

宫腔镜下手术患者术中液体加温护理的效果

吴进红

贵阳市乌当区人民医院 贵州乌当 550018

摘要: **目的:** 探讨宫腔镜下手术患者术中液体加温护理的作用, 以提高手术效果, 缩短术后恢复时间。**方法:** 选取本院2019年3月—2021年3月收治的80例宫腔镜手术患者, 采用抽签法分为观察组和对照组各40例。对照组给予常规护理, 观察组在对照组基础上给予术中液体加温护理。比较两组手术指标(麻醉拔管时间、苏醒时间、肛门排气时间)、宫腔镜术后并发症、宫腔镜术围术期体温、护理满意率。**结果:** 观察组患者麻醉拔管时间、苏醒时间、肛门排气时间均少于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后并发症发生率为2.50%, 低于对照组的15.00%, 差异有统计学意义($\chi^2=3.914, P < 0.05$)。两组麻醉时体温比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 手术20min时以及完成手术时体温比较, 观察组均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者护理总满意率为97.50%, 高于对照组的77.50%, 差异有统计学意义($\chi^2=7.314, P < 0.05$)。**结论:** 在宫腔镜下手术患者的护理中开展液体加温护理对减少术后并发症发生率和维持合理体温有重要作用, 也可缩短其恢复时间并保证护理满意度, 值得临床推广应用。

关键词: 宫腔镜; 术中液体加温; 护理工作

Effect of intraoperative fluid warming care in patients undergoing hysteroscopic surgery

Jinhong Wu

Wudang District People's Hospital, Guiyang City, Guizhou Wudang 550018

Abstract: **Objective:** To explore the function of intraoperative fluid heating care in hysteroscopic surgery patients to improve the surgical effect and shorten the postoperative recovery time. **Methods:** 80 patients with hysteroscopic surgery admitted to our hospital from March 2019 to March 2021 were selected, and 40 patients were divided into observation group and control group by lottery method. The control group was given routine care, and the observation group was given intraoperative fluid heating care on the basis of the control group. The two groups of surgical indicators (anesthesia extubation time, awakening time, anal exhaust time), hysteroscopic postoperative complications, hysteroscopic perioperative body temperature, and nursing satisfaction rate were compared. **Results:** The anesthesia, awakening and anal exhaust were less than those of the control group ($P < 0.05$). The incidence of postoperative complications in the observation group was 2.50%, which was lower than the 15.00% in the control group, and the difference was statistically significant ($\chi^2=3.914, P < 0.05$). The body temperature between the two groups ($P > 0.05$), and the body temperature at 20min and completion in the observation group was higher than the control group, indicating the difference ($P < 0.05$). The total nursing satisfaction rate of patients in the observation group was 97.50%, which was higher than the 77.50% in the control group, and the difference was statistically significant ($\chi^2=7.314, P < 0.05$). **Conclusion:** The liquid heating nursing in the nursing of hysteroscopic surgery patients plays an important role in reducing the incidence of postoperative complications and maintaining a reasonable body temperature, but also can shorten the recovery time and ensure the nursing satisfaction, which is worthy of clinical promotion and application.

Keywords: Hysteroscopy; Intraoperative fluid warming; Nursing work

引言:

宫腔镜手术是治疗妇科疾病的手术治疗,伴随着该治疗技术的日益完善,应用领域也不断创新,其机体创伤小、并发症风险小、手术恢复快等优点,已经渐渐获得临床医学的一致毫无疑问。但是同时,因为在手术中需要使用大量灌注液,也会降低患者体温,抑止子宫壁毛细血管收缩,且长期处于低体温情况,还会造成寒颤反映,提升机体耗氧,缓减麻醉药物的代谢速度,直接影响愈后实际效果。而宫腔镜为非接触性内窥镜,术中需要给予大量灌注液,凉性液体的刺激可导致患者子宫内膜血管收缩,降低患者体温,且术中低体温可导致患者寒战等,导致患者机体耗氧加大,麻醉药物代谢速度减慢,影响手术开展以及术后恢复。并且在体温过低的情况下会严重影响麻醉药物的代谢速度,使患者术后苏醒时间较长,同时也会增加患者术中、术后的并发症风险,故加强患者术中的保温护理,对减轻术后应激反应,保证手术顺利性和有效性,提升手术安全性均有重要作用。对此,选取我院接收治疗的80例宫腔镜下手术患者,旨在探究术中加温护理的应用效果和作用,报告如下。

一、资料与方法

1. 一般资料

选取我院2017年1月—2019年12月收治的80例宫腔镜下手术患者。采用抽签法分为观察组和对照组各40例,对照组年龄31~60岁,平均 (48.32 ± 10.21) 岁;病程1~9个月,平均 (4.52 ± 1.00) 个月。观察组32~59岁,平均 (47.13 ± 11.08) 岁;病程1~8个月,平均 (4.71 ± 1.21) 个月。我院伦理委员会对研究知情并经过审核后给予批准,两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)临床检查结果显示具有宫腔镜手术指征与适应证者;(2)告知患者及其家属研究目的与流程,并签署同意书。排除标准:(1)伴有严重感染者;(2)伴有严重脏器功能不全者;(3)伴有精神障碍者;(4)伴有恶性肿瘤者。

2. 方法

两组患者均开展宫腔镜下手术,需使用Olympus电视摄像监视系统、妇科宫腔气控仪,应用葡萄糖注射液(浓度为5%)给予膨宫,应用瑞芬太尼、丙泊酚实施急性静脉麻醉。调整体位为截石位,术前的外阴清洗应用清水及肥皂水,采用碘伏对阴道口、阴道实施消毒。对手术位置消毒铺巾,置入窥阴器显露宫颈。采用4.5~10.5号扩宫条将宫颈扩张,置入电切镜,应用葡萄糖注射液(浓度为5%)给予膨宫,对病灶进行探查。

