



· 临床护理 ·

循证护理在预防手术患者术中低体温中的运用

陈小凤 (福建医科大学附属南平市第一医院 福建南平 353000)

摘要: **目的** 对循证护理在预防手术患者术中低体温中的临床应用效果进行探究。**方法** 将2013年11月—2016年11月到某医院接受手术治疗的204例患者选取为研究对象,将他们随机分为对照组和观察组两组,每组均为102例患者,对照组患者采取常规手术护理,观察组在常规手术护理的基础上,再实行循证护理,之后再对两组患者各时段的体温及围手术期各项生理指标进行比较。**结果** 对照组在术前体温与观察组的差异无统计学意义, T3时间点后至手术结束,对照组患者的体温明显低于观察组,二者之间的差异具有统计学意义($P<0.05$);在T6和T7,对照组患者的血乳酸及血糖指数均明显高于观察组,二者之间的差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对术中手术患者采取循证护理干预可以使其体温降低幅度得到有效的控制,而且还可以使其血乳酸及血糖的升高幅度得到有效的控制,同时还可以使患者的术中生理功能及预后得到显著的改善,具有较好的临床护理效果,值得在临床中推广应用。

关键词: 循证护理 术中低体温 运用**中图分类号:** R472.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)06-286-02

术中低体温是手术中比较常见的一种并发症,大概一半的病人在术中都会出现低体温情况,尤其是需要较长手术时间的开放性胸腹部手术患者、小儿以及老年人更容易出现这一症状。一旦患者术中出现低体温情况,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。为此,本文对循证护理在预防手术患者术中低体温中的临床应用效果进行探究,现将结果报道如下。

1 资料与方法**1.1 一般资料**

将2013年11月—2016年11月到某医院接受手术治疗的204例患者选取为研究对象,其中共有男性105例,女性99例,年龄为1个月—3岁的有21例,63—86岁的有58例,其余患者年龄为4—62岁。有59例为大型手术患者,有13例为急诊外伤手术患者,有35例为心脏直视手术患者,其余18例为术中需大量冲洗的手术患者。经检测,所有患者均不属于严重肾、肝、肺、心功能障碍患者、甲状腺功能障碍患者和凝血功能障碍患者,且近期均未出现发热或感染症状。将他们随机分为对照组和观察组两组,每组均为102例患者,两组患者在年龄、性别、病情等基本资料方面的差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理办法: 对照组患者采取常规手术护理,观察组在常规手术护理的基础上,再实行循证护理,循证护理操作主要包括如下几方面:①针对婴幼儿患者,应当尽量加快铺单和消毒的时间,以缩短患儿肢体暴露的时间^[1];针对低体重患儿,应当利用电热毯为其保温,必要时还可将热水袋安放于患儿的身体两侧及腋下,同时还应当对热水袋的温度进行观测,防止烫伤患儿;另外,还应当为患儿配戴帽子,以减少头部热量散失,并用较好保暖性能的被服将患者非手术区的皮肤包裹好,避免受凉^[2]。②针对老年患者,在不影响手术的情况下,可让患者穿上袜子,以减少足部热量散失;同时,还应当选用肢体保

护套为患者保暖;对那些易暴露在外的部位,如肩部,可利用棉肩垫或中单包裹保暖^[3]。③针对腹、胸部手术患者,术中可选取温热盐水纱垫对其肠管和脏器进行覆盖;如果需要长时间暴露或手术暂停时,应当选取温盐水纱布垫覆盖^[4]。④针对术中需大量冲洗的手术患者,在冲洗腹腔前,应当将手术切口保护膜粘贴于大单上,使其紧密粘合患者的皮肤,以降低冲洗液对患者机体的冷刺激^[5];同时,还应当对冲洗液进行加温处理,将冲洗液温度控制在37—40℃,以减少患者机体热量丢失^[6];另外,还应当将静脉输液和体腔冲洗液放置于恒温箱内,并将温度控制在37℃左右,如果没有恒温箱,可选用微波炉代替,可是必须严格控制好加热时间。⑤应当严格控制好手术室内的温度,应当将手术室内的湿度控制在50%—60%范围内,温度控制在24—26℃范围内;婴幼儿手术时应当将湿度控制在60%—70%范围内,温度则应当控制在26—28℃范围内^[7]。

1.2.2 体温监测办法: 对患者进行全麻诱导后,将惠普监护仪的温敏探头伸入患者的鼻咽部,伸入长度为鼻翼至同侧下颌角距离。并记录探头伸入时(T1)、麻醉半小时(T2)、1小时(T3)、1.5小时(T4)、2小时(T5)、2.5小时(T6)以及结束时(T7)各个时间点患者的体温及苏醒时间。

1.3 观测指标

分析T1、T2、T3、T4、T5、T6以及T7时间点患者的血气,并对各时间点患者的乳酸、血糖指标变化进行比较。选取GEMpremier3000血气分析仪进行分析。

