

升温仪在麻醉病人复苏过程中的应用

席彦

阆中市人民医院 四川阆中 637400

【摘要】目的 探讨升温仪在麻醉病人复苏过程中的应用效果。**方法** 分析 2021 年 6 月-2022 年 6 月行全麻下择期开腹手术治疗的 50 例患者为研究对象, 随机分为 2 组。观察组应用升温仪升温, 对照组应用常规复苏, 比较两组患者的复苏时间和心动过缓和术后寒颤的发生率。**结果** 观察组的复苏时间短于对照组 ($P < 0.05$), 心动过缓和术后寒颤的发生率均显著低于对照组 ($P < 0.05$), 观察组进入麻醉恢复室 20min、40min 及 60min 时腋下温度组间显著高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 升温仪对于预防全麻术后复苏病人低温以及缩短复苏时间具有明显效果, 值得临床推广。

【关键词】 升温仪; 麻醉; 全麻; 复苏

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 B

【文章编号】 2095-7718 (2022) 09-058-02

低体温作为全身麻醉术后的常见并发症之一, 可能造成如肝代谢减慢, 麻醉药物在体内消除延长, 苏醒延迟, 术后寒颤、温度不适感及心血管意外增加等术后不良并发症^[1]。造成术后低体温的原因很多, 如手术室相对低温环境、麻醉状态下代谢率降低和体热分布改变、体热丢失增加等^[2]。如何保持全身麻醉患者的温度, 促进患者恢复, 减少术后并发症的发生是临床护理研究的热点。本研究对 50 例行全麻下择期开腹手术治疗患者进行研究, 升温仪在麻醉病人复苏过程中的应用效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

分析 2021 年 6 月-2022 年 6 月行全麻下择期开腹手术治疗的 50 例患者为研究对象, 排除标准: ①体重指数 BMI > 30 或 < 18 患者; ②术前合并感染、谢性疾病患者; ③发热及腋温 $> 37.4^{\circ}\text{C}$ 或 $< 36.0^{\circ}\text{C}$ 患者; ④手术时间 $< 2\text{h}$ 患者。随机分为 2 组, 对照组男 8 例, 女 17 例, 年龄 18-65 岁, 平均 (38.61 ± 12.28) 岁, 体重 47-89kg, 平均 (71.53 ± 12.63) kg, ASA I - II 级; 观察组男 8 例, 女 17 例, 年龄 18-67 岁, 平均 (38.49 ± 12.63) 岁, 体重 47-88kg, 平均 (70.96 ± 12.37) kg, ASA I - II 级。两组患者在性别、年龄、体质量等方面比较无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

患者手术结束后均带气管导管进入麻醉恢复室, 麻醉护士按常规连接呼吸机、 SpO_2 探头、袖带血压计、心电图、呼气末 CO_2 , 腋表法监测患者的体温。根据患者的具体情况认真观察病情变化, 动态记录患者入室、拔管和出室时的体温和血压等指标。观察组运用升温仪复温, 连接电源, 给患者盖专用升温毯, 并将挂插软管与升温毯连接, 开启电源, 升温

仪的温度调节为 $36.0 \sim 40.0^{\circ}\text{C}$, 使患者体温 (腋表法) 稳定在 $36.5 \sim 37.0^{\circ}\text{C}$ 。随时注意观察患者体温, 并根据患者体温调节升温仪温度。对照组仅行常规的监测及护理, 采用棉被覆盖患者身体保温, 不采取其他的体温保护措施^[2]。

1.3 观察指标

比较两组患者的复苏时间和心动过缓和术后寒颤的发生率, 不同时点腋下温度。

1.4 统计学处理

应用 SPSS22.0 统计软件进行分析。复苏时间采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较 t 检验, 心动过缓和术后寒颤的发生率采用率或构成比表示, 组间比较 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组的复苏时间短于对照组 ($P < 0.05$), 心动过缓和术后寒颤的发生率均显著低于对照组 ($P < 0.05$), 详见表 1, 两组患者进入麻醉恢复室时腋下温度比较无显著差异 ($P > 0.05$), 观察组患者进入麻醉恢复室 20min、40min 及 60min 时腋下温度与刚进入时比较显著升高 ($P < 0.05$), 对照组患者进入麻醉恢复室 20min、40min 及 60min 时腋下温度与刚进入时比较有所降低 ($P < 0.05$), 两组患者进入麻醉恢复室 20min、40min 及 60min 时腋下温度组间比较差异显著 ($P < 0.05$)。详见表 2

