

保暖护理干预小儿巨结肠手术中低体温的临床疗效评价

阳景荣

桂林医学院附属医院 广西桂林 541001

〔摘 要〕目的 分析保暖护理干预小儿巨结肠手术（简称 CHO）中低体温的临床疗效。方法 本研究主体为 2017 年 1 月-2019 年 6 月间来院治疗的 38 例 CHO 患儿。分 A 组和 B 组，均 19 例，行保暖护理与常规护理。对比护理效果。结果 A 组的术中与术后体温均高于 B 组；术后恢复指标优于 B 组；家属的护理满意度高于 B 组（ $P < 0.05$ ）。结论 为 CHO 患儿行保暖护理可防止其出现低体温情况，利于术后恢复，具有较佳的护理价值。

〔关键词〕保暖护理；小儿巨结肠手术；低体温；临床疗效

〔中图分类号〕R473.72 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2019）07-227-02

小儿巨结肠是消化道畸形疾病，是先天性疾病的常见类型，发病机制为某段远端结肠伴有神经节细胞严重缺失表现，导致肠道狭窄或痉挛，使肠道蠕动功能丧失，无法自主排便。粪便与肠气大量堆积于近端结肠，引发结肠肥厚与扩张，进而形成巨结肠^[1]。临床多以手术疗法治疗该病，但患儿的体温调节中枢发育不健全，在麻醉与灌注液等影响下，易出现低体温情况，增加并发症风险。为此，本研究主体为 2017 年 1 月-2019 年 6 月间来院治疗的 38 例 CHO 患儿，旨在探究保暖护理的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

主体为来院治疗的 38 例 CHO 患儿。分 A 组和 B 组，均 19 例。其中，A 组男 10 例，女 9 例；年龄范围是 4 个月-2 岁，平均（ 10.57 ± 0.16 ）个月；体质量为 8-20kg，平均（ 13.52 ± 2.48 ）kg。B 组男 11 例，女 8 例；年龄范围是 5 个月-2 岁，平均（ 10.84 ± 0.24 ）个月；体质量为 9-19kg，平均（ 13.42 ± 2.17 ）kg。比较并无差异（ $P > 0.05$ ），允许对比。

1.2 方法

两组患儿均行 CHO 治疗，行全身麻醉，手术由同组医生完成。B 组的方法选用常规护理，即术前准备、监测患儿体征、做好环境护理和明确操作要点等。A 组的方法选用保暖护理：

1.2.1 术前准备

术前 30min，将手术室温度调为 24℃，湿度调为 55%，使用电热毯预热接送车内被褥，用恒温手术毯预热手术床，用恒温加温箱预热消毒液与灌注液等手术液体。

1.2.2 术中护理

用红外线恒温手术毯对手术床行保暖护理，若手术时间偏长，或需要大面积暴露体表或切口，则应使用温热的生理盐水纱布覆盖肠管。冲洗液与输注液需要预先加温，将血制品加温至 32-35℃。使用动力充气型升温仪对患儿下肢行保暖护理，温度为 35-38℃。同时观察皮肤颜色与温度变化，若出现皮肤泛白或皮温下降，则应加强保暖护理。

1.2.3 术后护理

术后将患儿包裹严实，转送至普通病房时应做好保暖工作。吸氧治疗时，应在湿化瓶内适量加入加热后的无菌水，并静脉滴注葡萄糖，补充机体能量。

1.3 观察指标

观察术前 20min、术中（冲洗前 20min 和冲洗后 20min）、术后（术后 20min 和 60min）的体温变化；记录麻醉苏醒时间、自主排尿时间、术后排气时间和住院时间等指标；利用自制评价表测评家属的护理满意度，包括护理行为、服务态度、操作技能与沟通技巧，共 60 分，分为非常满意（45-60 分）、满意（29-44 分）、相对满意（13-28 分）和不满意（0-12 分）。

1.4 分析统计学

数据处理选用 SPSS16.0 软件，时间表达为 $[\bar{x} \pm s]$ ，检验方法为 t 值，几率表达为 $[\%]$ ，检验方法为 χ^2 值，统计学意义的标准为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比体温变化

