

认识手术患者术中低体温的危害及预防护理方法

何凤娟

四川省巴中市通江县人民医院 636700

〔中图分类号〕R47 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 06-124-02

体温对于人体来说是极为重要的一项生理指标, 体温的恒定也是机体生理功能处于正常状态的保证。低体温是一种手术过程中常见的现象, 通常指术中患者体温 $<36^{\circ}\text{C}$, 是一种十分常见的并发症。近半数手术患者在术中均存在低体温情况, 多出现于时间较长的手术中, 其中老人和儿童是常发群体。术中低体温致使患者血压骤升, 心率提高, 耗氧量提升, 常伴随疼痛和强烈的不适感, 对患者的健康造成严重影响。因此认识手术患者术中低体温的危害并采取有效得预防护理措施十分重要。

一、低体温的影响因素

(一) 麻醉药物

手术前需要使用麻醉药物, 部分手术需要对患者进行全身麻醉。正常人体温恒定, 体温调节中枢在下丘脑, 其散热中枢和产热中枢互相调节, 保持机体体温的恒定。但是全麻药物则会阻断神经传导, 在环境温度变化的情况下, 患者体温调节中枢失去作用, 极易出现低体温。

(二) 手术室环境

通常情况下最适宜的手术室温度为 22°C - 25°C , 但是实际情况室温较低, 如果手术室温度不足 21°C , 且手术时间 $>3\text{h}$, 那么患者很容易出现低体温。在手术台上通常都装有专门的空气过滤器, 空气对流作用导致患者体温下降。因此, 手术室温度及室内空气对流是导致患者体温下降的重要因素。

(三) 输血及输液

输液及输血是手术的重要步骤之一, 如果液体温度较低则会导致患者体温下降, 例如目前很多医院的库存血温度较低, 冷液体进入到人体后需要吸收大量的热量方能保持正常温度。但是每属于 1L 液体则会导致患者体温下降 0.25°C , 最终导致患者出现低温。

(四) 手术因素

一些手术需要暴露较大的体表面积, 并且手术耗时长, 使用低温溶液进行冲洗处理极易导致患者出现低体温。在胃肠手术中较为常见, 该手术切口较大, 腹膜暴露时间较长, 水分蒸发会导致大量热量流失, 相关临床研究显示暴露时间较差会导致体温下降。同时医护人员在术中多使用生理盐水进行冲洗, 浸湿的敷料同样会导致患者体温下降。

(五) 人为因素

不同的患者其体质也不同, 如果患者身体免疫力及抵抗力不佳, 那么发生低体温的概率远远大于抵抗力较强的患者。术中没有盖好敷料, 暴露严重, 没有及时更换敷料也会导致体温下降。

(六) 年龄因素

婴幼儿各项身体机能尚未发育成熟, 体温调节能力不佳, 对其行全麻导致其体温调节能力更差, 并且受到外界因素如环境、温度的影响较大, 如果在低温环境中对婴幼儿进行手术操作, 暴露较多体表面积则会导致体温下降。同时老年患者机体活动能力较差, 对其进行全麻后低代谢状态会导致能量分解严重, 产热严重下滑, 并且老年患者肺功能衰退严重, 麻醉后呼吸较慢, 血液氧分压较差, 导致其出现体温。

二、术中低体温的危害

(一) 凝血功能

术中低体温会导致患者血小板含量减少, 血流缓慢, 凝血因子

活性不佳, 凝血功能严重退化, 很容易出现凝血障碍。

(二) 循环功能

术中低体温可增加交感神经的兴奋, 心率提升, 同时还会导致儿茶酚胺提升, 外周血管收缩以及血液粘稠度的提升, 阿胜心肌缺血和心律失常的概率非常高。并且根据相关临床研究显示, 相较于正常体温手术患者, 低体温手术患者并发心血管疾病的概率是前者的 3 倍。

(三) 新陈代谢

术中低体温可导致机体代谢率和氧需要量的下降。体温每下降 1°C 人体的代谢率和氧需要量分别会下降 6% 和 7%, 因此低体温会导致氧运输能力下降, 患者极易出现机体缺氧。因为体温的降低, 体内麻药代谢缓慢, 患者术后清醒的时间也会延长。

(四) 切口感染

相关临床研究显示, 体温的轻度降低也会导致骨髓免疫功能受损, 多核白细胞向感染位置的移动减少, 皮肤血流量降低, 抑制组织对氧的吸收, 伤口感染率随之提高。特别是一些胃肠道手术, 低体温发生切口感染的概率非常高。

