

- (2): 160-163.
- [7] 蒲萍, 马丽萍, 柯燕燕. 经口气管插管患者个性化口腔护理综合干预方案的运用效果 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34 (2): 53-56.
- [8] 徐建宁, 冯洁惠. ICU 经口气管插管口腔护理实践指引的制订及临床应用 [J]. 解放军护理杂志, 2016, 33 (7): 50-54.
- [9] 韩焯, 苗莉莉, 靖无迪, 等. 牙周组织再生结合骨皮质切开术对骨性Ⅲ类错(牙合)牙龈厚度影响的数字化评估 [J]. 中华口腔医学杂志, 2020, 55 (2): 73-79.
- [10] 蒲萍, 关甜晶, 赵红, 等. 经口气管插管患者负压吸引式牙刷口腔护理效果的 Meta 分析 [J]. 护理学杂志, 2019, 34 (10): 64-67.
- [11] DE SOUZA P R, DE ANDRADE D, CABRAL D B, et al. Endotracheal tube biofilm and ventilator-associated pneumonia with mechanical ventilation [J]. Microscopy Research and Technique. 2014, 77 (4): 305-312.
- [12] VANDECANDELAERE I, COENYE T. Microbial composition and antibiotic resistance of biofilms recovered from endotracheal tubes of mechanically ventilated patients [J]. Adv Exp Med Biol. 2015, 830: 137-155.
- [13] 程小丽. 新型口腔护理方法对 ICU 经口气管插管患者口腔状况的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2019 (15): 1926-1929.
- [14] 王君, 郭洁. 接呼吸机辅助呼吸患儿实施改良口腔护理方案预防呼吸机相关性肺炎的效果观察 [J]. 中国临床护理, 2021, 13 (19): 543-546.

围手术期综合保温护理在髋关节置换术患者中的应用

张欢 郑晓春 陈江湖

【关键词】髋关节置换术；围手术期；保温；护理

【中图分类号】R681.6 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2024)06-0097-03

低体温是围手术期患者最为常见的并发症之一，其发生率可以高达 39.9%^[1]。髋关节置换术患者多为老年人，其身体机能下降，且多伴有基础疾病，加之手术应激，发生围手术期低体温的风险较大^[2]。低体温的发生，可使机体体温出现异常波动，影响循环系统和免疫系统，增加术后感染的风险，不利于患者术后恢复。常规保温护理采用单一的保温方法，其保温效果并不理想。为此，我院对髋关节置换术围手术期患者采取综合保温护理。本文旨在分析围手术期综合保温护理在髋关节置换术中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2022 年 1—11 月行髋关节置换术的 86 例患者。纳入标准：(1) 无椎管内麻醉和神经阻滞禁忌证；(2) 患者和家属无沟通障碍；(3) 无神经功能损伤；(4) 基础资料、诊疗资料齐全。排除标准：(1) 全身麻醉；(2) 有心脏、颅脑、肾脏、肝脏等严重器质性疾病；(3) 合并感染性疾病、免疫功能障碍或恶性肿瘤；(4) 中途退出或依从性差。按随机数字表法分为两组，每组各

43 例。对照组男 20 例，女 23 例，平均年龄 (76.3±6.6) 岁；观察组男 19 例，女 24 例，平均年龄 (76.8±5.7) 岁。两组患者的性别和年龄比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，有可比性。本研究符合单位伦理委员会要求 (伦理号 K2020-03-137)。

1.2 方法 两组患者麻醉方法一致，均在超声引导下进行髂筋膜阻滞和腰硬联合麻醉。对照组接受常规保温护理：手术前 30 min 调好手术间的温度和湿度；患者进入手术室后，及时覆盖裸露于空气中的皮肤；严密观察病情，若有异常立刻汇报。观察组采取围手术期综合保温护理，具体如下：(1) 术前护理：简要介绍手术、麻醉方法及手术室环境，耐心安抚患者，缓解其焦虑情绪，减轻因精神紧张对冷刺激阈值的下降，降低患者“心理性寒战”的发生风险^[3]。告知患者保温护理的重要性，以提高患者的依从性。交代手术当天穿保暖袜子，以避免足部发凉。指导家属做好患者术前、术后的保温措施。嘱咐工友接送时使用保暖棉被，并根据季节调整转运车棉被。(2) 术中护理：提前 30 min 将术间温度调至 24~26℃、湿度调至 40%~60%。

