

## 腹部手术患者术中体温变化的观察及护理

徐德群

**[摘要] 目的:**观察腹部手术患者术中体温变化并探讨其护理方法。**方法:**将 60 例经腹部手术患者分为观察组和对照组,各 30 例。对照组不采用保温措施;观察组采用术中补液、冲洗液等均加温至 37℃ 的保温措施。观察 2 组患者术前和术中的体温变化。**结果:**对照组体温在术中 60、120、160 min 及术毕时均较观察组显著降低( $P < 0.05$ )。**结论:**腹部手术患者术中体温会显著降低,采用相应的保温护理措施有利于保持体温正常水平,减少术中低体温状态对患者的影响。

**[关键词]** 腹部/外科手术;体温变化;护理

**[中国图书资料分类法分类号]** R 656.1 **[文献标识码]** A

体温的恒定是维持机体各项生理功能的保证。体温低于 36℃ 称为低体温状态<sup>[1]</sup>。在手术期间,由于麻醉、手术室环境、器官暴露等原因均可导致手术患者术中低体温。体温过低出现寒战可使机体耗氧量增加,凝血功能紊乱,免疫抑制,增加心脑血管系统等术后并发症的发生率<sup>[2]</sup>。因此,必要的保温措施对维持术中体温的稳定具有重要意义。本研究观察 60 例术中患者体温变化并进行相关因素分析,并对其中 30 例患者采取术中加温补液的保温措施,维持术中患者正常体温水平,有效地减少了因术中低体温产生的相关手术并发症,现作报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本室 2008 年 12 月至 2009 年 11 月采取硬膜外麻醉的腹部手术患者 60 例,其中男 31 例,女 29 例;年龄 17~70 岁。手术时间 1~3 h。包括胃、肠、肝、胆等上中腹部手术和卵巢、子宫、阑尾等盆腔部位手术。病例术前均无心脑血管合并症。

1.2 方法 将所选病例随机分为对照组和观察组,每组 30 例。2 组患者在年龄、体重、手术室相关指

标等方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ ) (见表 1)。

表 1 2 组患者一般情况和手术室相关指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 年龄(岁)   | 体重(kg)  | 手术室温(℃)     | 输液量(ml)     |
|-----|----|---------|---------|-------------|-------------|
| 对照组 | 30 | 37 ± 12 | 56 ± 10 | 21.9 ± 0.30 | 1 390 ± 200 |
| 观察组 | 30 | 39 ± 10 | 58 ± 11 | 21.8 ± 0.16 | 1 410 ± 210 |
| t   | —  | 0.70    | 0.74    | 1.61        | 0.38        |
| P   | —  | >0.05   | >0.05   | >0.05       | >0.05       |

1.3 护理措施 对照组患者采取常规护理措施,入室后给予普通棉被保暖,术中补液系正常保存后常温下输注。观察组患者除常规护理外,采取加温补液的方法,术中所有补液和冲洗液均加热至 37℃。2 组病例体温均以腋温测量,并记录入室时、手术开始、术中 60、120 和 160 min 及术毕体温。

1.4 统计学方法 采用 t 检验。

## 2 结果

2 组患者入室体温差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。对照组体温在术中及术毕时均较观察组显著降低( $P < 0.01$ ) (见表 2)。

表 2 2 组患者手术前后体温变化比较( $\bar{x} \pm s$ ;℃)

| 分组  | n  | 入室         | 手术开始       | 手术中(min)   |            |            | 术毕         |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    |            |            | 60         | 120        | 160        |            |
| 对照组 | 30 | 36.4 ± 0.2 | 36.1 ± 0.2 | 35.8 ± 0.3 | 35.6 ± 0.2 | 35.3 ± 0.3 | 35.3 ± 0.4 |
| 观察组 | 30 | 36.5 ± 0.2 | 36.3 ± 0.3 | 36.4 ± 0.2 | 36.4 ± 0.4 | 36.6 ± 0.2 | 36.5 ± 0.5 |
| t   | —  | 1.94       | 3.01       | 9.11       | 9.80       | 19.75      | 10.26      |
| P   | —  | >0.05      | <0.05      | <0.01      | <0.01      | <0.01      | <0.01      |