表 1: 两组患者复苏时间和心动过缓和术后寒颤的发生率比较

组别	例数	复苏时间 (min)	心动过缓 发生率 (n, %)	术后寒颤 发生率 (n, %)
观察组	25	46.25 $\pm$ 7.65	1 (4.00)	2 (8.00)
对照组	25	59.14 $\pm$ 8.34	6 (24.00)	8 (32.00)
t/χ^2		3.624	8.043	5.032
P		0.043	0.000	0.017

表 2: 两组患者不同时点腋下温度的比较 ($^{\circ}\text{C}$)

组别	例数	0min	20min	40min	60min
观察组	25	36.04 $\pm$ 0.63	35.71 $\pm$ 0.64*	35.60 $\pm$ 0.59*	35.51 $\pm$ 0.62*
对照组	25	36.07 $\pm$ 0.62	36.22 $\pm$ 0.63*#	36.31 $\pm$ 0.56*#	36.51 $\pm$ 0.67*#

注: 与 0min 比较, * $P < 0.05$, 与观察组比较, # $P < 0.05$

3 讨论

全麻病人很容易因为全麻能降低体温中枢的敏感性, 造成体温调节紊乱, 导致低体温的发生。而全麻后低温会使患者合并诸多并发症, 例如低温导致的凝血物质活性下降, 易导致术后出血增多; 低温使肝代谢减慢, 麻醉药物在体内消

除延长, 苏醒延迟; 低体温导致切口感染发生率增加; 严重的低温可使心血管系统抑制; 体温下降 1°C 时可诱发寒颤, 不但增加病人的痛苦, 而且机体耗氧量增加, 二氧化碳产生增加, 加重心脏负担, 易诱发酸中毒倾向等等。

麻醉复苏传统的保暖方法主要包括棉袜保暖、提高室温、

增加敷料、棉垫等措施,因操作方便,成本低,被广泛采用,但该措施效果往往不佳,且机动性差,容易导致围术期低体温的发生。升温仪作为一种麻醉复苏期使用的常用加温系统,具有操作简单、体积小、节省空间、轻便易于移动等等优点,升温仪独有的挂插软管可以任意旋转,具有伸缩功能,可根据需要延长或缩短,能根据患者体温的变化来调节温度,避免了因体温过高或过低引起的并发症,可以有效保护围术期患者体温,减少术后并发症的发生^[3]。全身麻醉患者的产热减少而散热增加,加上麻醉药物对体温中枢调节的抑制作用,苏醒期患者往往存在热债。麻醉恢复时间除了受药物残留的影响,还与患者围术期热债的多少相关。术中及术后良好的体温保护可以减少热债的累积,同时促进麻醉药物的代谢,因此缩短了全身麻醉的恢复时间。此外,体温保护可以促进全麻药物的体内清除,减少全麻恢复时患者的躁动。适宜的体温可以改善患者的主观感受,减少寒战的发生。本研究通过比较麻醉复苏期患者使用升温仪和常规体温保护措施对患者的麻醉复苏的影响,发现运用升温仪可以更好的恢复患者体温,

缩短了复苏时间。研究显示,观察组的复苏时间短于对照组($P < 0.05$),心动过缓和术后寒颤的发生率均显著低于对照组($P < 0.05$),观察组进入麻醉恢复室 20min、40min 及 60min 时腋下温度组间显著高于对照组($P < 0.05$)。数据说明,升温仪可有效改善患者麻醉复苏期的体温,然后促进患者机体氧供,加速机体代谢,有效排除延缓残留麻醉药,从而有效缩短患者的复苏时间,并对改善患者的术后心动过缓和术后寒颤发生率有显著效果。

综上所述,升温仪对于预防全麻术后复苏病人低温以及缩短复苏时间具有明显效果,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 朱少清, 吴超萍. 老年全身麻醉患者术中低体温的相关危险因素[J]. 医疗装备, 2022(13):83-85.
- [2] 卢艳, 秦秀玉. 综合保温护理预防老年全身麻醉手术患者术中低体温效果观察[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(3):115-116.
- [3] 刘杨. 麻醉患者体温变化对麻醉后苏醒效果和拔管时间的影响[J]. 中国社区医师, 2021(25):70-71.

