

术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响

张燕珊 许晓燕*

厦门大学附属第一医院 福建厦门 361000

【摘要】目的 了解术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响。**方法** 选择2016年1月-2018年8月80例手术患者,随机分组。术中常规护理组选择术中常规护理,术中综合保温护理组选择术中综合保温护理。分析手术患者满意度;拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间;护理前后体温水平;伤口感染和低体温发生率。**结果** 术中综合保温护理组满意度和体温平均水平高于术中常规护理组, $P < 0.05$;术中综合保温护理组拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间短于术中常规护理组, $P < 0.05$;术中综合保温护理组伤口感染和低体温发生率低于术中常规护理组, $P < 0.05$ 。**结论** 手术患者实施术中综合保温护理可获得较好效果,可有效维持体温稳定,减少伤口感染和低体温发生率,并缩短清醒的时间和住院的时间。

【关键词】 术中综合保温护理; 手术患者; 术中低体温; 术后感染; 影响

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 07-115-02

手术是一种有效的治疗方式,术中受麻醉药物、输液和消毒液擦拭皮肤、裸露手术部位等影响,容易出现体温降低的情况而影响患者的生命体征,影响术后康复。因此,术中综合保温护理非常重要,可预防低体温的发生^[1-2]。本研究选择2016年1月-2018年8月80例手术患者,随机分组。术中常规护理组选择术中常规护理,术中综合保温护理组选择术中综合保温护理。分析手术患者满意度;拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间;护理前后体温水平;伤口感染和低体温发生率,分析了术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年1月-2018年8月80例手术患者随机分组。术中综合保温护理组40例,年龄24-65岁,平均(46.79±1.79)岁。男女分别有22例和18例。ASA I~II级;其中开腹手术25例,腹腔镜手术15例,手术类型:20例胆囊炎、16例子官全切,4例卵巢肿瘤。体重(53.27±7.16)kg,身高(157.44±17.24)cm。

术中常规护理组40例,年龄24-66岁,平均(46.35±1.25)岁。男女分别有23例和17例。ASA I~II级;其中开腹手术24例,腹腔镜手术16例,手术类型:20例胆囊炎、15例子官全切,5例卵巢肿瘤。体重(53.11±7.21)kg,身高(157.45±17.01)cm。

两组一般资料可比。

1.2 手术方法

术中常规护理组选择术中常规护理,常规保温术中和术中给予维持室内温度22~25℃,调节湿度在50%左右,给予手术患者覆盖棉被,减少不必要暴露。

术中综合保温护理组选择术中综合保温护理。①术前保温。术前调节手术室温度在25摄氏度左右,保暖术区外部分,可用充气保温毯铺在体表,并密切监测体温的变化。②术中保温。术区保暖则在无菌棉敷料的基础上给予手术抗菌膜遮挡,减少皮肤散热,减少无菌单带来的冷刺激。术中液体给予水浴加温到40摄氏度,输血的血液先在水浴箱加温10分钟。③体温监测。用鼻咽探头监测体温变化。④气管导管上给予人工鼻连接,维持手术患者呼吸道内恒定的温湿度。⑤手

术切口盐水纱布覆盖需要将盐水纱布进行加温。⑥若术中手术患者出现失血性休克,体温低于36摄氏度,则需要给予手术患者立刻复温^[3]。

1.3 指标

分析比对两组满意度;拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间;护理前后体温水平;伤口感染和低体温发生率。

1.4 统计学处理

SPSS25.0软件,分别进行t、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 两组满意度分析比对

术中常规护理组患者的满意度是75%低于术中综合保温护理组的100%, $P < 0.05$ 。

2.2 护理前后体温平均水平分析比对

护理前两组体温平均水平相似, $P > 0.05$;护理后术中综合保温护理组体温平均水平优于术中常规护理组, $P < 0.05$ 。见表1。

表1: 护理前后体温平均水平分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	体温水平(摄氏度)
术中综合保温护理组	40	入室	37.22±0.34
		手术开展半小时后	37.42±0.24
术中常规护理组	40	入室	37.22±0.31
		手术开展半小时后	36.12±0.21

2.3 两组拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间分析比对

术中综合保温护理组拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间均短于术中常规护理组, $P < 0.05$ 。见表2。

2.4 两组伤口感染和低体温发生率分析比对

术中综合保温护理组伤口感染和低体温发生率低于术中常规护理组, $P < 0.05$, 见表3。

表3: 两组两组伤口感染和低体温发生率分析比对 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	伤口感染	低体温	总发生率
术中常规护理组	40	4	4	8(20.00)
术中综合保温护理组	40	1	1	2(5.00)
χ^2				6.912
P				0.015

* 通讯作者: 许晓燕

表2: 两组拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间分析比对 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	拔管时间(分钟)	手术后苏醒的平均时间(分钟)	手术后住院的平均时间(d)
术中常规护理组	40	34.12±0.21	86.12±0.21	6.12±2.21
术中综合保温护理组	40	22.12±0.13	66.12±0.21	5.12±0.21
t		6.924	7.144	6.013
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