A 组的术中与术后体温均高于 B 组（ $P < 0.05$ ），如表 1。

表 1：对比体温变化 $[\bar{x} \pm s/^\circ\text{C}]$

分组	例数	术前 20min	术中		术后	
			冲洗前 20min	冲洗后 20min	术后 20min	术后 60min
A 组	19	36.22±0.75	36.42±0.62	36.24±0.64	36.20±0.61	36.21±0.74
B 组	19	36.26±0.71	36.04±0.60	35.51±0.57	35.34±0.58	35.49±0.77
t	-	0.169	2.071	3.713	4.454	2.939
P	-	0.867	0.046	0.001	0.000	0.006

2.2 对比术后康复指标

A 组的术后恢复指标优于 B 组（ $P < 0.05$ ），如表 2。

表 2：对比术后康复指标 $[\bar{x} \pm s]$

分组	例数	麻醉苏醒时间（min）	自主排尿时间（h）	术后排气时间（h）	住院时间（d）
A 组	19	56.15±2.48	11.28±4.32	25.76±3.44	7.73±1.34
B 组	19	70.68±2.44	18.67±4.53	38.46±3.71	9.87±1.41
t	-	18.204	5.146	10.942	4.795
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 对比家属护理满意度

0.05），如表 3。

A 组的家属护理满意度为 94.74%，B 组为 68.42%（ $P <$

表 3: 对比家属护理满意度 [n/%]

分组	例数	十分满意	满意	相对满意	不满意	满意度
A 组	19	10 (52.63)	4 (21.05)	4 (21.05)	1 (5.26)	94.74 (18/19)
B 组	19	7 (36.84)	3 (15.79)	3 (15.79)	6 (31.58)	68.42 (13/19)
χ^2	-	-	-	-	-	4.378
P	-	-	-	-	-	0.036

3 讨论

CHO 对患儿的机体损伤性较多, 且易出现低体温情况, 主要原因是: ①手术环境不佳: 若手术室内温度低于 22℃, 则会增加环境与患儿皮肤循环间温差, 使机体快速散热, 降低体温值^[2]。②手术操作影响: 消毒液本身有挥发作用, 可促进外周血管收缩, 使热量大量丢失。术中患儿需要暴露皮肤组织, 受手术时间、切口与体表面积等因素影响, 机体内水分蒸发, 导致过度散热^[3]。③液体温度影响: 术中需要对患儿输注液体, 或行灌洗液治疗, 药液温度较低可直接使体温下降。④患儿生理特点: 患儿的体温调节功能欠佳, 体表面积大, 血管较丰富, 且皮下脂肪偏薄, 围术期易低体温^[4]。

保暖护理是低体温的针对性护理, 其通过以上因素的全面分析, 确定保暖措施。于术前调节室内温度与湿度, 预热手术床, 可使患儿体温正常^[5]。术中行保温毯护理, 减少体表暴露面积, 可防止因手术操作降低体温。术后覆盖升温毯, 做好吸氧护理, 静滴葡萄糖可维持患儿正常体征, 保证其机体能量需求。经该项护理后, 患儿的围术期体温并无显著变化, 始终处于 36℃左右,

说明保暖护理可防止低体温情况^[6]。此外, 该项护理可缩短患儿的麻醉苏醒时间, 促进患儿尽快排气与排尿, 进而缩短治疗周期, 利于疾病康复, 具有较高的临床价值。

【参考文献】

- [1] 魏星宇, 王烁, 门津彤, 等. 游戏护理模式在腹腔镜根治术治疗小儿巨结肠围手术期护理中的应用 [J]. 贵州医药, 2019, 43(3):460-461.
- [2] 朱玉婷. 优质护理在小儿先天性巨结肠经肛门手术中的效果评价 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(46):158.
- [3] 李早红, 张宿迪. 腹腔镜下小儿先天性巨结肠根治术的手术室全期护理分析 [J]. 中外医疗, 2018, 37(23):123-125.
- [4] 邓清兰. 保暖护理干预小儿巨结肠手术中低体温的效果研究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(49):119-120.
- [5] 农淑珍. 人性化护理在小儿先天性巨结肠经肛门手术治疗中的应用效果 [J]. 大家健康 (下旬版), 2017, 11(11):169-170.
- [6] 刘亚诗. 护理干预在小儿先天性巨结肠手术治疗中的护理效果分析 [J]. 中外女性健康研究, 2017, (12):143, 148.

