

· 护理园地 ·

# 肝脏肿瘤切除术后患者体温变化的监测及意义

李  懿,熊正香,傅月沁

〔摘要〕  目的  探讨肝脏肿瘤切除术后患者 7 d 内的每天最高体温的变化及其规律,总结术后体温的变化规律及分析体温增高的原因和应采取的相应的护理干预措施。方法  采用回顾性方法将肝脏手术 200 例的病历资料,统计手术日至术后 7 d 的体温、肺部感染及肝功能障碍等并发症发生率,分析体温增高与并发症存在的关系。结果  术后 3 d 内体温升高的患者一般较少伴有术后并发症,术后 3 d 后出现体温升高者,常常伴有相应的术后并发症,如肺部感染、腹腔积液、胸腔积液、膈下积液、血培养阳性、肝功能障碍等。术后体温的增高与肿瘤大小有关,尤以肿瘤直径 > 10 cm 多见;而与肿瘤的类型等无关。结论  肝脏肿瘤切除术后 3 d 后体温增高多与肿瘤大小 (> 10 cm) 和术后并发症的发生密切相关,在日常护理中应该格外重视。

〔关键词〕  肝脏;手术;术后;体温;护理

〔中图分类号〕  R735.7   〔文献标志码〕  B   doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.06.030

肝脏手术因手术时间长、术式复杂、创面大、术中失血多,术中及术后输入大量库存血液及术后免疫力低下等原因,易造成患者术后体温不稳定。体温的异常可引起多种不良反应,影响患者术后恢复,甚至导致并发症<sup>[1-2]</sup>。因此,了解肝脏手术后患者体温的变化规律,采取积极有效的体温监测和护理措施,对提高手术成功率、减少术后并发症、促进患者康复有重要意义。本文回顾分析了 2013 年 1 - 12 月在我科行肝脏肿瘤切除术 200 例患者的术后体温护理资料,分析患者每日最高体温的变化规律及可能存在的原因,总结有效的护理措施。

## 1 对象与方法

1.1 对象  本组 200 例,其中局限性肝切除术 89 例,肝段切除术 8 例,联合肝段切除术 16 例,半肝切除术 52 例,肝三叶切除术 14 例,多处切除术 21 例。原发性肝癌诊断 126 例,转移性肝癌诊断 16 例,肝局灶性结节增生 20 例,肝腺瘤 6 例,肝血管瘤 32 例。肿瘤大小:直径 < 5 cm 68 例,5 ~ 10 cm 96 例,> 10 cm 36 例。男 128 例,占 64%,女 72 例,占 36%。年龄 33 ~ 82 岁,平均 57.5 岁。

1.2 方法  手术当天至术后 7 d 以水银体温表测量并记录患者当日最高腋下体温。体温 > 37.5℃ 时

为发热,> 38.0℃ 时给予物理降温,高于 > 38.5℃ 体时给予药物降温,同时查明原因,如存在并发症则积极处理。

1.3 观察指标  是否存在肺部感染、腹腔积液、胸腔积液、膈下积液、血培养阳性及肝功能障碍等并发症,并且统计分析体温升高与并发症发生率的关系。

1.4 统计学处理  采用 SPSS 19.0 统计软件,计量数据采用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示。计数资料组间比较采用 Chi-square test 检验或 Fish 精确概率法。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 术后 7 d 内患者每天最高体温变化分布结构 200 例术后 7 d 内每天最高体温分布结构见表 1。结果表明术后 4 d 及 5 d,最高体温 > 37.5℃ 的患者所占比例最高,分别为 24.0% 和 23.5%;术后 6 d,185 例 (92.5%) 患者体温正常。

2.2 术后 7 d 内患者每天最高体温变化的平均值 每天最高体温总体均数不相等,但术后 4 d、5 d 的每日最高体温均值较高。见表 2。

2.3 术后最高体温与并发症发生率的关系  以术后 3 d 为界,分析体温增高是否与并发症存在相应的联系。通过分析得出,术后 3 d 内体温增高多不

表 1  患者术后每天最高体温分布结构 [ $n$  (%) ]

