

# 循证护理用于经皮肾镜取石术中预防低体温的效果观察

黎晓燕, 刘刚, 顾超琼, 陈富昌, 罗权海

基金项目: 广西卫生厅重点科研课题(编号:桂卫重200722); 广西卫生厅科研课题(编号:Z2011457)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院手术室(黎晓燕,顾超琼),泌尿外科(刘刚); 530022 南宁,广西医科大学(在读研究生)(陈富昌,罗权海)

作者简介: 黎晓燕(1977-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:手术室护理及管理工作。E-mail:ddlxy@163.com

通讯作者: 刘刚(1972-),男,医学硕士,硕士研究生导师,副主任医师,研究方向:泌尿结石的诊治。E-mail:dr.lg@163.com

**[摘要]** **目的** 探讨循证护理对经皮肾镜取石术中低体温的预防效果。**方法** 60例患者随机分为常规护理组(A组)和循证护理组(B组),A组实施常规护理,B组采用循证护理制定预防低体温的护理干预措施,观察两组患者手术前后体温的变化程度及低体温、寒战等不良反应发生率。**结果** A组术后体温平均降低0.8℃,低体温发生率为20.0%,寒战发生率为30.0%;B组术后体温平均降低0.5℃,低体温发生率为3.3%,寒战发生率为6.7%,B组效果优于A组( $P$ 均 $<0.05$ )。**结论** 循证护理可有效地减轻经皮肾镜取石术中体温的降低程度。

**[关键词]** 循证护理; 经皮肾镜取石术; 低体温; 预防

**[中图分类号]** R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)08-0783-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.08.34

经皮肾镜取石术(PCN)是手术治疗肾脏结石的主要方式之一,但患者术中容易出现体温降低。循证护理(evidence-based nursing,EBN)是以有价值、可信的科学研究作为证据,提出问题,寻找并运用实证对患者进行最佳的护理<sup>[1]</sup>。本研究将EBN运用于PCN低体温的预防,取得良好效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2010-08~2011-09在腰麻和连续硬膜外联合麻醉下行PCN患者60例,均无明显的尿路感染及基础疾病。随机分成常规护理组(A组)和EBN组(B组),两组各30例。两组年龄、性别、体重、手术出血量、手术时间、冲洗液量等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表1。

表1 两组一般资料比较 $[(\bar{x} \pm s), n]$

组别	例数	性别		年龄(岁)	体重(kg)	手术时间(min)	冲洗液量(ml)	出血量(ml)	补液量(ml)
		男	女						
A组	30	16	14	45.1 ± 8.8	60.9 ± 8.3	145 ± 51	30767 ± 12383	134 ± 128	2517 ± 772
B组	30	17	13	40.0 ± 10.1	50.5 ± 10.0	127 ± 27	34780 ± 13528	208 ± 137	2373 ± 531
$t/\chi^2$	-	0.07	0.214	1.830	1.767	-1.199	-0.264	0.838	
$P$	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

**1.2 护理方法** A组按常规手术护理操作,不用加温液体等措施。B组根据EBN的原则,通过检索文献系统寻找和分析低体温产生的原因,制定相应的EBN干预措施。

**1.2.1 EBN问题提出** 围手术期核心体温在36℃以下称为低体温<sup>[2]</sup>。低体温可降低患者肝脏代谢功能使麻醉药物代谢时间延长,使凝血时间延长手术出血量增加<sup>[4]</sup>,可

发生降低机体免疫力及影响术后恢复等不良反应,若体温短时间快速降低可以引起心律失常,甚至引起心脏骤停<sup>[5,6]</sup>。PCN患者容易出现低体温,如何控制患者的体温降低是保证手术安全的关键<sup>[7]</sup>,因此我们将PCN患者体温降低的预防作为EBN问题的提出。经文献分析认为,引起PCN患者体温降低的主要原因有:(1)环境因素:当环境温度与病人体温

相差过大会导致辐射和对流散热显著增加。研究发现当手术室的温度低于 21 ℃,患者容易出现体温降低<sup>[8]</sup>。(2)麻醉方法:采用腰麻和连续硬膜外联合麻醉,麻醉后神经阻滞区域的血管不能代偿性收缩,削弱了机体对寒冷的血管收缩防御反应,体温向外传导增加<sup>[9]</sup>。(3)手术区皮肤的裸露与消毒:PCN 手术需要两个步骤两种体位,由于手术时间较长、体表裸露面积大、两次术野消毒,所以身体热量丢失明显,容易使体温下降。如果使用挥发性消毒液,挥发时会带走大量热量,进一步使体温下降<sup>[10]</sup>。(4)浸湿的手术单:PCN 过程中需大量灌洗液以冲洗肾脏集合系统,灌洗液流出时易浸湿无菌手术单及床单,使患者体温散热增加<sup>[7]</sup>。(5)室温液体的灌注与吸收:常规使用的液体为室温液体,不会引起严重不良反应。但我们研究发现 PCN 灌洗液使用量一般为 18 000 ~ 50 000 ml,最多可达 75 000 ml。由于手术室温度维持在 20 ~ 24 ℃,明显低于人体温度,大量室温液体流经机体,会起到了“冷稀释”作用,可导致机体温度下降,寒战发生率增多<sup>[11]</sup>。成人静脉每输入 1 000 ml 环境温度下液体或每输入一个单位(200 ml)4 ℃ 血液,中心体温会降低 0.25 ℃<sup>[5]</sup>。