2 结果

对照组在术前体温与观察组的差异无统计学意义, T3时间点后至手术结束,对照组患者的体温明显低于观察组,二者之间的差异具有统计学意义($P<0.05$),结果见表1;在T1、T2、T3、T4及T5时间点,两组患者的血乳酸及血糖指数均无明显差异,在T6和T7,对照组患者的血乳酸及血糖指数均明显高于观察组,二者之间的差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表1: 两组患者术中体温对比

组别	例数	T1/℃	T2/℃	T3/℃	T4/℃	T5/℃	T6/℃	T7/℃
对照组	102	36.41±0.41	36.35±0.31	36.18±0.44	35.82±0.38	35.71±0.36	35.66±0.31	35.57±0.47
观察组	102	36.38±0.38	36.35±0.29	36.21±0.42	36.18±0.46	36.15±0.41	36.15±0.34 ^①	36.14±0.43 ^①

注:与对照组相比, ^① $P<0.05$ **3 讨论**

术中低体温是手术及麻醉过程中比较常见的一种症状,其也是引发围手术期并发症的一个主要因素,已成为医疗工作者关注的焦点。长时间严重的低体温会造成患者各项生理指标失衡、紊乱,从而对患者的恢复及预后造成严重的影响^[8]。一旦患者出现术中低体温症状,则极有可能延迟麻醉苏醒,造成切口感染,还有可能引发心血管并发症、凝血功能障碍以及术后寒战等不良症状。乳酸是葡萄糖的无氧代谢产物,当细胞进行无氧呼吸时,在乳酸脱氢酶的作用下,丙酮酸便

会生成乳酸,正常人的血乳酸浓度为(1.0±0.5)mmol/L,血乳酸是患者氧代谢水平的一个主要指标,一旦患者的血乳酸上升,则表明低灌注情况下患者的无氧呼吸率在上升。在组织低灌注情况下,如果Lac的产生速率比其在肾、肝中的代谢速度快时,患者的血乳酸浓度便会上升。因此,乳酸浓度是判断患者机体是否缺氧的一个重要标志,血乳酸是评估患者围手术期病情及预后的一个重要指标。

本次研究结果显示,对照组在术前体温与观察组的差异无统计学意义, T3时间点后至手术结束,对照组患者的体温明显低于观察组;

(下转第289页)



$P < 0.05$, 如表 2。

表 2: 分析术后并发症的发生情况 (n/%)

组别	n	出血	血栓	感染	总发生率
护理组	37	2 (5.41)	1 (2.70)	3 (8.10)	6 (16.22)
对照组	35	8 (22.86)	5 (14.29)	9 (24.71)	22 (62.86)
χ^2	-	-	-	-	8.048
P	-	-	-	-	<0.05

注: 组间数据对比存在显著差异 $P < 0.05$ 。

2.3 分析护理后患者 SAS、SDS 评分情况

护理后, 护理组患者 SAS 评分为 (33.26±5.82)、SDS 评分为 (31.34±4.73), 对照组患者上述评分指标分别为 (39.68±6.24)、(39.79±5.84) 组间数据对比差异显著 $P < 0.05$ 。

3 结论

脾破裂是一种比较严重的伤害, 当患者发生脾破裂时会出现持续性的出血, 造成患者血压降低, 患者容易发生休克, 引起更多的并发症, 加速患者的死亡。导致脾破裂的原因有很多, 如车祸、刀刺伤、坠落伤、砸伤等等, 因此在生活中应做好预防。而当患者发生脾破裂时应立即进行抢救, 迅速补液和输血, 积极抗休克治疗, 同时手术实施脾破裂修补术, 给予患者有效的围术期护理, 减少患者不良情绪的产生, 提高患者的治疗效果, 帮助患者减少临床症状的发生, 减少并发症的发生^[5-6]。

本文中给予患者围术期护理, 在术前迅速给予患者急救, 提高患者的抢救成功率, 减少并发症的发生, 同时指导患者放松心情, 消除患者的恐惧感和紧张感, 积极配合治疗。术中随时检测患者的生命体征, 帮助医生进行手术, 促进手术的顺利进行, 提高患者的救治效果, 同时注意患者麻醉药物的追加剂量, 防止发生麻醉事故。术后告知患者注意事项, 教会家属给患者按摩, 同时保持患者皮肤干净, 预防静脉炎、压疮等并发症的发生, 给予患者康复指导, 使得患者尽早进行康复训练, 促进患者的恢复, 给予饮食指导则使得患者身体有

足够的营养支持。通过本文的研究发现, 给予围术期护理的护理效果明显好于实施常规护理的效果, 对患者实施围术期护理, 给予患者心理指导后, 患者心理焦虑和抑郁评分明显低于实施常规护理的患者, 说明围术期护理后能够有效降低患者的不良情绪的产生; 并且实施围术期护理后患者的生活质量评分明显高于实施常规护理的生活质量评分, 表明围术期护理实施后可以有效提高患者的生活质量, 效果明显。

综上所述, 外伤性脾破裂是较为严重的一种情况, 患者容易发生休克, 危及患者的生命, 因此应积极进行抢救, 在手术治疗的过程中给予患者有效的护理则可以提高患者的治疗效果, 减少心理不良反应的发生^[7-8]。本文实施围术期护理后, 文中数据显示围术期护理后患者的各种评分均好于实施常规护理后的数据, 说明围术期护理后能够显著降低患者的心理不良情绪的产生, 提高生活质量。