体温	手术当天	术后 1 d	术后 2 d	术后 3 d	术后 4 d	术后 5 d	术后 6 d	术后 7 d
< 37.5℃	199 (99.5)	196 (98.0)	186 (93.0)	170 (85.0)	152 (76.0)	153 (76.5)	185 (92.5)	198 (99.0)
≥ 37.5℃	1 (0.5)	4 (2.0)	14 (7.0)	30 (15.0)	48 (24.0)	47 (23.5)	15 (7.5)	2 (1.0)

表 2 患者术后每天最高体温总体均数比较(℃, $\bar{x} \pm s$ )	
时间点	体温
手术当天	35.76 $\pm$ 0.72
术后 1 d	36.78 $\pm$ 0.85
术后 2 d	36.88 $\pm$ 0.75
术后 3 d	36.61 $\pm$ 0.85
术后 4 d	37.32 $\pm$ 0.77
术后 5 d	37.26 $\pm$ 0.75
术后 6 d	36.59 $\pm$ 0.68
术后 7 d	36.48 $\pm$ 0.63

伴有相应并发症,而 3 d 后体温增高,多伴有相应并发症,如肺部感染、腹腔积液、胸腔积液、膈下积液、血培养阳性及肝功能障碍等。两者比较具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 患者术后体温增高与并发症发生的关系(例)		
项目	$d \leq 3$	$d > 3$
不伴有并发症	188	171
伴有并发症	12	29*

注:与  $d \leq 3$  比较, \*  $P < 0.05$

**2.4 术后患者体温增高与肿瘤大小的关系** 按肿瘤大小分为 A 组(直径  $< 5$  cm)、B 组(直径  $5 \sim 10$  cm)和 C 组(直径  $> 10$  cm),并将其与体温增高的关系进行统计分析后得出:术后患者体温增高与肿瘤大小存在联系,而  $> 10$  cm 肿瘤与术后体温增高的关系有统计学意义(A、B 和 C:  $\chi^2 = 8.91, P < 0.01$ ; A vs B:  $\chi^2 = 1.653, P > 0.05$ ; B vs C:  $\chi^2 = 3.534, P < 0.05$ ; A vs C:  $\chi^2 = 7.536, P < 0.01$ )。见表 4。

表 4 体温增高与肿瘤大小的关系(例)			
组别	直径 $< 5$ cm	直径 $5 \sim 10$ cm	直径 $> 10$ cm
非发热组	57	65	16
发热组	11	31	20

**2.5 术后最高体温与肿瘤类型的关系** 通过对发热组与非发热组的比较,患者术后体温的升高与肿瘤诊断类型无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 5。

表 5 体温增高与肿瘤类型的关系(例)					
组别	原发性肝癌	转移性肝癌	肝局灶性结节增生	肝腺瘤	肝血管瘤
非发热组	85	11	13	4	25
发热组	41	5	7	2	7

### 3 讨 论

**3.1 肝脏手术后体温监测的重要性** 肝脏手术因手术切口大、暴露时间长、术中输血输液等因素,加上全麻肌肉松弛以后机体产热减少,因而容易引起术后体温异常<sup>[3-5]</sup>。术后体温异常不仅让患者感觉不舒适,更可影响患者的凝血功能、心肌收缩力、肾脏功能、药物代谢、组织灌注不足及氧供减少,可出现代谢性酸中毒、心律失常、凝血障碍、感染等并发症<sup>[6-7]</sup>。体温异常还可降低手术后患者的免疫力,导致术后伤口感染和肺部感染的发生。肝脏大手术后发热是患者的常见反应,但若体温超过  $38.5$ ℃ 或长时间发热,会增加基础代谢率,加重心脏负担导致术后心动过速,同时引起周围血管扩张、血压下降,增加氧和热的消耗,患者也会出现全身无力、精神倦怠等症状,不利于术后康复。同时,术后引流管放置位置不当或引流不畅导致的膈下积液、膈下感染等并发症以及术后胆漏等也是术后患者体温异常的可能原因。本文结果显示,肝脏肿瘤切除术 3 d 后体温增高与直径  $> 10$  cm 肿瘤相关,因此对患者尤其是肿瘤直径较大的患者术后的体温检测格外重要。