(五) 内脏器官

如果患者低体温时间较长, 可能会抑制咳嗽反射, 误吸的概率较大。如果患者体温 $<34^{\circ}\text{C}$, 其胃肠功能也会受到影响, 蠕动较弱, 术后恢复时间缓慢。

三、术中低体温预防护理方法

(一) 合理调节手术室温度

如果室内温度较高则会为细菌的繁殖创造条件, 导致患者创口感染概率增加, 同时温度较高也会对临床医师产生一定的影响。因此对手术室温度进行调节时, 应确保其大于 24°C , 将湿度控制在 40%-60% 之间。如果患者为婴幼儿及老年人, 25°C 的室温较为合适。

(二) 防止患者暴露热量流失

热量主要是从患者的批复流失, 因此手术前进行麻醉处理时应为患者准备好保暖被。手术环节需要暴露手术位置时, 使用辅料将不需要进行手术的位置盖好, 防止皮肤散热。如果手术类型为胸、腹腔手术, 可以适当增加室内温度, 使用温盐水浸泡过的纱布保护术野, 以防热量流失。一些手术需要取组织病理检查, 这便需要使用皮肤保护膜对不需要进行手术的位置进行覆盖。

(三) 复合保温护理

主要是对患者进行体腔内外的保温, 如果需要进行输液操作, 并且输入液体加温温度在 37°C - 40°C 之间, 应合理调整输注速率, 确保在两小时内完成输液。静脉输入较多的低温度液体可能会导致患者出现寒颤, 尤其是冷藏血的输入可能会导致患者并发心律失常, 严重者可能会心跳骤停。所以输液及输血操作前进行加温十分必要, 医院的库存血多为 4°C , 输血前可对其进行加温处理, 将其温度提高至 35°C , 之后进行输血。但是该方法保温作用不佳, 无法有效控制液体问题, 因此可以将输液管缠绕于加温仪器上, 确保输入前液体温度适宜。

(四) 麻醉导致低体温护理方法

麻醉药物导致低体温主要是因为对神经传导功能的组织, 并且抑制了温度调节中枢的能力。因此需要医护人员根据具体情况合理控

(下转第 125 页)

小儿高热惊厥如何有效护理

钟守琼 邵泽琼 吴 勤

江安县人民医院儿科 四川宜宾 644000

[中图分类号] R473.72 [文献标识码] A [文章编号] 2095-7165 (2020) 06-125-01

小儿高热惊厥是一种较为常见的儿科病症。通常情况下，儿童发病率高于成年人发病率的 5 倍至 10 倍。根据相关医学研究可知，小儿高热惊厥并非惊厥叠加发热如此简单，一般医学认为高热惊厥指的是患儿中枢神经之外的因素所导致的，如体温超过 38℃ 以上，便有极大可能出现惊厥现象。小儿高热惊厥主要临床症状表现为发热，之后才会出现惊厥。一般情况下，坚决会在高热 12 小时之内。在患儿体温上升期间，出现全身性惊厥，在患儿意识丧失情况下，有着非常严重的影响。患儿的惊厥和体温严重程度不成正比，由此可知，科学合理的救助及护理有着非常重要的作用。

一、高热惊厥患儿症状与体征

据相关医学报道可知，高热惊厥患儿腋下体温在 38~40° 之间，大部分患儿临床症状表现为体温快速升高，最高能够达到 40.5°。患儿发病突然且丧失意识，发作惊厥时，眼球上翻、眼球斜视、头部向后仰、眼睛发直、口吐白沫、肌肉抽搐、颈椎强直、大量出汗、大小便失禁，发作之后症状自行消失。通常情况下，病情发作时间不会超过 15 分钟，但是也有极少数的患者临床表现为强直性发作，惊厥时，躯干发绀、半身性惊厥，婴幼儿高热惊厥时，临床症状表现为眼角抽动、口角抽动、双肢体交换抽动。

患儿年龄太小，脑部神经还没有完全发育好。因此，应提升其护理力度，在患儿并发高热惊厥时，应对其进行营养、病房、用药、降温护理，还应该对患儿家属进行健康知识宣讲及心理护理降温护理，指的是将冰袋或者是冰毛巾放在患儿额头、腋下、腹沟等位置，通过物理的方式降温，还可以静脉注射地西洋。如果患儿年龄小于三个月可通过退热栓的方式降温，将其塞入肛门中达到降温的目的。医护人员应定时对患儿体温进行检测并记录。病房护理指的是医护人员在患儿住院期间，应为其营造良好的病情疗养环境，使病房保持干净整洁，定期开窗通风，患儿所着衣物不应该过厚，应宽松舒适为主。此外，医护人员还应该问患儿准备吸痰器，预防发病时口腔鼻腔分泌物阻塞呼吸。营养护理指的是医护人员应满足患儿机体水分需求，帮促进毒素排出。与此同时，医护人员应对患儿家属进行健康知识宣讲及心理护理，帮助其缓解焦虑，抑郁紧张的心理，对其进行心理安抚，还应该知道家属病情相关知识使其掌握常规降温的方法。

