

自制体位保暖毯在腹腔镜直肠癌手术护理中应用评价

戴钰 黄绮华

(广州中医药大学顺德医院 广东佛山 528300)

摘要: 目的: 探究与评价自制体位保暖毯在腹腔镜直肠癌手术护理中应用。方法: 选自 2023 年 1 月至 2023 年 8 月, 进入我院进行治疗的 30 例直肠癌作为研究对象。将腹腔镜直肠癌手术的患者分为 2 组, 即对照组和试验组。两组患者均采用截石位, 在室温 22~25℃ 情况下完成手术。对照组 15 例给予患者普通被单为双下肢保暖。试验组 15 例给予患者使用自制体位保暖毯为双下肢保暖。利用麻醉机上的温度传感器, 记录麻醉诱导前, 手术开始 30、60min 和手术结束时患者鼻咽温度。术后记录患者苏醒时间以及是否有寒战、术中保暖毯脱落等不良反应发生。结果: 经过记录对比显示, 进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者鼻咽温度, 均高于普通被单为双下肢保暖的对照组患者鼻咽温度, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 采用普通被单为双下肢保暖的对照组手术后苏醒时间, 高于进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者手术后苏醒时间, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 采用普通被单为双下肢保暖的对照组患者, 寒颤发生率为 66.67%; 进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者, 寒颤发生率为 0%, 采用普通被单为双下肢保暖的对照组患者寒颤发生率, 高于进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者的寒颤发生率, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 通过自制体位保暖毯的方式对腹腔镜直肠癌手术后进行护理, 减低患者在手术过程中出现低体温并发症的概率, 最大限度的提高患者身体恢复质量。

关键词: 自制体位保暖毯; 腹腔镜; 直肠癌; 手术护理

结直肠癌是结肠癌和直肠癌的总称。结直肠癌是全球第 4 大常见的恶性肿瘤, 造成每年近 90 万人死亡。采用根治性切除手术对于治疗结直肠癌疾病来说是一种非常重要的方式, 但常规手术创伤大, 术后并发症较多, 需要加强围手术期的管理以促进术后康复。截石位常作为腹腔镜直肠手术患者必须采取的一种强迫性体位, 此时患者由于体位原因手术中得不到很好的保暖措施, 又因其他原因, 如术中使用时气腹、麻醉、输液、室内环境, 患者体脂含量低、手术中使用大量低温液体、机体长时间暴露在空气中、手术时间长、患者出血过多等问题, 大大增加了患者术后发生低体温的概率。重视预防术中低体温管理能有效预防患者术后伤口感染的发生。在手术室日常临床护理工作中, 我们发现使用自制体位保暖毯的截石位手术患者术后低体温发生率下降, 术后寒战发生率降低, 复苏时间缩短等现象, 但缺乏精确的数据统计。因此, 我们开展了本研究, 观察自制体位保暖毯对腹腔镜直肠癌手术患者的应用效果, 为改善患者护理效果提供新思路, 希望能够帮助研究相关内容的学者提供帮助。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选自 2023 年 1 月至 2023 年 8 月, 进入我院进行治疗的 30 例直肠癌作为研究对象。将腹腔镜直肠癌手术的患者分为 2 组, 即对照组和试验组。两组患者均采用截石位, 在室温 22~25℃ 情况下完成手术。对照组 15 例给予患者普通被单为双下肢保暖。试验组 15 例给予患者使用自制体位保暖毯为双下肢保暖。对照组中 15 例, 男性手术患者 10 例, 女性手术患者 5 例, 患者年龄在 57~92 岁平均年龄在 (70.84 ± 8.21) 岁; 试验组中 15 例, 男性手术患者 7 例, 女性手术患者 8 例, 患者年龄在 44~78 岁, 平均年龄在 (58.36 ± 3.21) 岁。对照组和试验组两组参与本次研究的患者年龄, 性别等基本治疗均无统计学差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准:(1)符合美国麻醉医师协会(ASA)病情分级 I ~ II

表 1 两组患者不同时间段鼻咽温度对比

组别	例数 (n)	手术开始前	手术开始 30min	手术开始 60min	术后
对照组	15	36.42 ± 0.21	36.33 ± 0.04	36.19 ± 0.12	36.01 ± 0.01
试验组	15	36.43 ± 0.18	36.52 ± 0.06	36.51 ± 0.03	36.54 ± 0.02
T 值		0.641	0.354	12.641	15.214
P 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者手术情况指标变化