## 3 讨论

3.1 手术患者术中低体温的原因 术中患者低体温是手术中常见的症状。对于老年、小儿及手术范围大、时间长、有合并症等患者更易发生。其原因主

[收稿日期] 2010-02-03

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 手术室,安徽 蚌埠 233000

[作者简介] 徐德群(1979-),女,护师。

要有:(1)手术室的低温环境。手术室温度一般保持 21~23℃。为增加消毒效果,往往要增加空气的对流,手术患者在这种低温环境下易出现低体温。有研究<sup>[3]</sup>证实,室温<21℃时,机体常出现低体温。(2)麻醉作用。麻醉药物可抑制体温调节中枢,干扰体温调节,使代谢率降低,产热减少,机体温度易受环境影响。(3)输入液体的“冷稀释”作用。大量输入环境温度下的液体或血液,可导致机体温度下降。低温液体进入体内会吸收机体热量。研究<sup>[4]</sup>证实,成人静脉每输入 1 L 环境温度下液体或每输入 1 个单位 200 ml 4℃血液,中心体温约降低 0.25℃,输入液体越多,体温下降越明显。因此,大量输入未加温的液体或血液是体温降低的最主要原因。(4)手术等因素。手术时间长,腹腔及胸腔内容物暴露时间长,暴露面积大,反复使用低温液体冲洗体腔等,都可带走机体热量,造成低体温。

3.2 术中保温措施对维持体温的作用 本研究中 2 组手术室室温基本相同,其影响因素可忽略。对于引起的体温降低,我们采用主动的保温措施。如加盖被服,包裹机体等;针对输入液体的“冷稀释”作用,本研究对需输入的液体进行加温后再输入。方法是使输液器通过加热至 37℃的恒温水中。结果表明,观察组经加温输液后,术中体温基本维持在

正常水平,且手术开始后体温明显高于对照组患者( $P<0.05$ )。保持患者术中体温于正常水平,定义为中心体温高于 36℃。有研究<sup>[5]</sup>表明,加温补液是维持术中正常体温水平比较有效的方法。手术患者低体温状态影响因素很多,除加温补液外,还应综合采取护理干预措施,努力维持手术中患者正常体温水平。另外,目前利用新技术新设备加强术中体温监测也应作为手术室护士一项常规的重要的工作内容<sup>[6]</sup>,应加强对患者术中体温的监测,及早发现体温过低,及时采取相应护理措施,减少术后并发症,以利患者康复。

#### [参 考 文 献]

- [1] 陈健欣,胡小玲.术中加温输液对病人体温下降的影响[J].中华护理杂志,2000,35(8):495-497.
- [2] 胡兴国.围手术期轻度低温[J].国外医学:麻醉学与复苏学分册,2000,12(8):263-265.
- [3] 于文红.围术期患者低体温的护理措施[J].河北医药,2008,30(11):18-25.
- [4] 刘鹏.全麻下患者手术期体温变化的研究[J].中国实用护理杂志,2004,20(2):3-4.
- [5] 文素芳,林高翔.术中低体温的探讨及加温输液的临床应用[J].广西医科大学学报,2007,24(S2):285-287.
- [6] 李海燕,王振香.不同温度输液对妇科术中病人体温及热量的影响[J].中华护理杂志,2000,35(8):459-461.

[文章编号] 1000-2200(2010)12-1310-03

· 护理学 ·

## 经中心静脉导管溶栓治疗 PICC 并发深静脉血栓的护理

万永慧,陈三妹

[摘要]目的:探讨经中心静脉导管(PICC)溶栓治疗 PICC 并发深静脉血栓的护理。方法:采用 PICC 管逐步退管的方法,用尿激酶和法华林进行溶栓治疗,定时监测出凝血时间。结果:4 例均溶栓成功,无肺栓塞、脓毒血症及患肢功能丧失等并发症。结论:采用逐步退管的方法进行溶栓,能在较短时间内打通深静脉通路,减少患肢回流受阻的时间,操作简单、经济。

[关键词] 导管插入术;中心静脉导管;深静脉血栓;溶栓治疗;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 540.46 [文献标识码] A

经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)是肿瘤患者长期化疗的常用静脉输液方式。通常由上肢外周静脉置入,比其他的导管穿刺置入的风险和并发症大大降低。但 PICC 所带来的并发症也不可忽视。关于 PICC 的安全性评估研究<sup>[1]</sup>发现,肿瘤患者的并发症明显高于非肿瘤患者。其中深静脉血栓是一种风险极高的并发症,容易引起肺栓塞、脓毒血症及患肢功能丧失。对于深静脉血栓的治疗主要通

过尿激酶溶栓的方式。目前国内大多数是拔除 PICC 导管后静脉药物溶栓<sup>[2]</sup>,国外报道<sup>[3]</sup>采用介入的方式进行溶栓。我科直接用 PICC 溶栓治疗 4 例,取得满意效果,现作报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 5 月至 2009 年 12 月,我科对 367 例肿瘤患者采用 PICC 静脉化疗,在 PICC 置管后 X 线定位确定导管尖端位置正确,术后常规 PICC 护理,输液后低分子肝素正压封管处理。术后 5~7 天及 12~14 天采用 8 MHz 彩超探查有无并发深静脉血栓形成。探查的血管包括 PICC 走行的上

[收稿日期] 2010-05-14

[作者单位] 武汉大学人民医院 肿瘤科,湖北 武汉 430060

[作者简介] 万永慧(1971~),女,硕士,主管护师。