(上接第 224 页)

服务。围手术期护理分为术前、术中与术后护理三大块。术前给予患者全面检查, 向患者开展心理疏导, 可以有效改善患者焦虑、紧张等负面情绪, 使患者保持良好生理与心理状态接受治疗; 术中紧密配合医生各项操作, 同时密切监测患者生命体征; 术后给予患者基础护理, 采取措施预防并发症, 促进患者尽早恢复健康, 压缩患者住院时长, 减轻患者住院费用^[3-4]。本研究中, 观察组护理总满意率高于对照组, 且并发症率低于对照组 ($P < 0.05$)。

总之, 对于腹腔镜前列腺癌根治性术围术期患者, 给予良好护理, 可提升护理质量, 降低并发症风险, 提升患者对护理服务

满意度。

【参考文献】

- [1] 布合力切·吾布力卡斯木, 刘娟. 腹腔镜前列腺癌根治性术围手术期的护理观察 [J]. 大家健康 (上旬版), 2017, 11(12):17.
- [2] 申鑫. 腹腔镜前列腺癌根治性手术的临床护理要点研究 [J]. 心理医生, 2016, 22(8):157-158.
- [3] 王蕾. 腹腔镜根治性前列腺癌切除术围手术期的临床护理 [J]. 饮食保健, 2015, 2(10):122-123.
- [4] 钱文燕, 王树, 张文旭. 经腹腔镜前列腺癌根治术的围手术期护理 [J]. 医药前沿, 2017, 7(36):252-253.

(上接第 225 页)

将“知识”转化为“信念”、实现“行为”改变的手段。在患者住院期间, 首先对其进行系统评估, 制定个体化的康复教育计划; 之后院内 1 阶段的康复教育, 均严格遵照既定的康复路径表完成, 随意性大大减少; 每 1 次实施教育前都对之前的学习内容给予评价, 有效保证了教育质量, 使患者在住院期间学到了有价值的心脏康复知识。为确保自我管理的长期有效, 需给患者进行随访支持。本研究的院外阶段康复教育中, 研究组患者得到了持续有效的康复管理, 保证了已经获得的康复知识得以牢记, 通过门诊复诊, 动态观察危险因素指标的控制, 并根据变化调整康复计划, 提高了患者的康复信心, 改变了患者的“行为”, 并且患者生活质量和自我效能均呈现更加显著的改善。心脏康复的最终目标是通过改善生活方式实现对冠心病高危因素的控制, 减缓疾病的进程, 以达到降低发

病率和死亡率、逆转动脉粥样硬化的目的。本研究中, 研究组患者经过 6 个月的心脏康复后, 冠心病的高危因素得到了更加有效的控制, 这表明“行为”的改变是“高危因素”被控制的有效前提。

综上所述, 对冠心病患者实施康复临床护理路径, 可以提高心脏康复的效果, 具体表现为生活质量和自我效能的提高, 以及相关高危因素的控制。

【参考文献】

- [1] 张光芳. 心脏康复路径教育对非 ST 段抬高型急性冠脉综合征介入治疗患者近期预后的影响 [J]. 山东医药, 2017, 07.
- [2] 刘立杰. 急性心肌梗死患者心脏康复中的临床路径分析 [J]. 贵州医药, 2017, 41.
- [3] 吕霞, 尹晓凤, 方琴. 冠心病患者介入术后心脏康复延续性护理研究进展 [J]. 西部医学, 2017, 29.

(上接第 226 页)

患者更强大的心理支撑感, 避免家属的不良情绪与激动情绪导致的患者心理波动。护理中注重心理安抚与健康教育这些精神心理层面的调整, 让患者保持平和的情绪面对疾病治疗, 提升对治疗的信心, 由此促使治疗方案发挥效果。

综上所述, 急性心力衰竭患者中运用重症护理干预可以有效的优化患者的心功能指标, 提升救治成功率, 提高患者的护理满意度, 整体的恢复效果更为理想。

【参考文献】

- [1] 李瑶. 急性心力衰竭的重症护理干预措施分析 [J]. 饮食保健, 2019, 6(28):169.
- [2] 邱玲. 重症监护优质化护理干预对急性心力衰竭患者的影响研究 [J]. 饮食保健, 2019, 6(26):229-230.
- [3] 徐静静, 陈玉国. 急性心力衰竭患者的重症护理干预 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(97):99.
- [4] 周茜. 急性心力衰竭的重症护理干预措施分析 [J]. 健康必读, 2019, (19):198.