二、高热惊厥患儿的护理

(一) 基础护理方式

家长应密切监测患儿病情发展情况，对其体温、血压、抽搐、呼吸、脉搏等生命体征进行密切监测，并做好相关记录，如病情出现变化，应立即用针对性方法进行处理。患儿应在光线柔和、环境温馨的环境

下疗养病情，避免在噪音且强光刺激的环境下，不要受到外界的干扰和强度刺激，预防患儿病情恶化。患儿病房内温度和湿度应适宜，通常情况下，应将患儿居住房间的温度范围控制在 18-22℃ 之间，将其湿度控制在 55%-60% 之间。医护人员在对患儿进行治疗护理时，应动作轻柔，集中护理治疗操作，减少挪动患儿的频次。此外，在护理安全方面，医护人员应在患儿病床旁边安装防护栏，避免患儿叠床情况导致延长治疗时间。患儿饮食方面应该注意，高热惊厥患儿的日常三餐应以流质或半流质食物为主，注意餐应该营养均衡，饮食结构应科学合理，三餐饮食应清淡，为了避免患儿发病期间出现虚脱的情况，增加其饮水量，但应该注意饮水量的增加应与患儿体质疾病的发展情况为依据。高热惊厥患儿发病时不应该禁食，应等到病情恢复之后才缓慢适应的，通过鼻饲、喂奶等方式维持营养需求。如患儿出现高热惊厥情况，医护人员应帮助其清除口中的分泌物，使其保持侧卧位或平卧位，将头部向一侧偏向，避免呕吐堵塞气管及食道，应在最短的时间内将口中的分泌物清除，使其保持呼吸道通畅，降低吸入性肺炎发病率。

(二) 对症护理方法

在高热惊厥时，想要有效控制患儿，应该用手指按压内关穴、合谷穴和人中穴位，按压时间为 3-4 分钟，尽可能的减少挪动患儿的频次，保持环境安静，避免患儿再次发生抽搐。当患儿发病时，要将头向后仰，将枕头去除，不需要垫枕头，让患儿成仰卧位，将头部偏向一侧。物理降温减少高热对机体产生的刺激，可以通过冰块或冷毛巾的方式，将冰水或者是冷毛巾放在患儿的腿、手心和额头部位，用毛巾将冰块包裹中放在患儿的颈部能够达到降温的效果。此外，还可以用浓度为 30% 的酒精为幼儿擦拭身体，例如大腿根部、腋下、周围颈部等位置，直至皮肤发红即可。

(三) 预防护理方式

针对没有高热惊厥病史的儿童来说，想要预防这一病情，应在日常生活中多参与户外运动及实践活动，提升身体素质，使其适应外界气候的变化，加强机体免疫力，使儿童能够自如面对环境变化，并以其为依据最自身穿着及行为进行调整，例如气温升高，减少衣物，气温，降低增加衣物等，有效预防感冒针。对存在高热惊厥病史的患儿来说，病情的紧急救治处理有着非常重要的作用，能够迅速缓解痉挛，维持生命体征。在患儿体温升高时应尽可能的采取物理方式将其体温降至 38℃ 以下，还可以通过药物治疗，在选择药物治疗方式时，家属应谨遵医嘱，选择合理的药物，并通过具有有效性和操作性的方式来帮助患儿减少病痛折磨。

(上接第 124 页)

制麻醉药物的剂量。

(五) 做好术前准备、术中护理及术后保温工作

在术前医护人员将患者送往手术室的过程中应为其盖好棉被，最大程度减少其暴露时间，特别是寒冷季节，应提前加温棉被。同时电热毯也能够维持体表温度。

在手术过程中，进行皮肤消毒时可以对消毒液进行适当加温，降低其刺激性，术中还需要严密监测患者体温，如果发现低体温应及

时找出原因，采取对症处理。术后对低温患者进行升温处理时，应遵循循序渐进的原则，缓慢升温，保持每小时升温 0.3-1.2℃ 的频率，如果患者低温严重并且心功能衰退严重，则需要快速升温处理，保持每小时升温 3℃ 的频率。

体温是人体重要的生命体征，术中不仅需要加强对患者呼吸、脉搏、心率的监测，体温同样至关重要。术中低体温可导致多种不良反应，严重者可能会出现死亡。所以认识手术患者术中低体温的危害并采取有效的预防护理措施十分重要。