

中西医结合护理在改善围手术期患者低体温的效果观察

毛秀玲, 兰静, 柳王美

丽水市中医医院, 浙江 丽水 323000

【摘要】目的: 观察中西医结合护理在改善围手术期患者低体温的临床效果。**方法:** 176例围手术期患者, 随机分为A、B组, 各88例。B组予以综合西医护理方案, A组在B组基础上辅以中医综合护理干预方案。比较2组手术前后各时段体温变化, 记录其术后各并发症发生情况。**结果:** ①A组有效85例, 有效率96.6%, B组有效>6, 有效率86.4%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。②2组患者入院初期及术前体温比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$); A组T3、T4、T5及T6等时段体温均高于B组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。③并发症发生率A组3.4%, B组34.1%, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对行手术患者予以围手术期中西医结合护理方案, 临床干预效果显著, 可有效降低其低体温症状发生。

【关键词】 围手术期; 低体温; 中西医结合; 临床护理

【中图分类号】 R619 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2015) 02-0250-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.114

临床上将中心体温低于 36°C 且高于 34°C 的情况称为低体温^[1], 常发生于冬季或外科手术过程中, 一旦术中出现低体温情况, 则易因影响血小板功能而加速出血速度, 增加其发生心血管事件及感染风险^[2]。随着医学的发展及临床护理研究成效的发展, 护理干预在改善围手术期患者低体温方面发挥着越来越重要的作用。本研究观察中西医结合护理在改善围手术期患者低体温的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①手术病例符合《腹部多层螺旋CT图谱》^[3]中相关疾病诊断标准者; ②中医符合《中医外科学》^[4]中拟定的相关疾病诊断分型标准者; ③符合腋温检测要求者; ④护理依从性较强; ⑤签署知情同意书者。

1.2 排除标准 ①相关手术及护理禁忌证者; ②术前体温异常者; ③合并严重脏器疾病或恶性肿瘤者; ④意识不清或精神障碍者; ⑤中途退出治疗者。

1.3 一般资料 选取2013年3月—2014年3月本院行外科手术的患者176例, 采用简单抽样法随机分为2组, 各88例。A组男46例, 女42例; 年龄19~69岁, 平均 (44.8 ± 2.6) 岁; 体温 $(37.0 \pm 0.2)^{\circ}\text{C}$; 疾病类型: 腹外疝32例, 急性阑尾炎36例, 十二指肠溃疡13例, 急性肠梗阻7例。B组男47例, 女41例; 年龄20~65岁, 平均 (45.3 ± 2.3) 岁; 体温 $(37.1 \pm 0.1)^{\circ}\text{C}$; 疾病类型: 腹外疝29例, 急性阑尾炎38例, 十二指肠溃疡15例, 急性肠梗阻6例。2组一般资料比

较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 护理方法

2.1 B组 予以综合西医护理方案。术前及术后给予积极有效的心理干预, 通过典型案例讲解、列举临床治疗数据等方式帮助患者建立治疗信心, 提高依从性; 做好术前、术后按时给药、医嘱传达、指征监测、病历记录等常规护理工作, 调节手术室温度与湿度, 将其控制在 25°C 左右; 加热术中所需生理盐水、敷料、备用血液等直接接触患者皮肤或注入静脉液体至 37°C ; 术中机械通气时可于导管与呼吸回路间安放湿热交换过滤器; 于手术床处铺盖 38°C 保温毯^[5]。

2.2 A组 在B组基础上予以中医护理干预方案。术前护理: ①饮食干预: 热证者忌食寒性、辛辣食物; 寒证者忌食生冷食物; 虚证者以温补类食物为主^[6]; ②就诊环境选择: 阳虚者或寒证者安置于向阳病房内, 用阳光调节其体内阴寒之气; 热证及阴虚者则安置于通风凉爽的病房内; ③艾灸: 在医师指导下艾灸百会穴、关元穴、神阙穴及气海穴等“补阳穴”, 早晨与下午各1次, 每次0.5h; ④足浴护理: 睡前玉屏风散汤剂浴足0.5h; ⑤口服中药: 组成: 黄芪、党参、炙甘草各15g, 白术、当归各10g, 陈皮、升麻各6g, 柴胡12g, 生姜9片, 大枣6枚, 文火慢煎, 早晚分服, 持续至手术; ⑥四肢热敷护理: 每天睡前浴足后玉屏风散合桂枝汤热敷四肢1次, 配伍: 在浴足方剂基础上辅以生姜、白芍、桂枝各10g, 甘草5g, 热敷10min。术中护理: 根据患者情况辅以黄芪注射