体温过低是手术中常见的并发症。在围手术期, 患者的生理特征, 疾病, 药物, 外界环境温度和各种手术都会影响体温调节中枢, 干扰产热和散热, 而低温的发生不利于患者的手术开展和术后康复^[4-5]。通过术中全面的热疗, 体温可维持在正常范围内, 避免连续低温影响血管收缩, 引起寒战等并发症, 增加体内耗氧量。通过温热护理, 可以促进周围皮肤的温度升高, 避免体内热量散失, 更好地保持体温稳定, 减少体温过低的发生, 加快恢复, 缩短恢复时间^[6-8]。

本研究中, 术中常规护理组选择术中常规护理, 术中综合保温护理组选择术中综合保温护理。结果显示, 术中综合保温护理组满意度和体温平均水平高于术中常规护理组, P < 0.05; 术中综合保温护理组拔管时间、手术后苏醒的平均时间、手术后住院的平均时间短于术中常规护理组, P < 0.05; 术中综合保温护理组伤口感染和低温发生率低于术中常规护理组, P < 0.05。

综上所述, 手术患者实施术中综合保温护理可获得较好效果, 可有效维持体温稳定, 减少伤口感染和低温发生率, 并缩短清醒的时间和住院的时间。

参考文献

[1] 朱君. 术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响[J]. 系统医学, 2019, 4(04):148-150.
 [2] 杨璐, 赵立春. 术中综合保温护理对手术患者术中低体温与术后感染的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(80):280+283.
 [3] 刘欣娜. 术中综合保温护理对老年结肠癌患者围术期低体温及术后术区感染的影响[J]. 慢性病学杂志, 2018, 19(09):1290-1292.
 [4] 丁平. 术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(52):74+77.
 [5] 刘艳. 综合保温护理对患者术中低体温和术后感染的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2017, 15(04):534-535.
 [6] 夏海燕. 术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2014(08):123-124.
 [7] 胡潇, 张玉红, 蒋葵. 综合保温护理对老年全身麻醉择期手术患者术中低体温及术后并发症的影响[J]. 医疗装备, 2016, 29(17):140-141.
 [8] 韦冬玲. 术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(11):1517-1518.

(上接第114页)

如表3: 实验组患者并发症发生率4.88%, 比对照组患者

的21.95%低(P<0.05)。

表3: 并发症发生率[n(%)]

分组	例数	继发肺部感染	腹膜炎	呼吸衰竭	合计
实验组	41	1 (2.44)	1 (2.44)	0 (0.00)	2 (4.88) #
对照组	41	9 (9.75)	3 (7.32)	2 (4.88)	9 (21.95)

注: # 与对照组对比, $\chi^2=5.1447$, P=0.0233。

3 讨论

急性胰腺炎在临床上是一种十分常见的急腹症, 会引发患者产生腹痛、恶心等表现^[4]。个人健康行为对急性胰腺炎疾病的康复效果有直接影响。大部分急性胰腺炎患者对疾病没有一个正确的认识, 在病情得到控制后, 就会恢复过去不良的生活方式以及生活习惯, 引发病情反复发作。因此, 临床需强化个体健康教育, 使患者对疾病的防治治疗充分掌握, 对日常生活中相有关诱发因素充分了解, 引起患者的充分重视, 促使患者的依从性显著提高, 有效预防诱发因素的出现, 进而使患者的生活质量有效提高^[5]。

个体化健康教育在对患者基本情况充分掌握的前提下, 对不同人群进行相应的健康教育, 对患者的生理需求与心理需求尽可能满足; 消除患者的顾虑, 使患者的自身行为更加规范, 减少并发症的出现, 进而使患者的生活质量明显提高^[6]。

本研究显示: 实验组患者依从率97.56%, 比对照组患者的80.49%高; 实验组患者护理后生活质量评分均比对照组高; 实验组患者并发症发生率4.88%, 比对照组患者的21.95%低,

与相关研究结果一致。

总之, 急性胰腺炎护理中应用个体化健康教育效果显著, 安全性较好, 可使患者依从性与生活质量显著提高。

参考文献

[1] 徐丽丽. 个体化健康教育在急性胰腺炎护理干预中的实施效果探析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(22):197.
 [2] 谢冬莲. 急性胰腺炎护理干预中行个体化健康教育的临床效果观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(4):648-650.
 [3] 常婷利. 个性化健康教育对老年急性胰腺炎患者应用分析[J]. 河南医学高等专科学校学报, 2018, 30(1):57-59.
 [4] 乔金凤. 个体化健康教育在急性胰腺炎护理干预中的应用效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(67):293-294.
 [5] 陈怡. 对急性胰腺炎患者进行临床路径健康教育的效果探析[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(23):6-7.
 [6] 白桂华. 探讨急性重症胰腺炎患者应用护理干预的临床有效性[J]. 中国医药指南, 2016, 14(6):240-241.