级;(2)均行全身麻醉;(3)无认知障碍、智力障碍、沟通障碍、凝血功能障碍;(4)患者均在知情同意下参与研究。

排除标准:(1)术前体温异常;(2)近期应用过抗凝药物;(3)合并心、肝、肾功能不全;(4)合并中枢神经系统疾病及恶性肿瘤。

剔除标准:因其他原因中止实验者。

1.2 方法

对照组, 给予患者普通被单为双下肢保暖。腹腔镜直肠癌手术患者, 在进行手术治疗时采用截石位, 使用两条普通被单放置患者双下肢上用于保暖^[1]。在进行手术时, 护理人员需要保证手术室内的温度在 22~25℃, 医务人员需要此温度下完成手术。

试验组, 给予患者使用自制体位保暖毯为双下肢保暖。腹腔镜直肠癌手术患者, 在进行手术治疗时采用截石位, 自制体位保暖毯材质为法莱绒, 尺寸长约 100cm, 周长 50cm, 开口处用可活动长绳做调节固定, 在进入手术时做好准备工作后, 为患者套上自制体位保暖毯, 并使用可活动抽绳进行固定, 保证患者双下肢不会受冻。此外, 护理人员需要保证手术室内的温度在 22~25℃^[2], 医务人员需要此温度下完成手术。

1.3 观察指标

用麻醉机上的温度传感器, 记录麻醉诱导前, 手术开始前、手术开始 30min、手术开始 60min 以及手术结束时患者鼻咽温度。记录患者苏醒时间以及是否有寒战以及寒颤发生率。

1.4 统计学方法

本次分析和评价自制体位保暖毯在腹腔镜直肠癌手术护理中应用, 表示计量资料用 \bar{x} 对于数据进行检验; % 表示计数资料, χ^2 进行检验, 统计学意义差异有使用 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组患者不同时间段鼻咽温度

经过记录对比显示, 进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者鼻咽温度, 均高于普通被单为双下肢保暖的对照组患者鼻咽温度, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1。

经过记录对比显示, 采用普通被单为双下肢保暖的对照组

手术后苏醒时间以及手术时间,高于进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者手术后苏醒时间以及手术时间,差异具有统计学意义($P<0.05$),如表2。

表2 两组患者手术情况指标变化对比

组别	例数(n)	苏醒时间(min)	手术时间(h)
对照组	15	46.46 ± 0.12	4.11 ± 0.01
试验组	15	25.46 ± 0.06	3.09 ± 0.01
T值		3.214	2.647
P值		<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者寒颤发生率

经过记录对比显示,采用普通被单为双下肢保暖的对照组患者,寒颤发生率为66.67%;进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者,寒颤发生率为0%,采用普通被单为双下肢保暖的对照组患者寒颤发生率,高于进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者的寒颤发生率,差异具有统计学意义($P<0.05$),如表3。

表3 两组患者寒颤发生率对比

组别	例数(n)	寒战	寒颤发生率(%)
对照组	15	10	10(66.67%)
试验组	15	0	0
X^2 值			12.364
P值			<0.05

3 讨论

直肠癌属于胃肠道疾病中,一种常见的恶性肿瘤疾病,其发病率仅次于胃癌和食道癌。这种疾病一般在30岁以上患病较多^[1],主要受生活习惯、饮食习惯的影响。在临床上在腹腔镜下进行直肠癌手术有非常多优势,例如:患者身体恢复情况快,手术切口较小。但腹腔镜直肠癌手术时间长,容易使患者提高低体温发生率。研究降低低体温发生的方式方法有重大的临床和社会意义。临床上有多种方法用于预防低体温的发生,但各种方法各有优缺点。本项目通过自制体位保暖垫,观察自制体位保暖垫对减少腹腔镜直肠癌手术,术中低体温发生率的效果,以此来提高此类患者的术中护理质量。