1.2.2 EBN 干预措施 (1)适宜的手术室温度:手术室温度最好不低于 24 ℃<sup>[12]</sup>。(2)增加保暖覆盖物和保持覆盖物干燥:①在不手术部位用多层保暖布巾遮盖;②用隔水中单包裹靠近术野侧覆盖物边缘避免覆盖物被浸湿;③采用 3M 手术粘覆盖术野裸露皮肤,可减少皮肤散热<sup>[13]</sup>。(3)使用不挥发消毒液:用碘伏代替挥发性的消毒液<sup>[6]</sup>。(4)使用适度加温液体:将术中使用的液体用恒温箱加温至 35 ~ 38 ℃,既可以有效减少机体热量损失,又不会对机体产生不良影响<sup>[14]</sup>。对有出血倾向和高热患者应慎用,以免诱发不良反应。

1.2.3 观测指标 手术前后的体温变化,术中低体温及寒战等不良反应的发生率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,两组均数比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术前后体温变化比较 两组患者术前体温比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );两组患者 PCN 术后体温均较术前明显降低 ( $P$  均  $< 0.01$ ),但 B 组体温降低的程度明显轻于 A 组 ( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 2 两组患者手术前后体温变化比较 [ $(\bar{x} \pm s)$ , ℃]

组别	例数	术前	术后	<i>t</i>	<i>P</i>
A 组	30	36.83 ± 0.47	36.03 ± 0.27	9.089	<0.01
B 组	30	36.80 ± 0.47	36.36 ± 0.38	6.123	<0.01
<i>t</i>	-	0.248	-3.86	-	-
<i>P</i>	-	>0.05	<0.01	-	-

2.2 寒战和低体温等不良反应发生率比较 B 组低体温、寒战的发生率显著低于 A 组 ( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者术中低体温和寒战的发生率比较 [ $n(\%)$ ]

组别	例数	低体温	寒战
A 组	30	6(20.0)	9(30.0)
B 组	30	1(3.3)	2(6.7)
$\chi^2$	-	4.04	5.45
<i>P</i>	-	<0.05	<0.05

3 讨论

EBN 是新医学模式下护理人员护理患者的一个实践过程,是从临床护理中发现问题,通过查阅相关文献为临床问题寻求最佳解决方法,并通过临床工作加以认证,最终解决临床护理问题的“工作模式”<sup>[1]</sup>。它有效增强了护理工作的科学性,提高了护理质量,也提高了护理人员综合分析解决临床问题的能力。EBN 流程:临床护理问题→查阅文献→初步确定可能的解决方法→制定临床解决方案→临床实践检验。我们通过护理循证证实引起 PCN 低体温的主要原因有:手术室的低温环境,腰硬膜外联合麻醉后神经阻滞区域的血管不能代偿性收缩,PCN 手术时间较长、体表裸露面积大、需要两次消毒,大量室温液体灌注与吸收的“冷稀释”作用,PCN 灌洗液容易浸湿手术单不利于保温等。我们针对以上原因采取 EBN 措施:(1)调节手术室温度不低于 24 ℃;(2)增加保暖覆盖物、使用隔水单保持覆盖物干燥、采用手术粘覆盖术野裸露皮肤减少皮肤散热;(3)用碘伏等不挥发性消毒液;(4)使用 35 ~ 38 ℃ 的加温液体。这些措施有效地减少了 PCN 患者的体温降低和寒战的发生。

参考文献

- 1 谢粟梅,刘小芳.循证护理——护理新模式[J].中华现代护理学杂志,2005,2(14):1256-1257.
- 2 杭燕南,庄心良,彭家,等.当代麻醉学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:1178-1179.
- 3 Frank SM,Beattie C,Christopherson R,et al. Epidural versus general anesthesia ambient operation room temperature and patient age as of inadvertent hypothermia [J]. Anesthesiology, 1992, 77 (2): 252 - 257.
- 4 Valeri CR,Feingold H,Cassidy G,et al. Hypothermia induced reversible platelet dysfunction[J]. Ann Surg,1987,205(2):26-28.
- 5 刘鹏,程晓冬,高威,等.全麻下患者手术期体温变化的研究[J].中国实用护理杂志,2004,20(3):3-4.
- 6 李娜,倪元红.围手术期低体温对机体的影响及护理研究进展[J].医疗装备,2011,24(4):56.
- 7 顾超琼,黎晓燕,刘刚.泌尿外科微创手术中灌洗液温度对机体的影响[J].微创医学,2010,5(5):497.
- 8 李莉.老年患者术中低体温的原因分析及预防护理[J].护士进修杂志,2008,23(24):2273-2274.
- 9 刘怀清,冉隆青,刘祥平.硬膜外和全麻期间体温变化对氧摄取量的影响[J].重庆医学,2006,35(8):681-682.
- 10 张颖.预防手术中低体温的护理进展[J].护理研究,2008,22(6):1413.

