

保温护理对老年腹部手术患者术中低体温及手术应激反应的影响

黄 倩

作者单位: 430000 湖北, 武汉大学中南医院手术室

作者简介: 黄 倩(1990-), 女, 大学本科, 医学学士, 护师, 研究方向: 术中护理。E-mail: 1914466828@qq.com

【摘要】 目的 探讨保温护理对老年腹部手术患者术中低体温及手术应激反应的影响。**方法** 选取该院收治的老年腹部手术患者 128 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 各 64 例。对照组实施常规护理, 观察组在常规护理的基础上实施综合保温护理, 比较两组术中低体温发生率、手术前后各应激指标和术后并发症发生情况。**结果** 观察组术中低体温发生率(28.13%)低于对照组(76.56%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组术后 C 反应蛋白(CRP)、肾上腺激素(AD)和去甲肾上腺激素(NE)水平均高于麻醉前($P < 0.05$), 观察组上述指标水平明显低于对照组($P < 0.05$), 术后寒战和躁动发生率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 实施保温护理能减少老年腹部手术患者术中低体温的发生, 减轻手术应激反应, 减少寒战、躁动等术后并发症。

【关键词】 保温护理; 老年; 术中低体温; 应激反应

【中图分类号】 R 473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2019)05-0563-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.05.26

围手术期低体温是手术患者常见并发症之一, 其中术中低体温是指手术过程中患者核心温度非计划性低于 36°C 。老年腹部手术患者受手术操作、保温措施不到位和冲洗液温度等因素影响, 且老年人脏器储备功能下降, 易出现机体退行性病变, 因此较其他年龄段人群更易出现术中低体温。研究^[1]指出老年腹部手术患者术中低体温的发生率为 50%~70%。持续低体温会影响麻醉恢复速度, 导致患者免疫功能下降和凝血功能障碍, 引发各种应激反应, 加大心律失常、心肌梗死、术后伤口感染等严重并发症的发生风险^[2], 对手术疗效及预后不利。本研究对我院收治的老年腹部手术患者实施保温护理, 旨在观察其应用效果, 为临床护理工作提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017-01~2018-06 收治的老年腹部手术患者 128 例。纳入标准: (1) 美国麻醉学会(ASA)分级 I~II 级; (2) 年龄 ≥ 65 岁; (3) 可耐受麻醉手术, 无神经疾病或内分泌疾病史; (4) 患者及家属充分了解麻醉及手术风险, 签署知情同意书。排除标准: (1) 合并精神疾病或心理疾病者; (2) 术前合并发热或感染者; (3) 拒绝配合治疗或手术期间意外死亡者。采用随机数字表法分为观察组和对照组, 各 64 例。观察组男 34 例, 女 30 例; 年龄

65~82(71.24 ± 2.49) 岁; 体重 43~94(69.21 ± 10.07) kg, 体重指数(22.89 ± 2.24) kg/m^2 ; 手术部位肝胆 28 例, 胃 24 例, 直肠 12 例; 手术时间 164~236(203.44 ± 37.80) min。对照组男 35 例, 女 29 例; 年龄 67~84(72.04 ± 2.53) 岁; 体重 42~95(68.83 ± 10.12) kg, 体重指数(22.93 ± 2.20) kg/m^2 ; 手术部位肝胆 30 例, 胃 23 例, 直肠 11 例; 手术时间 162~235(202.96 ± 38.47) min。两组基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 方法 所有患者在术前行全身麻醉, 选择合适体位实施手术。对照组接受常规护理: 手术室温度调节至 $22 \sim 25^{\circ}\text{C}$, 术中穿保暖脚套, 盖充气式保温毯, 尽可能覆盖不宜裸露在外的皮肤, 输血、静脉输液和灌洗液均在室温下进行。观察组在对照组的护理基础上给予综合保温护理, 措施如下: (1) 尽量选择短时间即可通过或相对较温暖的过道进入手术室, 将恒温为 40°C 的电热毯盖于患者身上, 保证温暖及舒适度。如有部分肢体裸露在外, 可使用手术巾或毛巾包裹以保暖。(2) 迅速消毒, 缩短涂抹药液的时间, 避免皮肤长时间裸露, 皮肤消毒并待体温回升后调节室内温度; 使用液体加温器将药液温度维持在 $35 \sim 37^{\circ}\text{C}$, 如需少量输血则将血液常温放置

