

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.23.050

子宫内膜异位症腹腔镜手术中低体温的相关因素分析

林素羽¹,黎明鸾²,孙广晓³,符琼燕¹,陈叶丹¹,王春丽¹

(海南医学院附属医院:1.手术室;2.生殖科;3.重症医学科,海口 570103)

[中图分类号] R713.4 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)23-3305-02

腹腔镜手术是治疗子宫内膜异位症(endometriosis,EMs)的主要方法,并且具有创伤小、恢复快、疗效确切的优势^[1-3]。然而,腹腔镜手术中患者容易发生低体温,进而影响手术安全性、术后康复及并发症的发生^[4]。有关EMs腹腔镜手术中低体温的原因及护理措施目前少见报道,为此本研究对126例EMs腹腔镜术中低体温患者与213例无低体温患者进行了对比分析,并探讨其预防性护理措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年6月至2015年8月本院妇产科经腹腔镜手术治疗的339例EMs患者为观察对象。其中,术中发生低体温126例患者为低体温组,年龄23~49岁,平均(36.8±12.4)岁;已婚102例,未婚24例;EMs位于卵巢86例,肠道22例,宫颈8例,会阴侧切6例,其他部位4例;均在全身麻醉下接受腹腔镜手术治疗,于脐上3cm穿刺置入腹腔镜,下腹部正中及两侧穿刺置入手术器械。根据患者意愿、病灶范围及浸润情况决定病灶切除方式。术中鼻咽温度低于36℃诊断为低体温,发生于手术开始后10~45min,其中体温35~36℃82例,<35℃44例,发生寒战78例。腹腔镜术中未出现低体温的213例EMs患者为对照组,年龄22~50岁,平均(36.2±12.8)岁;已婚186例,未婚27例。EMs位于卵巢162例,肠道28例,宫颈12例,会阴侧切8例,其他部位3例。均在全身麻醉下接受腹腔镜手术治疗。所有患者均符合2007年中华医学会妇产科学分会颁布的EMs诊断与治疗规范^[5],并且具有腹腔镜手术治疗指证。

1.2 观察指标 参照文献^[6-7]报道的腹腔镜术中低体温可能危险因素,并结合EMs患者临床特征确定观察指标,包括患者年龄、BMI、平均动脉压、基础体温、麻醉时间、二氧化碳用量、手术时间、术中补液量、术中输血量。由病房责任护士记录患者年龄、BMI、平均动脉压及基础体温,其中平均动脉压及基础体温为入院当日早、中、晚3次测得值的平均值;由手术室护士记录患者麻醉时间、手术时间、术中补液量、术中出血量及二氧化碳用量。

1.3 统计学处理 采用SPSS16.0统计软件,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验,筛选单因素分析有统计学意义的因素进行多因素Logistic分析,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 腹腔镜术中低体温相关因素单因素分析 本组资料术中低体温发生率为37.2%(126/339)。两组患者年龄、BMI、平均动脉压均差异无统计学意义($P>0.05$),但低体温组基础体温较对照组显著降低($P<0.05$),而麻醉时间、手术时间均长于

对照组($P<0.01$),二氧化碳用量、补液量、输血量及出血量均较对照组显著增多($P<0.01$),见表1。

表1 EMs腹腔镜术中低体温危险因素($\bar{x}\pm s$)				
指标	低体温组 ($n=126$)	对照组 ($n=213$)	t/χ^2	P
年龄	36.8±12.4	36.2±12.0	0.422	0.673
BMI	23.2±3.4	23.8±3.6	1.514	0.131
平均动脉压(mm Hg)	84.6±16.2	85.2±16.8	0.322	0.748
基础体温(℃)	36.3±0.5	36.5±0.5	3.559	0.000
麻醉时间(min)	248.2±122.2	216.1±102.4	2.476	0.010
手术时间(min)	202.2±104.2	174.1±68.3	2.699	0.003
二氧化碳用量(L)	220.2±56.4	182.3±38.2	6.752	0.000
补液量(mL)	2 200.5±528.3	2 020.2±626.4	2.827	0.007
输血量(mL)	280.1±126.3	240.2±102.3	3.025	0.001
出血量(mL)	126.2±34.3	84.1±22.4	12.413	0.000

2.2 腹腔镜术中低体温多因素分析 对单因素分析有统计学意义的7个因素进行Logistic多因素回归分析,二氧化碳用量、麻醉时间、出血量是腹腔镜术中低体温独立危险因素,见表2。

表2 EMs腹腔镜术中低体温多因素分析			
指标	回归系数	Wald	P
出血量	-1.628	5.826	0.013
麻醉时间	-1.536	4.382	0.036
二氧化碳用量	-1.426	4.201	0.042

3 讨论

术中低体温是指在麻醉和手术期间人体出现体温下降至36℃以下。造成术中低体温的可能原因包括手术室低温环境、层流状态,术中补液、输血或灌注造成冷稀释作用,消毒液造成皮肤散热过多,以及腹腔镜手术中二氧化碳气腹的影响,全身麻醉后机体温调节功能下降,机体代谢降低,散热增加等^[8-9]。本组资料显示EMs患者腹腔镜手术中低体温的发生率高,并且发现二氧化碳用量、麻醉时间、术中出血量是EMs患者腹腔镜术中低体温独立危险因素。马杜丰^[7]报道了67例腹腔镜胃肠术患者术中低体温发生率为52.94%;麻醉时间、二氧化碳总量、术中失血量、术中补液量等是低体温发生的相关因素,与本文结果相似。

