

术中大出血后低体温预防及护理

梁 苑 贾文娟^{通讯作者}

云南省肿瘤医院 云南昆明 650118

〔摘要〕目的 探究术中大出血后低体温的预防及护理。方法 将2019年6月-2022年6月确定为研究时间段,将此时段内在我院实施手术治疗且术中出血症状的患者62例纳入本次研究。分组标准以入院就诊的先后次序为主,将其分成两组,其中一组为患者实施常规护理干预,避免患者出现低体温状态,为参照组(31例),另外一组实施整体护理干预,做好低体温的预防及护理,为研究组(31例)。统计两组干预模式的应用效果,并就相关数据展开分析后进行比较。结果 实施不同的预防及护理措施后,相比于参照组,研究组各个时段的体温与满意度均明显更高。结论 针对术中大出血患者而言,实施低体温的预防及护理措施非常必要,可在避免发生相关并发症的同时,尽快缓解患者的不适症状,是一种集安全性与应用价值为一体的可靠方法,可在今后的相关治疗中作为首选方式予以应用。

〔关键词〕术中大出血;低体温;预防及护理措施

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2023)01-149-02

体温是检测人体机能是否正常运转的重要指标之一,其正常值通常在36.5℃与37.4℃之间,且温度的高低与年龄、个体等方面的差异性具有密切的相关性,但在同一个体情况下,其体温指标正常为恒定状态。下丘脑中的体温中枢是调节人体体温的重要器官,通过平衡人体产生与散失的热量来确保机体体温的恒定,以及人体机能的正常运转。但在实施外科手术过程中,会产生诸多不良因素对人体的体温调节机能产生负面影响,尤其在术中发生大出血的情况下,更容易导致低体温状态的出现^[1]。有学者通过研究证实,导致术中低体温情况发生的因素除了大出血情况的发生、麻醉不当等原因外,还包括术中液体输注量过大、皮肤长时间暴露等原因。因此,在临床治疗中,配合科学的护理及预防措施,对于手术患者特别是发生大出血的患者而言,具有重要作用。其不仅能避免低体温情况的发生,还能将与之有关并发症的发生比率降到最低^[2]。本次研究主要针对术中大出血后低体温的预防及护理展开研讨,详情如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选2019年6月-2022年6月确定为研究时间,筛选此时段内,在我院实施手术治疗且术中出血症状的患者62例作为研究参与者。分组标准以入院就诊的先后次序为主,将其分成参照组(31例)与研究组(31例)。参照组中含女性14例,男性17例,年龄在35周岁以上,68周岁以下,平均为(51.24±4.21)岁,为其常规护理干预;研究组中含女性15例,男性16例,年龄在34周岁以上,71周岁以下,平均为(53.12±4.33)岁,为其实施整体护理干预,做好低体温的预防及护理措施。所有参与患者资料均由相关研究人员负责整理、归纳,具有可比性,($p>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 参照组

实施常规护理干预,包括正确调控手术室温度,使其保持在24℃与26℃之间。术中为患者做好保暖措施,并对其温度指标进行严格监测,一旦发现情况有异,立即通知医师进行紧急处理。

1.2.2 研究组

实施整体护理干预,实施整体护理干预,做好低体温的预防及护理,具体包括:①术前:对相关医护人员展开必要的知识宣教,以提升其对低体温预防的重视度。通过分析患者的病情、身体状况等因素进行低体温高危因素的评估。同时,还要与患者积极沟通,使之了解手术治疗的重要性,缓解其紧张、恐惧等不良心理,防止由患者自身原因引发低体温症状的发生。②术中:手术过程中,护理人员除了要密切配合手术医师的操作外,还应根据患者发生低体温高危因素的评估结果,为其展开针对性护理^[3]。对于低危患者应为其提前调试好手术室的温湿度,同时为患者实施合理的保温措施,包括为其非手术区域盖好保温毯,合理应用恒温毯,手术过程中,定时进行体温监测,术后对其的转运过程中,注意身体的覆盖等。中危患者应在此基础上,将手术所需的冲洗液、药液等液体进行加温,同时在手术床单下铺好加温毯。高危患者则应在做好上述措施的同时增加呼吸吸入预热,通过呼吸蒸发器将患者吸入氧气进行预热。除此之外,在患者的体温出现低温倾向后,应立即增加其他有效护理措施。如针对低中危患者护理中,若发现无法避免低温状态,则应立即应用高危患者的护理措施,将低体温发生的可能性降到最低。③需要专门安排护理人员观察术中患者的具体情况,在发生异常情况时,及时提醒医师最好应急处理,同时还要做好相关数据的记录与统计^[4]。