参考文献

- [1] 王刚, 马海霞. 外伤性脾破裂的诊断和治疗 [J]. 吉林医学, 2013, 34(35):7422-7423.
- [2] 庞京文. 外伤性脾破裂临床治疗体会 [J]. 中国农村卫生, 2015(2):11-12.
- [3] 冯金莲. 外伤性脾破裂病人围术期的护理 [J]. 全科护理, 2011, 09(5):413-414.
- [4] 梁青芝. 外伤性脾破裂术前术后护理体会 [J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(6):177-177.
- [5] 蒋春香. 为行脾切除术的外伤性脾破裂患者施行护理干预的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2014(8):80-81.
- [6] 田小红, 何娟, 罗凤琼. 外伤性脾破裂行脾切除术后的临床护理与并发症预防 [J]. 医药前沿, 2012, 02(15):52-53.
- [7] 官凤云. 外伤性脾破裂行脾切除术的疗效观察与护理 [J]. 中国医药指南, 2013(5):304-305.
- [8] 张兰林, 韦丽萍. 心理干预对外伤性脾破裂术后患者康复的影响 [J]. 吉林医学, 2011, 32(10):2006-2008.

(上接第 286 页)

在 T1、T2、T3、T4 及 T5 时间点, 两组患者的血乳酸及血糖指数均无明显差异, 在 T6 和 T7, 对照组患者的血乳酸及血糖指数均明显高于观察组。由此可见, 对术中手术患者采取循证护理干预可以使其体温降低幅度得到有效的控制, 而且还可以使其血乳酸及血糖的升高幅度得到有效的控制, 同时还可以使患者的术中生理功能及预后得到显著的改善。

综上所述, 对术中手术患者采取循证护理干预, 可以取得较好的临床护理效果, 提高患者的手术预后, 减少患者术后体温过低的情况, 值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 邝绮华, 张璋. 循证护理在防治留置 PICC 常见皮肤问题中的应用 [J]. 当代护士, 2013(12):124-126.
- [2] 胡秀霞. 循证护理干预在消化道大出血病人中的应用及效果 [J]. 国际护理学杂志, 2014.33(1):95-97.

(上接第 287 页)

研究结果显示, 对照组患者治疗前 SAS 和 SDS 评分显著低于治疗前 SAS 和 SDS 评分 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者 SAS 和 SDS 评分无显著性差异 ($P > 0.05$), 护理后, 实验组患者在第一次化疗后 SAS 和 SDS 评分分别为: (49.12±2.31) 分和 (52.78±2.43) 分, 明显低于对照组 ($P < 0.05$); 第二次和第三次化疗后实验组患者 SAS 和 SDS 评分低于对照组的程度更加明显 ($P > 0.05$)。研究结果表明, 随着患者化疗次数的增加, 患者 SAS 和 SDS 评分均呈现增加趋势, 但是实验组患者在有效的心理护理下, SAS 和 SDS 评分显著低于对照组, 患者对自身病情有清醒的认识, 患者认识到良好的心理状态对病情转归的重要性, 在护理人员的辅助下, 让自己保持一个良好的心理状态, 积极参与医生的化疗过程。

综上所述, 心理护理对癌症化疗患者心理状态有积极的影响, 能

[3] 张悦, 夏玲, 姜云. 外科手术中低体温的护理干预研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2012, 27(17):1556.

- [3] 刘文燕, 杨瑞贞, 孙菲, 等. 三级医院循证护理实施现状及影响因素分析 [J]. 护理研究, 2014, 28(3):1047-1049.
- [4] 王艳. 循证临床护理实践指南的获得与应用 [J]. 护理研究, 2013, 27(8C):2563-2564.
- [5] 林勇, 孟令瑞. 加温输液在临床麻醉中的应用 [J]. 中国实用医药, 2011, 6(9):214-215.
- [6] 胡雁. 循证护理实践: 护理学科发展的必然趋势 [J]. 中国护理管理, 2013, 13(1):3-5.
- [7] 胡春燕. 预防围手术期低体温的护理进展 [J]. 全科护理, 2013, 11(1):79-81.
- [8] 彭翠娥, 王卫红, 谌永毅. 建立老年乳腺癌病人延续护理的循证实践 [J]. 护理研究, 2014, 28(2):201-203.

有效降低患者 SAS 和 SDS 评分, 缓解患者焦虑抑郁症状, 提高化疗效果, 值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 张小云. 癌症术后化疗患者的心理护理 [J]. 河南外科学杂志, 2010, 16(3):140-141.
- [2] 穆延俊. 癌症患者化疗时心理障碍的排除及治疗护理体会 [J]. 中外医疗, 2011, 30(12):162-162.
- [3] 唐春风, 景风梅. 癌症患者的心理护理体会 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 09(2):150-151.
- [4] 李小琴. 心理护理对癌症化疗患者心理状态的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(36):44-45.
- [5] 何兴. 心理护理干预对癌症化疗患者生活质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(11):112-113.