

# 预见性综合保温措施对手术室患者术后生活质量的影响

周佳 (河北省三河市医院, 河北三河 065200)

**摘要:** 目的 探讨预见性综合保温措施对手术室患者术后生活质量的应用效果。方法 选取2019年2月~2020年11月我院手术室行外科手术患者86例,随机分为干预组和常规组各43例,常规组采用常规保温措施,干预组给予预见性综合保温措施,比较两组患者体温变化情况、术后生活质量、氧化应激反应指标变化及并发症发生情况。结果 两组患者术前和术后体温差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ; 干预组术中体温高于常规组,  $P < 0.05$ 。干预组生理功能、躯体功能、社会功能和物质生活评分明显高于常规组,  $P < 0.05$ 。干预组NE和AD均低于常规组,  $P < 0.05$ 。干预组不良反应发生率明显低于常规组,  $P < 0.05$ 。干预组患者护理总满意度明显高于常规组,  $P < 0.05$ 。结论 预见性综合保温措施可提高手术室患者术后生活质量,维持术中体温稳定,减轻患者氧化应激反应,减少并发症的发生,患者满意度较高,值得进一步推广应用。

**关键词:** 综合保温措施; 手术室; 术后生活质量; 应用效果

稳定的体温是保障人体各部分机能新陈代谢的重要条件。在手术治疗中,由于麻醉、手术创伤、低温环境等因素,可能引发患者发生低体温现象<sup>[1]</sup>。低体温是指核心体温在 $34^{\circ}\text{C}$ ~ $36^{\circ}\text{C}$ ,是手术患者较为常见的一种并发症,如未采取有效护理措施,可导致患者休克甚至死亡<sup>[2]</sup>。围术期患者术中低温发生后可导致患者机体凝血功能发生异常,免疫力降低,增加手术部位感染发生风险,影响药物代谢、心肌收缩力、肾脏功能,影响患者术后康复,进而影响患者术后生活质量<sup>[3]</sup>。故需加强手术室护理,充分保障体温稳定。传统的盖被方式保温效果一般,对低体温预防效果不甚理想<sup>[4]</sup>。本研究探讨预见性综合保温措施对手术室患者术后生活质量的应用效果,现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2019年2月~2020年11月我院手术室行外科手术患者86例,排除急慢性感染、凝血功能障碍、术前体温异常患者,随机分为干预组和常

规组各43例。干预组:男24例,女19例;年龄19~63岁,平均年龄( $41.15 \pm 5.03$ )岁;麻醉方式:全麻插管23例,硬膜外麻醉20例;手术类型:外科手术25例,妇科手术10例,泌尿手术8例。常规组:男23例,女20例;年龄24~72岁,平均年龄( $42.34 \pm 5.11$ )岁;麻醉方式:全麻插管22例,硬膜外麻醉21例;手术类型:外科手术26例,妇科手术11例,泌尿手术6例。两组患者一般资料无统计学差异( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 研究方法

常规组采用常规保温措施。关注患者体温变化情况,将患者体温维持在适宜范围内,用被褥将患者非手术区域皮肤盖住,以维持患者温度。

干预组给予预见性综合保温措施。(1)术前调高手术室温度,通常为 $24^{\circ}\text{C}$ ~ $26^{\circ}\text{C}$ ,用低温仪对手术台进行加温,温度控制在 $37^{\circ}\text{C}$ 左右。(2)术中尽量减少患者皮肤暴露,对非手术区域皮肤采取双层敷料包裹;对患者进行静脉输注前,需先对液体进行预加热,使液体温度与患者体温基本保持一致,术中需输血者,采用加温仪使血液制品温度达到 $37^{\circ}\text{C}$ ,避免输注低于患者体温的液体;为患者使

用加温毯,患者采取适宜体位,经加温毯维持患者机体核心温度,使用过程中需避免患者皮肤与加温毯直接接触。(3)术后,使用加温毯使热空气包围患者,减少热量流失。如患者末梢皮肤温度较低,则使用热水袋等物品进行适当加温,密切观察末梢循环改善情况,避免出现烫伤。