作者单位：福州大学附属省立医院麻醉三科，福州 350001

通信作者：陈江湖，Email: jhdoctor@163.com

DOI: 10.20148/j.fmj.2024.06.038

将保温毯预加热，调节适宜温度，以防烫伤。入室后，主动与患者沟通，询问舒适度；说明体温保护的目的是，将保温毯覆盖于患者全身。实施麻醉、手术操作时，覆盖患者身体的非手术区域，避免与冷空气的接触。毛毯、手术床保持干燥。对患者实时体温进行动态连续性监测，监测涵盖整个围手术期^[4]，温度保持在 36 °C 以上，发现异常立即汇报医生协助处理。对术中所需消毒液及冲洗液提前加热，温度控制在 37 °C 左右；并督促外科医生在保证消毒效果的情况下，尽量缩短皮肤消毒时间。遵医嘱控制输入液体量和速度，术中输液时使用加温仪器，设定温度为 37 °C 左右，通过热传递对输液管内的液体进行持续加热。对于输血患者，使用加温仪器进行输血，尽量避免由血制品输注而导致的体温改变。使用暖风机时，用腹布包裹暖风管道以避免直接接触身体造成烫伤，温度为 37 °C 左右。术毕前 30 min 将术间温度调至 24~26 °C，并通知恢复室人员调整恢复室温度。(3) 术后护理：及时为患者穿好衣物，整理被褥。护送患者至恢复室，做好保暖工作。回病房路上尽可能地避免身体部位的裸露。持续关注患者的体温变化。嘱咐病房调整温度。再次与家属强调保温工作的重要性。

1.3 观察指标 (1) 体温：记录两组患者入室时 (T_1)、手术开始 30 min (T_2)、手术结束时 (T_3) 以及入恢复室时 (T_4) 的体温。(2) 生理应激反应：在两组患者入室时 (T_1)、准备送回病房时 (T_5) 采集患者的静脉血，送实验室检测肾上腺激素、去甲肾上腺素水平。(3) 不良反应：比较两组患者低体温、寒战、术后感染的发生率。(4) 护理满意度：术后 1 周电话随访时评价两组患者的围手术期护理满意度，分为非常满意、基本满意、不满意 3 种情况。满意度 = (非常满意例数 + 基本满意例数) / 总例数。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行分析。计量资料以均数 ± 标准差表示，采用两样本 t 检验；计数资料以百分数表示，采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组体温比较 T_1 时两组患者的体温差异无统计学意义 ($P > 0.05$)； T_2 、 T_3 及 T_4 时观察组患者的体温高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组体温比较 ($n=43$, °C, $\bar{x} \pm s$)

组别	T_1	T_2	T_3	T_4
对照组	36.59 ± 0.11	36.24 ± 0.15	36.11 ± 0.12	36.30 ± 0.12
观察组	36.60 ± 0.10	36.51 ± 0.13	36.42 ± 0.15	36.56 ± 0.10
t 值	0.51	8.77	10.39	11.15
P 值	0.61	<0.000 1	<0.000 1	<0.000 1

2.2 两组生理应激反应比较 术前应激反应指标比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后应激反应指标水平上升，但观察组应激反应指标水平低于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组生理应激反应比较 ($n=43$, pmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	肾上腺激素		去甲肾上腺素	
	T_1	T_3	T_1	T_5
对照组	58.63 ± 3.69	99.86 ± 3.71	149.66 ± 10.28	174.76 ± 10.12
观察组	58.93 ± 3.71	87.68 ± 3.76	150.44 ± 10.12	161.48 ± 10.12
t 值	0.38	14.69	0.35	6.09
P 值	0.70	<0.01	0.73	<0.01

2.3 两组不良反应发生率比较 观察组的不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.47$, $P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较 [$n=43$, 例 (%)]

组别	低体温	寒战	术后感染	总计
对照组	4 (9.30)	3 (7.00)	1 (2.33)	8 (18.6)
观察组	1 (2.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.30)

2.4 两组护理满意度比较 观察组护理满意度高于对照组，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.31$, $P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组护理满意度比较 [例 (%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	13 (30.23)	25 (58.14)	5 (11.63)	38 (88.37)
观察组	37 (86.05)	6 (13.95)	0 (0.00)	43 (100)

3 讨论

髋关节置换术是老年髋关节疾病常用的治疗方法，由于老年患者代谢率低、皮肤血管收缩能力减弱、心血管储备能力不足；加之创伤，术中手术部位暴露，输液、冲洗液及手术室温度等影响，导致其机体产热减少，易出现低体温现象^[5]。围手术期