30 min 后再静注,需大量输血者提前加温血液,并使温度维持在 30 ℃ 左右;消毒时选择温度为 37 ℃ 的生理盐水,止血面纱经温盐水浸泡后使用。(3)间歇性擦拭或止血使用经温盐水浸泡过的敷纱,暂停手术时第一时间使用温纱布妥善覆盖切口。(4)密切观察患者的各项生命体征,病房内温度维持在 26 ℃ 以上,如因失血性休克致体温降至 36 ℃ 以下则实施人工复温。(5)保温护理措施持续至术后 24 h,再酌情调整;手术结束前 30 min 做好病房室内及床上保温。

1.3 观察指标 (1)采用多功能监护仪监测患者机体核心温度,记录麻醉前基础体温和手术结束后体温,术中任一监测点发现体温低于 36 ℃ 视为低体温^[3]。统计两组术中低体温发生例数。(2)于麻醉前和手术结束后检测并记录 C 反应蛋白(CRP)、肾上腺激素(AD)和去甲肾上腺激素(NE)水平。采用免疫透射散射浊度法检测 CRP,采用放射免疫法检测 AD、NE 水平,严格按规程操作。(3)由恢复室护士统计两组术后寒战(术后 30 min 内有不能自主的肌肉收缩抽动)、躁动(术后肢体出现躁动并有反抗表现,或发出不能抑制的呼喊等)发生例数。

1.4 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计软件分析数据,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以百分率(%)表示,两组比较采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中低体温发生情况比较 观察组术中低体温发生率低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组术中低体温发生情况比较[*n*(%)]

组 别	例数	35.0 ~ 35.9℃	34.0 ~ 34.9℃	<34.0℃	发生率
观察组	64	16(25.00)	2(3.13)	0(0.00)	18(28.13)
对照组	64	28(43.75)	15(23.44)	6(9.38)	49(76.56)

注: $\chi^2 = 30.097, P = 0.000$

2.2 两组麻醉前和手术后应激反应指标变化情况比较 两组术后各指标水平均高于麻醉前(*P* < 0.05),观察组手术后各指标水平均低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2~4。

表 2 两组麻醉前和手术后 CRP 水平比较[($\bar{x} \pm s$), ng/L]

组 别	例数	麻醉前	手术后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	64	6.72 ± 3.74	81.79 ± 12.34	46.576	0.000
对照组	64	6.59 ± 3.81	109.73 ± 13.26	59.806	0.000
<i>t</i>	—	0.195	12.399		
<i>P</i>	—	0.846	0.000		

表 3 两组麻醉前和手术后 AD 水平比较[($\bar{x} \pm s$), pmol/L]

组 别	例数	麻醉前	手术后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	64	50.11 ± 12.80	103.25 ± 22.50	16.423	0.000
对照组	64	49.50 ± 13.79	181.42 ± 22.17	40.422	0.000
<i>t</i>	—	0.259	19.800		
<i>P</i>	—	0.796	0.000		

表 4 两组麻醉前和手术后 NE 水平比较[($\bar{x} \pm s$), pmol/L]

组 别	例数	麻醉前	手术后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	64	156.05 ± 34.26	158.70 ± 31.27	0.457	0.648
对照组	64	155.43 ± 31.20	172.38 ± 34.24	2.927	0.004
<i>t</i>	—	0.107	2.361		
<i>P</i>	—	0.915	0.019		

2.3 两组术后寒战和躁动发生率比较 观察组术后寒战和躁动发生率均低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 5。

表 5 两组术后寒战和躁动发生率比较[*n*(%)]

组 别	例数	寒战	躁动
观察组	64	3(4.69)	9(14.06)
对照组	64	24(37.50)	27(42.19)
χ^2	—	20.700	12.522
<i>P</i>	—	0.000	0.000

3 讨论

3.1 手术是目前临床广泛应用的治疗疾病的手段之一,失血、疼痛、检查、诊断和治疗所造成的躯体暴露以及药物、液体输注均会降低患者原有体温。术中受麻醉和肌松药物影响患者会丧失大量热量,造成术中低体温^[4]。低体温是手术患者预后不良的独立危险因素,如何减少术中低体温现象发生,减轻手术应激反应,减少术后并发症一直是临床医护人员关注的重要问题。

3.2 保温护理是手术室护理的重要内容之一,可为患者提供温暖舒适的治疗体验,被认为是预防老年手术患者术中低体温发生的有效手段^[5],在缓解疼痛、缩短住院时间、预防并发症和促进患者早日康复等方面均有重要应用价值。老年患者自身免疫力下降、基础代谢率降低、心血管储备功能下降、接受全麻手术者体温调节能力下降、术中部分身体部位裸露及常温下输血输液等因素均极易使老年患者发生术中低体温。因此,应在围手术期重视患者保温护理工作,避免出现低体温。本研究结果显示,观察组术中低体温发生率低于对照组,表明实施保温护理