(上接第 55 页)

道漏气及折叠,做好氧能量的调整。如果患儿出现气喘以及咳嗽情况,需要做好暂停治疗处理,当其症状消除之后,再做后续的治疗。要多鼓励、表扬,提升其治疗的配合信心。多正面积极,避免批评导致其负面情绪。如果患儿出现情绪躁动不稳,可以通过动画片播放来稳定情绪,或者通过其他读物方式,也可以让家属陪伴读故事的方式进行安抚。具体方式依据患儿家属日常常用方式,没有笼统一刀切的方法。雾化治疗结束之后,需要通过叩背来达到对应的呼吸指导处理配合,同时辅助做好患儿漱口,防控药物沉积在患儿的口咽区域。如果患儿配合情况好,还需要给予对应的鼓励激励,

可以给予一定的小玩具表扬。

总而言之,小儿哮喘雾化吸入治疗中运用护理干预后,可以有效地提升其治疗依从性,同时加快其治疗恢复速度,整体治疗恢复状况,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1] 赵丽娜. 雾化吸入治疗小儿哮喘过程中实施护理干预对依从性与疗效的影响[J]. 养生大世界, 2021(22):262-263.
- [2] 刘小平. 强化护理干预对小儿哮喘雾化吸入激素治疗的作用及对生活质量的影响[J]. 心理月刊, 2020, 15(15):136.
- [3] 赵荣梅, 王蕾. 护理干预对雾化吸入治疗小儿哮喘的效果及对依从性的影响[J]. 饮食保健, 2021(18):212.

(上接第 56 页)

表 2: 患者治疗疗效评估结果 [n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	52	31 (59.62)	20 (38.46)	1 (1.92)	98.08%
对照组	52	19 (36.54)	22 (42.31)	11 (21.15)	78.85%

注: 两组对比, $P < 0.05$

3 讨论

综合护理干预在处理应对上,要做好家属的教育指导工作,其提升家属的支持。尤其是有关患儿配合度较差,家属对患儿了解情况更多于护理人员,因此家属的辅助力量非常重要。做好家属的心理疏导以及健康教育指导工作,在一定程度上,可以优化整个工作开展的水平,减少不良因素带来的影响。总而言之,小儿肺炎患者中运用综合护理干预,可

以有效提升其治疗恢复速度,优化其治疗疗效,整体恢复效果与速度更为理想。

参考文献:

- [1] 王灵芝. 针对性护理干预在小儿肺炎护理中的应用价值及效果评价[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(4):158-161.
- [2] 刘芳, 杨翠. 基于全人照护管理模式的细心护理干预在小儿肺炎护理中的应用[J]. 保健医学研究与实践, 2022, 19(5):113-116.
- [3] 吴霞. 整体护理干预在小儿肺炎中的应用价值及对睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(2):279-281.
- [4] 刘芳, 杨翠. 基于全人照护管理模式的细心护理干预在小儿肺炎护理中的应用[J]. 保健医学研究与实践, 2022, 19(5):113-116.

(上接第 57 页)

行,做好有效的补充。让患者以及家属对有关治疗以及护理工作有更好的了解,配合有关工作的进行,提升整个工作有效性,让护患之间达成更好的默契,提升有关工作开展的效果,避免不良的矛盾冲突。在具体处理应对中,要考虑实际情况的多样化,每个患者情况的不同,要做好人性化的灵活调整,设置多种健康教育方案形式,符合个体情况所需,要调动家属的支持,减轻护理工作压力。

总而言之,阶段性健康教育在耳鼻喉科护理中应用可以有效的提升其治疗依从性,改善其心理负面情绪,整体状况

更为理想,整体状况更好。

参考文献:

- [1] 寇燕英, 王治蓉, 赵敏. 阶段性健康教育在耳鼻喉科护理中的应用体会[J]. 养生保健指南, 2021(12):255.
- [2] 王丽云. 研究阶段性健康教育在耳鼻喉科护理中的护理价值[J]. 系统医学, 2021, 6(2):165-167.
- [3] 赵倩倩. 耳鼻喉科护理中阶段性健康教育的应用价值[J]. 养生保健指南, 2021(8):247.
- [4] 赵喜桂. 阶段性健康教育在耳鼻喉科护理中的应用分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(21):170-172.