1.3 观察指标

比较两组患者核心体温的变化情况,包括初始进入手术室、麻醉用药完成、麻醉后0.5h及1h,与手术结束时的体温详情,并展开数据的分析与比较。

比较两组患者的满意度情况。

1.4 统计学方法

以本次研究情况为依据,设置与之对应的数据库,并将所得数据进行汇总运用SPSS23.0软件对数据予以分析,方差值以($\bar{x}\pm s$)表示,概率值[例(%)]代表,以t值及卡方值(χ^2)分别检验,p值在0.05以内,代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者核心体温的变化情况

实施不同的预防及护理措施后,组间相比,除了初始进

入手术室的体温以外，研究组其他各个时段的体温均明显更高，（ $p < 0.05$ ），详见表 1。

表 1 比较两组患者核心体温的变化情况（ $\bar{x} \pm s$ ， $^{\circ}\text{C}$ ）

组别	例数	初始进入手术室	麻醉用药完成	麻醉后 0.5h	麻醉后 1h	手术结束时
参照组	31	36.23 $\pm$ 1.87	36.89 $\pm$ 1.19	36.85 $\pm$ 0.39	36.82 $\pm$ 0.61	36.95 $\pm$ 0.75
研究组	31	36.56 $\pm$ 1.58	36.21 $\pm$ 0.37	36.02 $\pm$ 0.41	35.84 $\pm$ 0.35	36.63 $\pm$ 0.43
t 值	—	0.750	3.038	8.166	7.758	2.060
p 值	—	0.455	0.003	0.000	0.000	0.043

2.2 比较两组患者的满意度情况

组间相比，研究组的满意度更高，（ $p < 0.05$ ），详见表 2。

表 2 比较两组患者的满意度情况 [例 (%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
参照组	31	16 (51.61)	7 (22.58)	8 (25.81)	23 (74.19)
研究组	31	21 (67.74)	9 (29.03)	1 (3.23)	30 (96.77)
χ^2 值	—	—	—	—	6.369
p 值	—	—	—	—	0.011

3 讨论

低体温状态是外科手术过程中较为常见一种不良反应，其诱发因素多且复杂。已有大量的实践研究表明，造成术中低体温情况发生的因素除了患者自身原因（不良情绪、免疫功能异常等）外，还包括与手术相关环节的操作，如麻醉、输血、补液等。有学者通过研究指出，除了上述因素外，术中大出血，补液过多、手术室温度等也会增加低体温症状发生的可能^[5]。低体温发生后，不仅会增加手术切口发生感染的风险，还会导致凝血功能出现异常，进而对患者多个器官或系统的功能造成负面影响，尤其会影响到患者的代谢功能，从而延长麻醉药效时间，使患者出现长时间意识不清醒情况，因此，为术中大出血患者实施低体温的预防与护理措施非常必要^[6]。本次研究中，研究组通过术前的知识宣教，心理疏导，手术过程中为不同危险系数患者实施的一系列保温措施，以及严格的体温监测管理后。结果显示，研究组除了初始进入手术室的体温以外，其他各个时段的体温均明显高于参照组。

并通过全面而贴心的护理服务，获得了患者及家属的高度赞誉。这更加说明了低体温预防及护理的必要性。

综上所述，为术中人大出血后患者实施低体温预防及护理措施，能够有效避免低体温症状及相关并发症的发生，值得大范围推荐应用。

[参考文献]

