖措施; ②根据手术开展情况合理配置各种保温用具, 包括充气式保温毯、电热毯恒温箱、加温输血器等; ③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。确保手术室护士具备预防围术期患者低体温的知识, 掌握保温工具安全、正确的使用方法; ④术前对患者进行综合评估, 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; ⑤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、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; ⑥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度应适当调高; ⑦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术期低体温; ⑧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 度后使用; ⑨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。

此项试验中, 患者麻醉前温度为 $(36.91 \pm 0.25)^\circ\text{C}$, 术中温度为 $(36.14 \pm 0.23)^\circ\text{C}$, 关腹温度为 $(36.10 \pm 0.30)^\circ\text{C}$, 麻醉后患者体温明显低于麻醉前, 两者之间相差较大, 而

(下转第 172 页)

临床表现为运动功能障碍,患者生活无法自理,活动极为不便,生活质量水平显著降低,甚至某些病情严重的患者还会出现不良心理情绪反应,对家庭及整个社会造成了极大的损伤及危害。临床研究结果表明^[5]:在脑卒中偏瘫患者发病 2 周之内,给予其康复性训练,能够有效地促使其肢体功能显著性改变。

改良强制性运动干预疗法主要是按照患者的运动功能以及日常生活功能等制定有针对性的训练方案,强制且逐渐对患侧上肢给予必要的训练,通过反复性地训练,从而对患者的神经突触加以改造,可使得大脑皮质功能得到最大程度地恢复。脑卒中患者由于损伤神经功能而对患肢的运动产生抑制性作用,健肢则会强化使用,最后造成运动功能障碍。改良强制性运动疗法结合相关理论与患者实际情况,紧密结合日常生活,让患者的上肢最大限度地发挥作用。其前提为固定患者健侧肢体,限制监测手指及腕部活动,强制性训练患侧肢体^[8],理论上改良强制性运动疗法可恢复患者上肢功能^[6]。本研究表明,观察组患者干预后 FMA 及 MBI 量表评分均分别显著高于干预前及对照组患者干预后(P 均 < 0.05),观察组综合功能正常以及基本正常率为 70.00% (35/50),显著高于对照组的 44.00% (22/50) (P < 0.05),观察组患者干预后步长、步频以及步速均分别显著高于干预前及对照组患

者干预后(P 均 < 0.05)。上述结果提示:改良强制运动康复护理干预能够有效改善脑卒中偏瘫患者的日常生活能力以及上肢运动功能,且对患者的综合功能具有积极的改善意义。

综上所述,改良强制运动康复护理干预服务用于脑卒中偏瘫患者对其综合功能的作用显著,应加以推广及应用。

[参考文献]

- [1] 张朝霞,曾科学,麦王向,等.强制性运动疗法对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能的影响[J].海南医学,2015,26(15):2286-2287.
- [2] 窦娜,李丹,马素慧,等.改良强制性运动疗法对脑卒中偏瘫患者下肢功能的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(08):2049-2050.
- [3] 庄丽华,詹松华,孔莹楠.心理疗法在脑卒中后抑郁中的临床应用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(09):1062-1064.
- [4] 王月,张鹏琳.中药熏蒸联合强制性运动疗法治疗痉挛性偏瘫的效果观察[J].中国医药,2016,11(11):1637-1640.
- [5] 李子怡,宋为群.改良和传统的强制性运动疗法对卒中后上肢功能恢复的研究进展[J].中国脑血管病杂志,2016,13(04):208-212.
- [6] 杨雷,沈德根,荣积峰,等.强制性运动疗法结合心理疗法对脑卒中偏瘫并抑郁患者上肢功能的影响[J].中国康复医学杂志,2017,32(05):585-587.

(上接第 168 页)

执行阶段强调严格落实前期管理计划,保证护理风险管理工作有制可依;检查阶段工作的实施能够在专业组织机构和人员的主导下,对消化内镜护理管理中的岗位管理、仪器仪表、消毒隔离、护理安全几个方面内容进行严格的监督与评审,及时发现管理工作的优势和劣势;调整阶段为护理风险管理问题的分析与解决提供了资源与机会,避免下一步管理工作“带病”开展,并通过 PDCA 模式的不断循环实现提升护理工作质量与提升管理工作指标的目的^[5]。研究结果表明:实施 PDCA 循环模式后护理人员的各项管理指标评分均显著高于实施前(P < 0.05)。

综上所述,PDCA 循环模式在消化内镜护理风险控制中具有较好的应用效果,能够有力提升护理人员在岗位管理、护理

安全以及各类消毒等方面的质量,宜广泛应用于临床管理当中。

[参考文献]

- [1] 李晓华.PDCA 循环模式在消化内镜护理风险控制中的应用[J].世界最新医学信息文摘·电子版,2016,16(77):358-358.
- [2] 陈素欣,刘小丽,甘婉儿.消化内镜护理风险控制中 PDCA 循环模式应用价值分析[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(4):572-573.
- [3] 孙玲.采用 PDCA 循环模式进行消化内镜护理风险控制的效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(44):9-10.
- [4] 张冰,房太勇,陈曼蘋.消化内镜护理风险控制中 PDCA 循环模式的应用效果分析[J].中国医疗器械信息,2017,23(18):126-128.
- [5] 万小雪,彭春艳,黄茜,等.急诊消化内镜风险控制使用 PDCA 循环模式的效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(43):112-114.

(上接第 169 页)

P < 0.05,数据从统计结果思考,具有参考价值。根据上述材料,表明在手术患者手术期间,对其进行护理,预防换着麻醉期间产生低体温,有助于患者的康复,与崔秋艳等^[5,6]人的研究内容相符,值得广泛应用,提升患者治疗效率。

综上所述,手术患者手术期间体温变化较大,应做好手术室的保温工作,预防患者手术期间体温过低等不良情况出现。

[参考文献]

- [1] 高轶.手术患者术中低体温的护理对策及相关因素分析[J].中国医药指南,2017,15(10):24-25.

[2] 陈蓓,王晓军.手术中低体温的相关因素和护理干预研究进展[J].护士进修杂志,2016,31(11):990-992.

[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] 崔秋艳,杨宝霞.手术患者术中低体温影响因素及护理措施的研究进展[J].当代护士(下旬刊),2017,17(4):22-24.

[6] 张玲.探究手术过程中低体温发生的相关因素及护理预防措施[J].中国保健营养,2016,26(30):208-209.

(上接第 170 页)

虑,还能增强患者康复自信心;然后告知患者进行手术的主刀医生是经验丰富、技术水平较好的医师,这样可以增强患者对主刀医生的信任度,在手术过程中积极配合医生的工作;最后手术完成后,指导患者进行康复训练和呼吸训练,能有效缓解患者的负性情绪。肌肉放松训练是心理护理的方法之一,这种方式能松弛患者的兴奋和心理副交感神经,能使患者放松心情。通过心理护理干预后,患者的负性情绪得到明显改善。

综上所述,本文对接受钦激光碎石术的泌尿结石患者实

施心理护理干预,能有效缓解患者的负性情绪,降低焦虑抑郁程度,同时还保证了手术的顺利进行,促进患者的身体康复,提高了医院护理质量,该方法值得被临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 王静.钦激光碎石取石术治疗泌尿结石 64 例围术期护理[J].中国医药指南,2017,(17):269-270.
- [2] 代美丽.钦激光碎石取石术治疗泌尿结石围手术期护理体会[J].医学信息,2015,(4):54-55.
- [3] 沈艳.钦激光腔内碎石术后并发尿源性脓毒血症患者的护理[J].护士进修杂志,2015,(7):641-642.