正常体温是维持人体基础生理功能的重要前提。正常情况下,机体通过下丘脑体温调节中枢使产热和散热保持动态平衡,正常体核温度在 $37 \pm 0.5^\circ\text{C}$,若机体温度出现低于 36°C ,在临床上就被称为低体温。在医院进行手术治疗的过程中,低体温属于患者麻醉期或手术过程中一种较为常见并发症,相关资料显示在手术期间患者出现低体温并发症的发生率可达50-70%。在进行手术时,患者出现低体温并发症,就会降低机体代谢消耗率,甚至会降低手术过程中患者的耗氧量。患者进行手术治疗过程中,机体长期处于低体温状态,就可能造成术后并发症,影响患者术后恢复,甚至危及患者生命健康。其中包括术后心血管事件、围手术期出血、药物代谢紊乱和术后感染等。除此之外,患者在手术过程中,长期处于低体温状态可能会导致PACU或ICU住院时间延长,降低患者或患者家属的满意度,增加医疗费用给患者增添经济负担等。

有研究表明,分析术中低体温的影响因素并给予干预措施,能够最大限度的降低患者在手术过程中发生低体温和寒战的概率,不断增加病人在手术中和手术完成后的舒适度。在进行手术操作中手术室护士是手术团队中的重要成员之一,护士的主要任务就是通过科学合理,并且不影响手术进行的前提下,采取有效的措施预防患者围手术期出现低体温反应,提高护理

质量。在选择预防低温策略时,护理人员不仅要充分掌握整个手术操作流程^[4],还需要提前了解在手术进行中可能会出现的一系列问题,并根据可能出现的问题,采取预防措施,例如:为了预防术中,患者出现低温现象要采取合理的保暖措施。在患者进行临床中,常见用于预防低体温的方法包括:控制室内温度、提供暖风机给患者身体进行供暖、对手术室将要进行静脉滴注的液体加温等。但由于手术室或手术操作等各种原因限制,使得这些预防低温的方法都无法对双下肢的保暖起到重要作用。基于此,我们开展此研究,观察自制体位保暖毯对腹腔镜直肠癌手术患者的应用效果^[5]。

经过记录对比显示,经过记录对比显示,进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者鼻咽温度,均高于普通被单为双下肢保暖的对照组患者鼻咽温度,差异具有统计学意义($P<0.05$);采用普通被单为双下肢保暖的对照组手术后苏醒时间以及手术时间,高于进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者手术后苏醒时间以及手术时间,差异具有统计学意义($P<0.05$);采用普通被单为双下肢保暖的对照组患者,寒颤发生率为66.67%;进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者,寒颤发生率为0%,采用普通被单为双下肢保暖的对照组患者寒颤发生率,高于进行自制体位保暖毯为双下肢保暖的试验组患者的寒颤发生率,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

结束语

综上所述,本研究通过对自制体位保暖毯在腹腔镜直肠癌手术护理中应用评价得出,自制保暖垫对预防患者低体温有效果,对患者预后的影响,为改善患者护理效果提供新思路。在临床上进行截石位手术治疗案例非常多,能够在临床上广泛推广,缩短苏醒时间和手术时间,减少患者寒颤发生率,提高患者术后身体恢复情况。

参考文献:

- [1]吴玉华.经尿道前列腺汽化电切术中并发症的预防护理(综述)[J].安徽卫生职业技术学院学报,2012,11(04):73-74.
- [2]张荣.术中低体温的影响因素分析与护理干预[J].护理实践与研究,2020,17(1):125-126.
- [3]李小英,张红,吴莉娜等.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(1):153-156.
- [4]黄志成,肖天涯.结直肠癌术中低体温列线图预测模型的构建及验证[J].中外医学研究,2022,20(29):160-164.
- [5]王娜.全程加温维持对腹部手术患者围手术期低体温预防的效果观察[J].首都食品与医药,2021,28(3):171-172.
- [6]李清,雷璐敏,李菊红.基于手术低体温高风险因素实施保温干预对结直肠癌手术患者的应用价值[J].空军医学杂志,2020,36(06):511-513.
- [7]梁平萍.手术室护理对腹腔镜结直肠癌术中低体温的预防效果[J].健康之友,2021,21(4):191.
- [8]赵丽霞.针对老年前列腺电切手术患者术中低体温的手术室护理干预价值研究[J].健康大视野,2021,12(2):164.
- [9]夏亮亮,杨惠.低体温风险分级干预在经皮肾镜取石病人围手术期的应用[J].蚌埠医学院学报,2022,47(09):1294-1297.
- [10]邢雪燕,高志峰,涂淑敏,段怡,陈祖鹏,张庆庆,朱鸿飞,张欢.手术室护士与麻醉护士围手术期低体温防护知行信的研究[J].重庆医学:1-8.