- [1] 陈建云, 郑小薇, 徐舜, 徐晓霞. 经阴道超声血流参数与剖宫产瘢痕妊娠患者术中大出血的关系 [J]. 浙江创伤外科, 2022, 27(05):925-926.
- [2] 史力方, 廖淑芬, 黄柳芳, 龚凤球. 策略优化管理模式的全方位护理干预在预防食管癌患者术中低体温中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(18):33-35.
- [3] 钮敏红, 龚喜雪, 卢梅芳. 影响子宫内膜异位症腹腔镜手术患者术中低体温相关因素分析及预防对策 [J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(23):5406-5409.
- [4] 孔珊珊, 邓露, 中海艳, 吕倩, 李雨珍, 郑洪. 剖宫产产妇术中低体温风险预测模型的构建及应用效果研究 [J]. 中华护理杂志, 2021, 56(02):165-171.
- [5] 李小英, 张红, 吴莉娜, 钞海莲, 马霞, 高明姬, 于晓倩. 全麻患者术中低体温临床结局及其护理预防策略研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(01):153-156.
- [6] 宋海宇, 谭清泉, 陈拥华, 王幸, 谭春路, 刘续宝. 胰腺炎后胰源性门静脉高压患者术中大出血的危险因素探究 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2019, 26(05):557-562.

(上接第 148 页)

表 3 患者并发症率

组别	n	异物感	牙体脱落	骨过度吸收	并发症率 (%)
研究组	48	1	0	0	2.08
对照组	48	4	1	1	14.58
χ^2	—	—	—	—	4.909
P	—	—	—	—	0.027

3 讨论

在日常生活中，对于牙缺失合并骨量不足的患者，医疗人员通过采用牙种植术进行治疗，从而有效帮助患者实现对于口腔健康的调整。在治疗期间，系统的护理干预可以确保患者治疗工作的顺利开展并有效提升术后种植体的固定效果。基于此，医护人员对于如何开展护理工作进行了分析^[4]。从护理工作的角度来看，与常规护理模式相比，通过全程护理配合工作的合理开展，医护工作者可以在牙种植术围术期期间及时做好对于不同阶段护理工作的合理制定与落实，其有利于帮助患者更好地实现对于手术内容的充分了解并掌握相应的护理技巧，有助于促进患者自护意识和自护能力的提升。与此同时，在术后康复过程中，通过做好健康知识宣教，医护人员可以帮助患者更为全面地实现对于饮食习惯和口腔卫

生习惯的培养，其有助于确保种植体稳固度的提升^[5]。此外，全程护理干预更为充分而全面地关注到了患者围术期不同阶段对于护理工作的诉求，其可以帮助医护人员合理实现对于护理工作侧重点的充分调整转变，有利于提升各个阶段护理工作的针对性水平。大量临床报道指出，通过结合全程护理干预模式开展护理服务患者，预后口腔健康水平均得到了显著的改善，由此证明，该护理模式具有良好的临床应用价值。本次研究结果显示，在全程护理配合的帮助下，患者种植成功率、护理依从性以及并发症率等指标均得到了相应的改善。

综上，为了促进牙缺失合并骨量不足患者牙种植术治疗工作的顺利开展，医护人员应积极结合全程护理配合模式开展护理工作。

[参考文献]

- [1] 程莉, 黄兴美. 复合树脂纤维粘结桥在前牙缺失修复中的护理要点 [J]. 医学美容, 2021, 30(6):58.
- [2] 向昕煜, 吴作. 上颌前牙美学区即刻种植与修复围术期的护理配合 [J]. 健康忠告, 2021, 15(23):108.
- [3] 赵蕊妮, 李凤舟, 周专元, 等. 高龄患者全麻下行数字化引导全口种植围术期管理与护理 [J]. 空军医学杂志, 2021, 37(6):546-549.