### 1.3 观察指标

(1)比较两组患者体温变化情况,分别于术前、术中1h、术后1h进行体温测定。(2)采用健康调查简表(SF-36)对患者的生活质量进行评估,包括生理功能、躯体功能、社会功能和物质生活4项内容,分值分别为0~100分,分值越高表示患者生活质量越高。(3)比较两组手术前后氧化应激反应指标,包括去甲肾上腺素(NE)和肾上腺素(AD)。(4)观察两组患者术后不良反应发生情况,包括切口感染、心律不齐、血液灌注不足、压疮等。(5)采用满意度评价器统计两组患者护理满意度,包括非常满意、一般满意和不满意。

### 1.4 统计学方法

数据处理采用SPSS 23.0统计学软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验,计数资料用比率表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组体温变化情况比较

两组患者术前和术后体温差异无统计学意义, $P > 0.05$ ;干预组术中体温高于常规组, $P < 0.05$ 。见表1。

组别	n	术前	术中	术后
干预组	43	36.75 ± 0.32	36.43 ± 0.43	36.89 ± 0.38
常规组	43	36.79 ± 0.36	35.56 ± 0.28	36.83 ± 0.47
t		0.545	11.118	0.651
P		0.587	0.000	0.517

### 2.2 两组术后生活质量比较

干预组生理功能、躯体功能、社会功能和物质生活评分明显高于常规组, $P < 0.05$ 。见表2。

表2 两组术后生活质量比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	生理功能	躯体功能	社会功能	物质生活
干预组	43	68.74 ± 6.95	65.04 ± 5.91	64.42 ± 6.97	66.84 ± 6.84
常规组	43	55.95 ± 5.06	54.97 ± 4.95	53.46 ± 5.03	55.38 ± 5.76
t		9.756	8.566	8.361	8.404
P		0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.3 两组手术前后氧化应激反应指标比较

干预组NE和AD均低于常规组( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组手术前后氧化应激反应指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	观察时间	NE ( $\rho\text{mol/L}$ )	AD ( $\rho\text{mol/L}$ )
干预组 (n=43)	手术前	121.85 ± 14.78	61.91 ± 5.93
	手术后	150.25 ± 8.14* $\Delta$	113.84 ± 14.86* $\Delta$
常规组 (n=43)	手术前	122.15 ± 14.05	60.09 ± 5.95
	手术后	176.75 ± 5.08*	185.09 ± 17.99*

注:与常规组比较, $\Delta P < 0.05$ ;与手术前比较,\* $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组不良反应发生率比较

干预组不良反应发生率明显低于常规组, $P < 0.05$ 。见表4。

表4 两组不良反应发生率比较[n, (%) ]

组别	n	切口感染	心律不齐	血液灌注不足	压疮	总发生率
干预组	43	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	1(2.33)	3(6.98)
常规组	43	2(4.65)	3(6.98)	3(6.98)	2(4.65)	10(23.26)
$\chi^2$						4.440
P						0.035

### 2.5 两组患者满意度比较

干预组患者护理总满意度明显高于常规组, $P < 0.05$ 。见表5。

表5 两组患者满意度比较[n, (%) ]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
干预组	43	33(76.74)	9(20.93)	1(2.32)	42(97.67)
常规组	43	17(39.53)	20(46.51)	6(13.95)	37(86.05)
$\chi^2$					12.863
P					0.002

## 3 讨论

随着医疗技术高速发展,手术治疗已成为大多数重大疾病的首选治疗方式,术中大量静脉输液、长时间肢体暴露等均可能影响患者体温,体温下降后患者并发症较多<sup>[5-6]</sup>。核心体温降低是导致机体血流动力学紊乱的重要原因,且持续低体温可累及

肝脏功能,从而引起凝血因子分泌发生异常,导致机体出现凝血功能紊乱<sup>[7]</sup>。持续的低体温状态不仅影响患者血流动力学稳定性,导致患者应激反应,且延迟患者苏醒时间,增加术后并发症发生率<sup>[8]</sup>。相关数据显示<sup>[9]</sup>,如患者术中体温低于35℃,患者机体耗氧量下降,外周血管紊乱,可能引发心率变化等不良事件,故在手术过程中给予患者恒温支持可有效保障患者机体功能正常运转。