作者简介:林素羽(1978—),主管护师,本科,主要从事手术室护理临床方面研究。

术中低体温的发生将影响手术患者切口感染率,增加寒战发生率,造成凝血功能障碍、出血量增加,影响患者的术后康复^[10-12]。研究认为,护士对术中低体温的重视程度不足,需提高认识水平,加强护理措施^[13]。有报道指出体表加温、输入液体预热、消毒液或灌洗液预热、二氧化碳气腹加温及呼吸器加温是预防术中低体温的有效措施^[6,14,15]。针对上述低体温的危险因素,作者采取了以下预防性护理措施:(1)手术前对患者进行腹腔镜术中低体温危险程度评估,对危险程度高者提前做好保温措施。术前进行心理疏导,缓解患者紧张、焦虑等不良心理。(2)术前 30 min 对手术间进行预热,保证手术间的温度在 22~24 ℃,尤其在手术第 1 个小时内保证手术间温度。(3)术中注意体表保温,如预热棉被覆盖,四肢套棉套,穿戴帽子、棉袜等。术中尽可能减少患者身体暴露面积及时间。消毒液事先加温至 36~37 ℃后再消毒,避免直接应用同环境温度的消毒液直接消毒。术中补液时将液体事先加温至 37 ℃,并在输注过程中注意输液瓶及输注血管的保温。另外,还应该进行呼吸器加温,即吸入的氧气应用呼吸蒸发器加热。

总之,EMs 患者腹腔镜手术低体温的发生率较高,与基础体温、麻醉时间、手术时间、术中补液量、输血量及失血量及二氧化碳用量有关。重视患者术中低体温对机体的影响并采取综合护理措施,有助于减少术中低体温的发生。

参考文献

[1] Ruffo G, Scopelliti F, Manzoni A, et al. Long-term outcome after laparoscopic bowel resections for deep infiltrating endometriosis: a single-center experience after 900 cases[J]. Biomed Res Int, 2014;463058.

[2] Afors K, Murtada R, Centini G, et al. Employing laparoscopic surgery for endometriosis [J]. Womens Health (Lond Engl), 2014, 10(4):431-443.

[3] Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, et al. Review of the various laparoscopic techniques used in the treatment of bowel endometriosis[J]. Minerva Ginecol, 2015, 67(4): 353-363.

[4] 王敏,于力,周玲,等.腹腔镜保守性手术后联合促性腺激素释放激素治疗子宫内膜异位症的荟萃分析[J]. 中华医学杂志. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.23.051

学杂志, 2013, 93(39):3128-3130.

[5] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊断与治疗规范[J]. 中华妇产科杂志, 2007, 42(9):645-648.

[6] 顾梅, 龚荣花, 尹恩静. 腹腔镜直肠癌术中低体温相关因素及其护理进展[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(10):878-880.

[7] 马杜丰. 浅谈腹腔镜胃肠术中低体温的危险因素[J]. 按摩与康复医学, 2015(5):125-126.

[8] 张倩, 易杰, 黄宇光. 胸科手术患者术中低体温的危险因素[J]. 中华麻醉学杂志, 2015, 35(4):397-400.

[9] Yi J, Xiang Z, Deng X, et al. Incidence of inadvertent intraoperative hypothermia and its risk factors in patients undergoing general anesthesia in Beijing: a prospective regional survey[J]. PLoS One, 2015, 10(9):e0136136.

[10] 方茜, 王娟, 蒙婷婷, 等. 术中低体温对剖宫产产妇的临床影响[J]. 重庆医学, 2014, 43(27):3677-3679.

[11] Stamos MJ. Lessons learned in intraoperative hypothermia: coming in from the cold[J]. JAMA Surg, 2015, 150(6):575-576.

[12] Yamasaki H, Tanaka K, Funai Y, et al. The impact of intraoperative hypothermia on early postoperative adverse events after radical esophagectomy for cancer: a retrospective cohort study[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2014, 28(4):943-947.

[13] 刘刚, 苏晓曼, 闫秋菊, 等. 手术室护士对术中低体温认知现状及影响因素调查[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(28):3383-3385.

[14] Horosz B, Malec-Milewska M. Methods to prevent intraoperative hypothermia [J]. Anaesthesiol Intensive Ther, 2014, 46(2):96-100.

[15] 柳建梅. 循证护理在腹腔镜手术中预防低体温发生的效应研究[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(10):65-67.

(收稿日期:2016-04-13 修回日期:2016-06-20)

一次性高负压引流瓶在儿童脓肿切开引流术后的应用

陈小琴, 王秋鸿, 陈 敏

(重庆医科大学附属儿童医院肿瘤外科, 重庆 400014)

[中图分类号] R726.1 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)23-3306-02

软组织蜂窝组织炎是儿童较为常见的外科急性感染^[1],随着病情的演变,脓肿形成成为其转归的方式之一,此时手术切开引流是治疗脓肿的主要方法^[2]。脓肿切开引流后伤口需经过一段时间的换药才能愈合,如何缩短感染伤口的愈合时间,

加速脓腔的愈合速度,并在病程中减少患儿痛苦等是整个换药过程的关键。如今,以往传统的凡士林纱条、生理盐水纱条逐步更改为先进的纳米银抗菌凝胶及海藻盐等用于换药^[3],虽然较传统的换药有一点改进,但在换药流程上没有质的改变,反

作者简介:陈小琴(1986—),初级护师,专科,主要从事护理方面研究。