

· 护理园地 ·

综合保温干预对胃肠道围手术期患者的影响观察

曾 成, 姜丽丽

[关键词] 胃肠道手术; 保温; 干预; 护理

中图分类号: R473.6 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)04-0351-03

人体体温调节系统通常保持机体核心温度 37℃ 左右, 然而外科手术患者因室温低、腹腔脏器和肢体的暴露散热, 麻醉状态下骨骼肌松弛, 导致患者围手术期低体温(中心温度低于 36℃)。由于围手术期低体温可导致麻醉药物代谢减慢、凝血功能障碍、免疫功能受抑制、术后渗血和切口感染等并发症, 因此维持患者手术中体温恒定具有重要意义^[1]。本研究采用综合保温措施对围手术期患者进行保温干预, 取得较好的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2007 年 1 月至 2008 年 10 月普外科择期胃肠道手术 80 例患者, 年龄 20~70 岁, 平均 43 岁。男 45 例, 女 35 例。心功能 I~II 级。体重 50~80 kg, 术前体温、脉搏、呼吸、血压及出、凝血时间均正常。将其随机分成观察组和对照组各 40 例。两组患者年龄、术前体温、脉搏、呼吸及血压经统计学分析无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组: 单纯使用暖气空调控制室温 22~24℃, 在接送患者过程中为患者盖好棉被, 手术准备期为患者盖两层棉质大单, 所输液体及冲洗液均为常温(20~22℃), 其余不采取任何保温干预。观察组: 在对照组的基础上采取保温方法: ①加强术中体温监测, 动态监测术中体温, 为及时调整和更改保温措施提供依据。②调节室温, 提前 1 小时将手术间的温度调至 26~28℃, 手术开始后将室温恒定在 22~24℃ 至手术结束。③铺电热毯保温, 根据需要调节温度。④液体输入加温, 输液管道接上电子加温器, 温度调至 37~40℃, 浸

泡盐水垫用温盐水, 冲洗液加温到 37℃ 左右。⑤术中应用人工鼻, 以保证呼吸道内恒定的温度。⑥减少体腔热的散失: 对腹腔脏器长时间暴露的患者, 术中使用温热盐水纱布覆盖。⑦手术结束时通知病房将病室的温度调至和术中温度一致, 用热水袋预热被窝温度。

1.3 设备与方法 监护仪使用德国生产 Lnfinitly Vista XI 监护仪、肛温探头监测直肠温度, 以进行体温监测。

1.4 观察指标

1.4.1 体温及生命体征变化情况 两组取时间点: 术前 30 min、手术开始后 30 min、手术结束前 30 min、回病房后 30 min, 分别观察记录患者体温(T)、呼吸(R)、心率(HR)、收缩压(SBP)等生命体征指标, 计算平均值。

1.4.2 寒战发生情况 在麻醉苏醒期评估患者寒战发生的级别。寒战等级根据 Guffin 等提出的划分标准, 分 5 级。0 级: 没有寒战; 1 级: 立毛肌收缩或外周血管收缩; 2 级: 1 组肌肉轻微活动; 3 级: 超过 1 组肌肉的中等强度活动; 4 级: 持续性的全身肌肉强烈活动。当寒战级别为 1 级及 1 级以上时, 视为患者出现寒战^[2]。

1.4.3 保温干预的效果评价指标 分别观察两组患者术中寒战发生率、切口感染率、切口愈合(拆线)时间等。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 13.0 软件包进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组在不同时间点的体温变化比较 见表 1。

2.2 两组呼吸、收缩压比较 见表 2、表 3。

2.3 两组效果评价指标—寒战发生率、切口感染率、切口愈合时间比较 见表 4。

作者简介: 曾 成(1979-), 女, 本科, 护师, 从事门诊护理管理工作

作者单位: 361003 福建厦门, 解放军 174 医院门诊部

表 1 两组在不同时间的肛温比较($\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$)

组别	例数	术前 30 min	手术开始后 30min	手术结束前 30min	回病房后 30 min
观察组	40	36.8 ± 0.15	36.4 ± 0.34 *	36.4 ± 0.39 *	36.7 ± 0.32 *
对照组	40	36.8 ± 0.16	36.0 ± 0.25	35.4 ± 0.31	35.5 ± 0.20