- 11 顾超琼,刘刚,黎晓燕,等.不同温度冲洗液对微创经皮肾镜取石术老年病人体温影响的研究[J].护士进修杂志,2010,25(2):106.
- 12 李恭会,张志根,李新德.经尿道前列腺切除术病人围手术期低温及其影响[J].国外医学(泌尿系统分册),2001,21(5):204-205.
- 13 陈爱云.预防低体温的护理措施[J].中国卫生产业,2011,8(4):33.
- 14 杨春霞,朱虹.全麻患者术后苏醒期低体温原因分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(8):103.
- [收稿日期 2012-01-04][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

## 护理研讨

# 小儿手足口病护理体会

黄艳玲

作者单位:535000 广西,钦州市第一人民医院儿科

作者简介:黄艳玲(1971-),女,大学本科,主管护师,研究方向:儿科临床护理。E-mail:1209271714@qq.com

**[摘要]** **目的** 探讨手足口病(HFMD)的最佳护理措施,促进 HFMD 患儿的康复。**方法** 对 2009-01~2011-01 收治的 640 例 HFMD 患儿的临床资料进行回顾性分析。**结果** 640 例患儿均治愈出院,未出现死亡病例。**结论** 加强 HFMD 患儿的临床护理可以防治并发症及提高治愈率。

**[关键词]** 手足口病; 护理; 肠道病毒

**[中图分类号]** R 473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)08-0785-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.08.35

手足口病(hand-foot-mouth disease, HFMD)是一种由肠道病毒(EV)引起的传染病,多发生于5岁以下儿童,引起 HFMD 的病毒有很多,主要以柯萨奇病毒 A16 型、肠道病毒 71 型最为常见。四季均可发病,以夏秋季高发,常呈暴发流行趋势<sup>[1]</sup>。多数患儿症状较轻,常以手、足、口腔、臀部等部位的疱疹为首发症状,少数患儿可引起心肌炎、病毒性脑膜炎、脑炎、急性弛缓性麻痹、肺水肿等并发症<sup>[2]</sup>,个别重症患儿如果病情发展快,可导致死亡<sup>[3]</sup>。为探讨小儿 HFMD 的临床护理措施,对本院 2009-01~2011-01 收治的 640 例 HFMD 患儿的临床资料进行回顾性分析,现将护理体会报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 640 例患儿,男 389 例,女 251 例,年龄 0.25~10(4.0±0.5)岁,其中 502 例明显接触过 HFMD 患儿,<1 岁 12 例,1 岁~73 例,2~3 岁 182 例,4~5 岁 308 例,>5 岁 65 例。294 例患儿有持续性发热,体温为 38.0~40.5℃,口腔黏膜和唇内有散在疱疹,有咽痛、咳嗽、流涕等类似上呼吸道感染症状;640 例患儿手心、足心及臀部均见皮肤斑丘疹,以足心部为最多;在两侧颊黏膜、软腭陆续出现疱疹、水泡破溃后形成的小溃疡,咽痛、咳嗽、流涕,影响进食甚至拒食。同时手足远端部位特别是手掌、足底外侧也出现椭圆形或圆形扁平小至米粒、大至豌豆大、内有混浊液体、边缘充血的疱疹性疱疹。所有患儿均经临床及实验室检查确诊,全部按照

卫生部《手足口病诊疗指南》进行治疗<sup>[4]</sup>。

## 1.2 护理方法

**1.2.1 消毒隔离** HFMD 主要通过呼吸道、消化道途径传播,患儿一经确诊立即给予隔离管理,保持病房内空气新鲜、流通,温度适宜,减少人员进出患儿房间、禁止吸烟、防止空气污浊,避免交叉感染;病房使用 500 mg/L 的有效氯溶液擦地板和喷洒消毒液 2 次/d,紫外线灯空气消毒 30~40 min/次,2 次/d;使用 500 mg/L 的有效氯消毒剂对盛放患儿粪便及排泄物的容器作用 2 h 后倾倒入指定地点;与患儿接触过的人员均按照规范洗手法洗手后用安多福 0.1% PVP-I 消毒液(以下简称安多福)消毒;每例患儿床头配备安多福消毒液并对家属进行宣教;患儿出院后所使用过的床单、被服及其他病房物品使用 500 mg/L 的有效氯溶液消毒;儿童玩具、餐具及其他各种用具应做好终末消毒。

**1.2.2 发热护理** HFMD 患儿一般为低中度发热,无需特殊处理,体温 38.5℃ 以下可以通过多喝水降温;>38.5℃ 可行冰敷、温水擦浴等物理降温,如效果不理想遵医嘱给予退热药物,有高热惊厥史的患儿,要注意观察有无惊厥发作的征象,备好压舌板、吸氧设备及抗惊厥急救药品。热退后患儿出汗较多,应及时补充水分、擦干汗液、更换衣物床单并及时注意四肢保暖。

**1.2.3 休息及饮食护理** 患儿发病 1 周内应卧床休息,根据患儿的饮食习惯制作可口清淡的高热量高蛋白高维生素、