【收稿日期】 2014-10-10

【作者简介】 毛秀玲 (1970-), 女, 主管护师, 研究方向: 外科护理。

液(生产厂家:神威药业有限公司,规格:10 mL,批准文号:国药准字Z13020999),静脉滴注,10~20 mL/次,医嘱下控制给药速度。术后护理:口服补中益气汤及沐足护理均与术前一致;艾灸:无寒战症状者艾灸位置及每天次数同术前一致;寒战症状患者则予以合谷穴、列缺穴、风池穴、大椎穴、外关穴及风门穴艾灸,每次0.5h,每天上午及下午各1次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①于患者入院初(T1)、术前(T2)、术中麻醉时(T3)、麻醉后(T4)、术后0.5 h(T5)及术后1h(T6)等六个时间段予以体温检测,观察2组患者各检测时段内体温对比差异;②记录2组患者护理后并发症发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《外科常见病护理与风险防范》^[7]中低体温护理评价标准:有效:患者术前、术中及术后腋下体温均维持在36~37℃;无效:术前、术中或术后腋下体温低于36℃或超过37℃。

4.2 2组临床护理效果比较 见表1。A组有效85例,有效率96.6%,B组有效6例,有效率86.4%,2组比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床护理效果比较 例(%)

组别	<i>n</i>	有效	无效
A组	88	85(96.6) ^①	3(3.4)
B组	88	76(86.4)	12(13.6)

与B组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组体温变化比较 见表2。2组患者入院初期及术前体温比较,差异无显著性意义($P > 0.05$);A组T3、T4、T5及T6等时段体温均高于B组,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组体温变化比较($\bar{x} \pm s$) ℃

组别	<i>n</i>	T1	T2	T3	T4	T5	T6
A组	88	36.7±0.2	36.7±0.4	36.4±0.3 ^①	36.5±0.3 ^①	36.4±0.2 ^①	36.4±0.3 ^①
B组	88	36.6±0.3	36.6±0.4	35.8±0.2	35.5±0.4	35.4±0.2	35.5±0.3

与B组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组护理后并发症情况比较 并发症发生率A组3.4%,B组34.1%,2组比较,差异显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组护理后并发症情况比较 例

组别	<i>n</i>	寒战	躁动	心率加快	低氧血症	发生率(%)
A组	88	0	1	1	1	3.4 ^①
B组	88	18	3	5	4	34.1

与B组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

本研究选取176例行外科手术患者为受试对象,发现予

以综合西医护理方案联合中医口服汤剂+艾灸+四肢热敷等多项护理方案的A组患者临床护理有效率达96.6%,仅3例患者术后出现体温轻微上升情况,无1例于术中体温降至36摄氏度以下。而予以综合西医护理方案的B组患者仅76例维持正常体温状态,另12例术中体温降低情况较为严重。这一结果表明,对外科手术患者予以术前、术中及术后的全方位中西医结合护理方案可有效改善术中及术后低体温症状,对减轻术后寒战发生风险等意义重大。中医学认为,万病皆损于阳气,在术前及术后利用艾灸疗法刺激百会穴、关元穴、神阙穴及气海穴等“补阳穴”,可有效增强体质、平衡阴阳,有利于提高机体抗病能力,以此降低术中及术后低体温症状发生率。此外,在保温毯保温、术中输液体加热等常规护理保温基础上予以补中益气汤口服及玉屏风散合桂枝汤热敷等中医综合护理,能从内而外调理机体,达到益气健脾、培元固本等功效。手术前后每晚辅以玉屏风散合桂枝汤热敷及浴足,可利用桂枝辛温发散调卫、芍药合营,以获得解表祛邪、发汗驱寒、散敛相继的效果。本研究除上述结论外,还就2组患者护理后并发症发生情况进行深入探讨,发现中西医结合护理干预方案的A组患者术后无1例出现寒战症状,3例并发症发生者分别为躁动、心率加快及低氧血症症状,与术中麻醉剂量及患者年龄较大相关。而仅予以综合护理方案的B组患者则有18例术后出现寒战症状,此外躁动3例,心率过快5例,低氧血症4例,总并发症发生率达到39.8%。笔者猜测造成这一结果的原因同A组患者术后对存在寒战倾向者予以合谷穴、列缺穴、风池穴、大椎穴、外关穴及风门穴艾灸有关。

【参考文献】

- [1] 张丽平,马郑萍,唐锐,等.中西医结合护理优化方案预防围手术期低体温的研究[J].西部中医药,2013,(11):115-116,117.
- [2] 唐锐,马郑萍,张丽平,等.中西医结合护理优化方案对围手术期低体温影响的研究[C]//甘肃省中医药学会2013年学术年会论文集.2013:363-367.
- [3] 任小波.腹部多层螺旋CT图谱[M].北京:科学技术文献出版社,2004.
- [4] 刘忠德.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2009.
- [5] 邓晨晖,刘晖明,刘新莲,等.充气式保温毯预防老年患者术中低体温的作用观察[J].广东医学,2009,30(7):1195-1196.
- [6] 刘梅.围术期低体温的预防与护理[J].中国临床医生,2012,40(1):43-45.
- [7] 谢庆环.外科常见病护理与风险防范[M].北京:科学技术文献出版社,2010.

(责任编辑:马力)