注:与对照组比较, * $P < 0.01$ 表 2 两组呼吸比较($\bar{x} \pm s$, 次/min)

组别	例数	术前 30 min	手术开始后 30 min	手术结束前 30 min	回病房后 30 min
观察组	40	18.4 ± 2.4 *	23.0 ± 3.1 *	19.4 ± 3.9 *	19.0 ± 2.4 *
对照组	40	18.6 ± 3.1	24.1 ± 2.5	21.8 ± 4.2	20.1 ± 3.0

注:与对照组比, * $P < 0.01$ 表 3 两组收缩压比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	术前 30 min	手术开始后 30 min	手术结束前 30 min	回病房后 30 min
观察组	40	107.5 ± 11.2 *	110.7 ± 15.0 *	116.6 ± 20.0 *	101.7 ± 22.0 *
对照组	40	100.4 ± 12.5	103.2 ± 19.6	101.6 ± 17.2	97.8 ± 16.6

注:与对照组比较, * $P < 0.01$

表 4 两组寒战发生率、切口感染率、切口愈合时间

组别	例数	寒战发生率 (%)	切口感染率 (%)	切口愈合时间 (天)
观察组	40	10.0 (4/40) *	2.5 (1/40) *	3.0 ± 0.1 *
对照组	40	80.0 (32/40)	10.0 (4/40)	5.8 ± 2.4

注:与对照组比较, * $P < 0.01$

3 讨论

3.1 围手术期保温的重要性 手术期间,由于麻醉药物的作用、手术室内环境低温、皮肤消毒、开放体腔,以及使用冷的灌注液和冲洗液等,使手术患者散热增加,体温下降,从而增加手术风险,影响术后恢复^[3]。采用有效的保温措施是保证麻醉顺利、手术成功、减少术后并发症的重要条件。本文研究显示:对照组单纯使用暖气空调保温措施情况下,随着手术的进行患者体温逐渐下降,患者的体温与麻醉前比较有显著性差异。观察组综合保温干预的患者体温保持恒定,不同时间段比较无显著性差异,在手术开始后的相同时间段及术毕体温分别高于对照组,说明综合保温干预措施能有效维持患者术中体温的恒定。

3.2 综合保温干预的效果 手术期体温下降对患者最常见的危害是寒战,文献报道其发生率为 5%~65%。而寒战引起的肌肉活动,使耗氧量增加至正常体温时的 8 倍^[4],易使心脏病患者出现心律失常、心肌缺血。其次,术中低温可导致血小板减少,并抑制其功能,降低凝血物质活性,激活血纤维蛋白

溶解作用,从而导致出血时间延长,严重低温可导致弥漫性血管内凝血。另外,术中低温可能导致患者切口感染率增加和心血管功能异常,低体温时由于直接削弱机体的免疫功能和减少皮肤血流量,从而减少组织的氧供,同时低温往往伴有蛋白质的消耗和胶原合成的抑制,这些均可使患者对手术伤口感染的抵抗力降低。敖兵等^[5]报道在择期大肠手术期间发生低温的患者伤口感染率增加 3 倍,住院时间延长 20% 左右。吴翠华^[6]发现体温较低组患者的围手术期心血管不良事件发生率增加了 300%,这是由于引发了交感神经兴奋,导致去甲肾上腺素水平增加 100%~700% 和整个系统性血管收缩。本文研究结果表明,观察组 T、BP 显著高于对照组 ($P > 0.01$), R 显著低于对照组 ($P < 0.01$),而 HR 两组无显著差异 ($P > 0.05$);观察组寒战发生率、切口感染率显著低于对照组 ($P < 0.01$),切口愈合时间显著短于对照组 ($P < 0.01$)。说明综合保温干预措施能有效防止患者术中低体温,减少心血管不良事件的发生率,降低寒战发生率和切口感染率,对于促进手术切口愈合,降低术后并发症具有重要意义。

【参考文献】

- [1] 杨兵,曾盈盈,杨秀霞,等. 老年人腹部手术术中保温对术后苏醒的影响及护理[J]. 解放军护理杂志, 2007, 23(18): 7-9.
- [2] 李理,黄文莉. 围术期低体温病人保温护理研究进展[J]. 护理研究, 2009, 23(11): 952-954.
- [3] 张彩莲. 围术期保温护理在 Whipple 手术中的应用[J]. 临床医药实践, 2008, 17(8): 700-701.
- [4] 李雪连. 对经皮肾镜手术患者术中实施保温护理的效果观察

[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(9): 90-91.