一旦发生低体温，内环境就会失去平衡，使得氧耗量增加，免疫力、抵抗力等功能下降，加剧心肺系统的负担；同时极易诱发寒战，导致切口愈合延迟，影响手术效果和康复^[6]。因此，加强对髋关节置换术患者围手术期的保温护理显得尤为重要。

临床上采取调整手术室温湿度、湿度的单一保温护理，虽然在一定程度上可以降低低体温的影响，但是效果仍不理想。综合保温护理是对体温进行动态监测，做到全方位保温，以维持围手术期体温恒定，是细致化的体温管理的体现，也是提早预防有可能发生低体温的危险要素。

本文 T₂、T₃ 及 T₄ 时的观察组体温高于对照组，且观察组发生低体温、寒战、术后感染情况优于对照组，提示围手术期综合保温护理不仅可以改善患者体温，而且安全可靠。有研究指出，低体温可能诱发患者应激反应的发生，刺激交感神经，活跃应激反应，增加肾上腺激素、去甲肾上腺素升高的风险，影响术后恢复^[7]。对髋关节置换术患者采取低体温预防措施，可以有效降低应激反应^[8]。本文中两组的肾上腺激素、去甲肾上腺素水平有一定程度的上升，观察组应激反应低于对照组，差异有统计学意义，说明围手术期综合保温护理措施有利于减轻患者的手术应激反应，对患者手术过程和术后康复起关键作用，可以提高围手术期安全性。这与文才和黄蓉^[9]的研究结果一致。此外，本文结果也显示，观察组护理满意度高于对照组，这与任亭亭^[10]的研究一致。

综上所述，对髋关节置换术患者围手术期采取综合保温护理措施，有利于维持患者围手术期体温稳定，降低患者的生理应激反应，减少术后不良反应，提高护理满意度。

参考文献

- [1] 牛稳. 预防低体温在围手术期中的作用及其研究进展 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (20): 59-60.
- [2] 陈燕, 龚麒苏, 吴崇青. 预保温防止老年股骨颈骨折行髋关节置换术中低体温发生的效果分析 [J]. 云南医药, 2021, 42 (3): 286-287.
- [3] 李贞贞, 陈晓燕, 崔丽丽. 三时段多模式保温护理在经尿道前列腺电切术患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (8): 90-92.
- [4] 黄宇光. 围手术期患者低体温防治专家共识 [J]. 协和医学杂志, 2023, 14 (4): 734-743.
- [5] 蓝婉方. 经皮肾镜输尿管碎石取石术过程中实施手术室护理干预对术后康复的影响 [J]. 名医, 2021 (23): 104-105.
- [6] 刘珂, 杨艳秋. 围手术期全程体温管理对甲状腺切除术患者的影响 [J]. 河南医学研究, 2023, 32 (23): 4402-4405.
- [7] 韩新平, 王晓岐. 强制空气加温对腹腔镜手术围手术期低体温、并发症、机体应激及炎症反应的影响 [J]. 医学临床研究, 2022, 39 (2): 255-258, 262.
- [8] 袁映红, 宋慧敏, 林英, 等. 老年患者全髋关节置换术中低体温预防护理对围手术期出血量、凝血功能及应激反应的影响 [J]. 老年医学与保健, 2023, 29 (1): 100-104.
- [9] 文才, 黄蓉. 围手术期综合保温措施对腹腔镜宫颈肿瘤手术患者的效果 [J]. 吉林医学, 2024, 45 (1): 231-234.
- [10] 任亭亭. 多方位体温护理对手术室骨折患者的干预效果 [J]. 中国医药指南, 2023, 21 (7): 186-189.

精细化护理在妇科高强度聚焦超声无创治疗中的应用

林燕彬 吴秋萍 张碧玉

【关键词】精细化护理；妇科；高强度聚焦超声；无创治疗

【中图分类号】R248.3 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2024)06-0099-03

高强度聚焦超声无创治疗（HIFU）是指通过聚焦在体内的超声波束，不损伤任何介入组织的情况下利用热能和空化作用诱导组织坏死，具有无创、安全、高效的优点^[1]。近年来该项技术被广泛

应用于妇科领域，但部分患者在接受 HIFU 治疗时易出现紧张、焦虑、抑郁等负面情绪，治疗依从性降低，从而进一步影响治疗的稳步推进。精细化护理是指以患者为中心，从细节入手，细化各种护理

基金项目：福建省妇幼保健院护理科研专项基金计划项目（YCXH 22-26）

作者单位：福建省妇幼保健院，福州 350001

DOI: 10.20148/j.fmj.2024.06.039