能减少术中低体温发生,与既往研究结论一致^[6]。这与保温护理可使老年患者处于温暖舒适的恒温环境,避免或减少因外界环境、输注液体温度较低或其他因素所造成的热能损耗,使患者在术中保持体温恒定有关。

3.3 应激反应是人体面对应激源所引发的个体非特异性全身反应,手术创伤、气管插管和疼痛等因素是引发应激反应的主要原因^[2]。正常适当的应激反应有助于调节机体免疫力,过度的应激反应会使交感神经兴奋,改变机体能量代谢甚至导致器官衰竭^[2]。手术过程中实施保温护理能降低血浆皮质醇和血糖水平,控制胰岛素的升高幅度及水平,有效减轻应激反应^[7]。本研究发现,手术结束后两组患者的各应激反应指标均高于麻醉前,提示手术是引发机体应激反应的重要因素。本研究还发现观察组术中 CRP、AD 和 NE 水平均明显低于对照组,表明实施保温护理能有效减轻患者应激反应,这与实施保温护理后可使患者体温维持稳定^[8],促进麻醉苏醒,使其更加温暖舒适,减轻因交感神经兴奋所造成的不良反应等因素有关。本研究还发现,观察组术后寒战、躁动等并发症的发生率明显低于对照组,提示实施保温护理能减少术后寒战、躁动现象,这与保温护理能减少术中低体温发生,保持患者体温稳定

和提高舒适度有关。

综上所述,实施包括保温毯覆盖、皮肤包裹、输血输液加温和营造温暖环境等措施在内的保温护理能有效预防术中低体温发生,减轻手术应激反应,减少术后并发症发生,可在临床推广应用。

参考文献

- 1 石春静,常宗娥.综合保温护理对老年患者术中低体温及术后并发症的影响[J].齐鲁护理杂志,2014,20(20):21-23.
- 2 陈海燕,伍玲令.术前预热对患者术中低体温发作的保护作用[J].中国临床新医学,2018,11(3):289-291.
- 3 莫惠美.保温护理对髋关节置换术中低体温的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(4):953-955.
- 4 胡丹.保温护理对手术室患者术中应激的影响[J].中国当代医药,2016,23(33):192-194.
- 5 李旭.常规保温与复合保温在老年骨科患者术中低体温护理中的应用效果对比[J].吉林医学,2018,39(6):1179-1182.
- 6 陈月秀.综合保暖护理对术中低体温及术后寒战的影响[J].护理实践与研究,2016,13(11):87-88.
- 7 罗朝晖,唐小红,罗秀艳,等.术中体温监护及保温干预在老年骨折手术治疗中的应用效果[J].实用临床医学,2017,18(2):49-50,53.
- 8 周彩霞.老年腹部手术中不同保温护理措施对患者体温变化及应激反应的影响[J].中国初级卫生保健,2016,30(12):83-84,87.

[收稿日期 2019-01-26][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

护理研讨

正强化理论对颈椎病康复治疗患者自我效能及心理韧性的影响

刘爱娟

作者单位: 450000 郑州,河南中医药大学第三附属医院风湿骨病科
作者简介: 刘爱娟(1980-),女,大学本科,主管护师,研究方向:风湿骨病护理。E-mail:laj5586@126.com

[摘要] **目的** 探讨正强化理论在颈椎病康复治疗患者护理中的应用及对患者自我效能、心理韧性的影响。**方法** 选取 2016-10~2017-12 该院收治的颈椎病康复治疗患者 648 例,按患者入组意愿分为对照组和观察组,各 324 例。选取 20 名女护士随机分为 A、B 两个护理组,每组 10 名。对照组由 A 组护士进行常规护理干预,观察组由 B 组护士在对照组常规护理基础上进行正强化干预,同时护士长对 B 组护士行正强化干预。比较两组患者干预前后视觉模拟评分(VAS)、一般自我效能量表(GSES)评分、心理弹性量表(CD-RISC)评分及两组护士干预前后护士的 GSES 评分、患者满意度及疗效。**结果** 干预后两组 VAS 评分均下降($P<0.05$),观察组较对照组降低幅度更大($P<0.05$);干预后两组 GSES、CD-RISC 评分均上升($P<0.05$),观察组较对照组上升幅度更大($P<0.05$);干预前两组护士 GSES 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),干预后 B 组