- [5] 敖兵, 何晓珍, 关惠军. 保温干预对老年腹部手术患者生命体征的影响[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(10): 781-783.

- [6] 吴翠华. 保温护理预防前列腺电切术中寒战的临床观察[J].

中医药导报, 2008, 14(7): 78-79.

(收稿日期: 2009-12-20; 修回日期: 2010-04-12)

(本文编辑: 黄攸生)

婴儿室护理流程再造的应用与效果

杜秋兰, 陈小凤, 张琼, 王月琴

[关键词] 婴儿室; 护理流程再造; 应用; 效果

中图分类号: R473.71 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)04-0353-01

2006 年 3 月, 我院婴儿室易地改建, 实施婴儿室护理流程再造, 经过 3 年的护理实践, 取得了良好的效果。

1 婴儿室护理流程再造的目标

加强婴儿室的感染控制, 改造前产婴房没有明确区分, 与产房共用通道。改造后将婴儿室安排在病区的中间, 定位洗浴、注射、抚触及宣教。强化质量管理意识, 明确职责范围, 增加护理服务项目, 再造护理流程。

2 婴儿室护理流程再造的实施

2.1 护理流程的制定 护士长组织引导中级职称的护理人员, 选择流程中的薄弱环节作为对原有流程进行优化与整合的突破^[1], 再造婴儿室的技术操作流程和 workflows。技术操作流程包括批量接婴儿入室流程、沐浴流程、送回婴儿流程、出院流程、婴儿预防接种流程及婴儿用物(仪器)处理流程等。 workflows 包括婴儿室带教流程和婴儿室护士 workflows 等。

2.2 护理流程的培训 采取由 20 年护龄的专科护士先试验, 以老带新的方法进行培训推广。按照流程对护士执行护理流程的情况进行检查督导, 使其熟练掌握护理流程的应用并能正确实施。

3 讨论

作者简介: 杜秋兰(1965-), 女, 江西丰城人, 本科, 主管护士, 从事妇产科护理管理及护理工作

作者单位: 330002 江西南昌, 解放军 94 医院妇产科

3.1 避免工作遗漏, 提高满意率 护理服务包含了一个个作业流程, 而护理人员的知识水平对服务的认知程度又不尽相同^[2]。实施流程管理各项工作按流程进行, 分工要求明确, 婴儿用物(仪器)处理流程, 婴儿室带教等流程, 保证了婴儿室消毒隔离工作的落实, 3 年来无一例婴儿院内发生感染, 无一例抱错婴儿事件。

3.2 提高工作效率 通过流程的再造理清了护士的工作思路, 同时使新护士、护生缩短磨合期^[3]。适时的检查监督为流程再造提供依据, 实现护理质量持续改进。流程再造促进护士学习和思考, 提升素质^[4]。

3.3 促进临床带教工作规范化 临床带教老师要注重通过实施高效护理流程教学使护生在临床实践中迅速掌握基本操作方法与技能^[5]。通过实施再造婴儿室带教流程, 3 年来护生满意率高达 98%, 实习目标 100% 完成。

【参考文献】

- [1] 张泓, 李善玲, 赵冬梅. 护理流程管理尝试[J]. 护理学杂志, 2006, 21(7): 55.
- [2] 张玉莲, 高建民. 引入流程管理 提高护理质量[J]. 中国卫生质量管理, 2008, 15(2): 42.
- [3] 杜心平. 病区护理流程再造的实施与效果评价[J]. 天津护理, 2008, 16(2): 811.
- [4] 顾建芳, 黄治华, 唐晓娣. 流程再造理论在护理中的应用现状[J]. 中国护理管理, 2007, 7(4): 47-49.
- [5] 张瑜, 李梅, 王文. 护理流程教学在临床带教中的应用[J]. 护理研究, 2006, 20(7): 178-179.

(收稿日期: 2009-12-05; 修回日期: 2010-03-24)

(本文编辑: 黄攸生)