**3.2 加强体温监测,采取有效护理措施** 术后 3 d 内的体温升高多因为是手术致局部渗血、渗液吸收而出现的吸收热<sup>[8-10]</sup>。术后 4 d 体温仍高于  $38.5$ ℃,其肺部感染、肝功能障碍、血培养阳性率、膈下积液等并发症的发生率高于体温正常组<sup>[1]</sup>。因此应加强术后早期体温的监测,警惕并发症的发生。体温高于  $38$ ℃,给予物理降温,温水擦浴、酒精擦浴、冰袋降温,效果好且安全。体温高于  $38.5$ ℃,给予药物降温,如消炎痛栓纳肛,此方法降温效果明显且较快,较易出现大汗淋漓,应以温水擦拭,及时更换衣裤,床单被套,保持皮肤干燥、清洁,防止受凉。患者发热时应保持病房空气流通,但避免风直接吹在患者身上,保持病房安静。术后高热可引起患者紧张不安、焦虑、恐惧等<sup>[9]</sup>,因此要做好心理护理,缓解患者及家属的紧张情绪。争取患者和家属的理解和配合。高热患者还应加强口腔护理、保持口腔清洁,每日用 3% 过氧化氢口腔护理 2 次,以防因发热引起的口腔炎和口腔溃疡。通过血培养的结果,及时调整抗生素,合理有效地使用抗生素。

#### 【参考文献】

[1] 张林颖,侯小娟,李琳,等 腹部大手术后体温变化及护理[J]. 解放军护理杂志,2011,28(24):20-23.

卫生处处长、各医院院长、政委为小组成员,领导小组办公室设在卫生处,具体负责迎评工作的协调指导。各医院实行院长、政委挂帅,分管领导主抓,机关各部门和各科室层层落实的组织领导体制,成立等级评审领导小组,下设迎评办公室和自评督导组、专家组等,全面负责迎评工作领导、组织、协调、监督工作<sup>[3]</sup>。

### 3 在熟练掌握标准要求中过细准备

**3.1 抓骨干队伍** 分部要求参评医院在每个专业、每个科室、每个部门指定一名迎评联络员,明确职责任务,先期组织标准学习,熟知相关条款解释;分部组织参评医院的评审领导小组、迎评办公室成员,参评医院组织科室联络员分批次前往已通过评审的师级医院和部分团级医院参观学习,当好迎评工作“明白人”。按照由上至下的方法,由联络员分头组织理论培训、标准讲解、答疑解惑,确保全院上下迎评工作不偏题<sup>[4]</sup>。

**3.2 抓核心指标** 床位规模、平均住院日、药占比以及为兵服务等指标,是最基本、最核心也是必须达标的指标,如果这些方面做不好,将会严重影响医疗质量和伤病员安全;如果核心指标不达标迎评工作也将毫无意义。在迎评调研摸底、具体指导、模拟评审、资格审查、置前准备等环节,分部和医院始终紧盯和抓好核心指标的整改落实,确保百分之百过硬。

**3.3 抓样板建设** 按照示范先行、典型引路的思路,分部遴选一所医院一个科室,建立样板单位,对照标准规范,从形式到内容、静态到动态、质量到内涵进行标准化、规范化建设,供其他单位学习借鉴。参评医院按照分部模式,区分专业、科室、部门,分类抓样板建设,全院推广,确保全院上下一致。