常规手术室护理重视术前准备,遵医嘱配合手术,观察患者各项生命体征等,且术中所使用的麻醉药物和消毒液等物品没有经过加热处理,导致患者出现体温快速下降的情况<sup>[10]</sup>。预见性综合保温措施强调灵活变化室内温度,采用保温毯对患者进行辅助保温,对静脉输注液体进行预加热,通过采用呼吸道气体加温、对二氧化碳气体加温等措施,能有效减少能量散发,并强化非手术区域皮肤的保暖措施,可将患者温度控制在合理范围内。实施预见性综合保温措施时,应在术前将手术室内温度调至24℃~26℃,使患者可在舒适的环境中进行手术,也可在一定程度上缓解患者手术前的紧张焦虑情绪,并提前将各种体液和药液进行加热操作,可最大程度避免液体温度过低而发生的寒战等不适反应<sup>[11]</sup>。此外,预见性综合保温措施可增加麻醉安全性,且简单易行,可进一步提高手术室护理质量,改善患者对手术治疗和护理的依从性<sup>[12]</sup>。

本研究结果中干预组术中体温、生理功能、躯体功能、社会功能和物质生活评分明显高于常规组;干预组NE、AD和不良反应发生率明显低于常规组,其实实施预见性综合保温措施可维持患者术中体温稳定,避免低体温发生,减轻手术患者氧化应激反应,减少并发症发生,患者术后生活质量明显提高,

患者满意度较高,此结果与王婷婷<sup>[13]</sup>等研究具有一致性。

综上所述,预见性综合保温措施可提高手术室患者术后生活质量,维持术中体温稳定,减轻患者氧化应激反应,患者并发症较少,值得进一步推广应用。但本研究选取样本较少,且未进行更长期随访,可能造成一定影响,有待多中心、大样本实验证实。

### 参考文献

- [1]于桂艳.手术中低体温干预措施新进展[J].健康大视野,2019,8(15):295-297.
- [2]陈燕,龚麒麟.预防全麻老年手术患者术中低体温的安全管理的临床研究[J].云南医药,2019,40(6):559-560.
- [3]费晓青,徐小春,张敏,等.复合保温对老年患者手术部位感染护理治疗的干预效果[J].中华医院感染学杂志,2019,29(9):1433-1437.
- [4]王婷婷.老年患者全麻手术综合性保温护理的效果观察[J].当代临床医刊,2018,31(6):4121-4125.
- [5]曾红,黄素珍,陈卫珍,等.复合保温护理在老年手术患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(12):129-130.
- [6]窦红梅,任震晴.手术室护理查房对围术期保温措施执行的影响[J].国际护理学杂志,2016,35(23):3293-3295.
- [7]张超,杨瑞.综合护理干预对手术室患者术中低体温状态的影响[J].中国医药指南,2019,17(20):242-243.
- [8]蔺建华,王纪明,许会玲,等.不同术中保温对胃肠术患者体温与凝血功能及手术部位感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2016,26(18):4176-4178.
- [9]袁琴,陈家驹,杨洁,等.复合保温措施对腹腔镜全子宫切除术病人术中低体温及术后复苏期的影响[J].蚌埠医学院学报,2019,44(7):966-969.
- [10]冯立,张笑萍,于丽,等.综合保温措施对胸外科低BMI患者体温及应激指标的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(30):3922-3926.
- [11]李萃虹.不同术中保温措施对开胸手术患者凝血功能和手术部位感染的影响价值体会[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(49):51-51.
- [12]林阿梅,曾燕云.麻醉苏醒护理联合保温护理对全身麻醉患者术中应激苏醒躁动期的干预效果[J].中外医学研究,2020,18(8):86-88.
- [13]王婷婷.老年患者全麻手术综合性保温护理的效果观察[J].当代临床医刊,2018,31(6):4121-4125.