### 4 在自查互查固化成果中推进发展

**4.1 院内自查** 医院以迎评办公室人员为基础,抽取有关专业专家,按照评审内容和路径表单,进行多

个波次院内自评自查,及时发现、汇总、反馈问题不足,研究改进措施,明确整改时限,建立跟踪机制,保证末端落实,达到查漏补缺、持续改进目的<sup>[5]</sup>。

**4.2 院间互查** 分部建立迎评工作月报制度,定期开展医院迎评阶段性总结和反馈,跟踪协调遇到的矛盾问题;按照以技术促进发展、以指标强化职能、以制度带动管理原则,组织所属医院进行院间交叉互查,帮助发现问题不足,梳理经验做法,及时推广应用<sup>[6]</sup>。

**4.3 专家帮带** 分部邀请参与评审标准制定、参加军地等级评审、相关专业权威专家组成迎评督导组,赴相关医院巡回指导,提高迎评的针对性、实效性;各医院根据自身实际,有计划地邀请有关专家来院帮带,充分发挥专家的智囊作用,推进迎评工作高效进行。

**4.4 成果固化** 评审结束后,注重在“长”、“常”上下功夫,建立长效机制,把迎评期间,完善的制度机制、工作流程、方法路径,以及激发出来的工作作风、事业热情,保持好、传承好、发扬好,形成医务人员固有习惯,持续改进内涵质量,在新的起点上强势推进医院快速发展、健康发展、科学发展。

### 【参考文献】

- [1] 陈 飞,邵加庆,汪春晖,等.医院等级评审迎评工作的实践与体会[J].医学研究生学报,2014,27(4):408-410.
- [2] 杨国斌.军队医院等级评审迎评工作中应把握的几个问题[J].东南国防医药,2013,15(2):187-189.
- [3] 李大鹏,时利民,刘文清,等.军队综合医院等级评审管理体会[J].解放军医院管理杂志,2014,21(2):108-109.
- [4] 吴 磊,杨向荣,周庆彪,等.军队团级医院等级评审应注重的环节[J].解放军医院管理杂志,2014,21(3):245-261.
- [5] 张 爽,袁芳华,张 晶,等.中心医院的等级医院建设实践[J].解放军医院管理杂志,2013,20(6):517-519.
- [6] 夏文明,吕耀欣,汪 勇,等.等级医院迎评的实践与体会[J].江苏卫生事业管理,2014,25(2):28-29.

(收稿日期:2014-08-15;修回日期:2014-09-20)

(本文编辑:史新中)

(上接第 651 页)

- [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(4):952-954.
- [3] 唐 晟,皮红英,马燕兰.肝移植术后患者体温监测分析及护理对策[J].解放军护理杂志,2009,26(19):1-4.
- [4] 王金淳,杨 波,潘文琴,等.肝细胞肝癌 MR DWI 表现与病理学等级关系的分析[J].东南国防医药,2012,14(5):425-427.
- [5] 全守波,朱 涛,刘菊英,等.冷冻治疗肝癌对体温、血压和心率的影响[J].临床麻醉学杂志,2002,18(7):373-374.
- [6] 刘金娥.肝癌术后低体温对患者的影响及护理对策[J].中国

民族民间医药杂志,2010,19(13):189-190.

- [7] 陈 云.肝脏肿瘤行肝切除术后并发症的防治(附 47 例报告)[J].皖南医学院学报,2008,27(3):220-221.
- [8] 黄廷庭.外科疾病的发热[J].医学与哲学,2005,26(12):23-26.
- [9] 黄顺爱,马 丽,倪洪涛.发热患者的心理护理[J].中国实用医药,2009,4(18):242-243.
- [10] 易丽艳,韦旭波.临床护理路径在心脏移植术患者中的应用[J].华南国防医学杂志,2013,27(11):826-828.

(收稿日期:2014-05-24;修回日期:2014-09-11)

(本文编辑:黄攸生)