(1) 对照组

给予常规护理对灌注液未给予特殊处理。常规护理内容包括术前沟通,护理人员在术前1d应与患者沟通,了解病情,评估其情绪状态,为其介绍手术医生及护理人员,告知手术流程等问题,并为其解答疑问;同时开展心理干预,帮助患者平稳焦虑等情绪。术前对患者实施保暖,体质虚弱者可予以棉被、毯子,术中在患者裸露的肢体处覆盖毯子或棉被以达到保温目的。术中对其生命体征指标进行动态监测,传递器械,配合手术。围术期根据要求对患者体位进行调整,以保证手术操作顺利并提升患者舒适感,预防并发症。术后合理饮食,尽早起身活动,促进其尽快康复。

(2) 观察组

在对照组基础上给予术中液体加温护理术前对手术室进行消毒灭菌处理,消毒前10min调节手术室温度在27℃左右,消毒后逐渐调低室内温度直至达到23℃。术前1h在手术台上放置电热毯,提前加温至37℃并维持该温度备用。对于术中可能会使用的输液管进行加温,可通过冲洗和加温仪的应用加温管路,将膨宫液加热至37℃后再应用。术中灌注液量达到1000ml,则给予液体加温,直至液体温度达到37℃,防止因液体较凉引起心脏病、高血压等。同时在患者下肢通过加压绑带安置血液循环泵,以促进静脉回流并发挥保暖作用。严格控制液体回收量以及灌注压,避免灌注液水中毒的发生^[1]。对其体温以及子宫腔内压进行监测,控制灌注液量,防止因灌注液不足导致静脉栓塞。术后及时为患者提供棉被或毯子以免引起并发症。

3. 观察指标

(1) 手术指标。比较麻醉拔管时间、苏醒时间、肛门排气时间。(2) 并发症。比较术后感染、寒战、低体温发生率。(3) 围术期体温。比较围术期不同时点的体温,包括麻醉时、手术20min、完成手术时。(4) 护理满意度。通过自制问卷调查护理满意度,问卷内容包括护理态度、行为、操作、效果,结果分为满意、比较满意和不同意三种,总满意率=(满意+比较满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

4. 统计学处理

采用统计学软件20.0处理数据,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,检验方法t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组患者手术指标比较

观察组患者麻醉拔管时间、苏醒时间、肛门排气时间均少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2. 两组患者并发症比较

观察组患者术后感染1例, 并发症发生率为2.50% (1/40); 对照组患者术后感染2例, 术后寒战2例, 术后低体温2例, 并发症发生率为15.00% (6/40)。观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 3.914$, $P = 0.048$)。

3. 两组患者围术期体温比较

两组麻醉时体温差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组手术20min以及完成手术时体温均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4. 两组患者护理满意率比较

观察组护理满意28例, 比较满意11例, 不满意1例, 总满意率为97.50% (39/40); 对照组护理满意21例, 比较满意10例, 不满意9例, 总满意率为77.50% (31/40)。观察组护理总满意率高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 7.314$, $P = 0.007$)。

三、讨论

据相关调查数据显示, 低体温事情在宫腔镜手术中发生率高达60%, 早已造成临床医学里的高度关注。手术过程中低体温、寒颤会减缓麻醉药物代谢速度, 进一步增加患者的麻醉苏醒时长, 减少患者机体免疫能力, 提升心脑血管疾病等并发症风险性, 对患者术后恢复造成负面影响。为了保持患者手术过程中体温平稳, 防止低体温、寒颤产生, 要加强对患者体温的干预模式^[2]。研究表明, 手术过程中很多冲洗液的应用是造成体温降低的主要原因, 除此之外, 麻醉药的体温调整抑制效果、姿势变换、伤口换药实际操作、皮肤暴露等, 会引起体温降低。因而, 在基础护理前提下, 应做手术过程中液态升温医护, 与此同时, 搞好手术过程中防寒保暖, 为患者构建最温暖的手术治疗自然环境。体温稳定是保持机体各生理作用的保证与前提条件, 身体依据主体性与行为性的体温调节系统, 保持体温稳定情况。宫腔镜手术中, 因为打点滴以及大量膨宫料的清洗、消化吸收, 在操作中, 很容易引发低体温状况。一旦发生低体温, 很容易导致血小板功能阻碍, 对凝血产生影响, 提升手术过程中血流量^[3]。与此同时, 超低温情况也会降低前负荷, 提升儿茶酚成分, 提升外周血管的压力及其血液粘稠度, 加剧心血管压力, 易造成心率失常及心脏供血不足等症状。有关宫腔镜手术中患者体温变化, 是近几年临床研究重点。研究表明, 体温的恒定可稳定患者生

理功能。机体能够以自身的行为性和自主性为依据适当调节体温, 从而使机体体温表现恒定^[4]。如果没有及时处理, 可能抑制血管收缩与免疫功能, 对血氧饱和度造成不同程度上的影响, 降低机体抗感染能力, 影响术后康复, 延长住院时间。

在开展宫腔镜手术时, 需要使用膨宫液进行冲洗操作, 在其吸收、输液过程中, 凉性液体的刺激可导致患者发生术中低体温, 引起血小板发生可逆性功能障碍, 导致凝血功能受到影响^[5]。低体温还可降低患者心输出量, 导致外周血管阻力、血管黏度上升, 导致儿茶酚胺水平上升, 引起心肌缺血、心律失常等。若患者术中低体温得不到控制, 可导致患者血管收缩、免疫功能受到影响, 降低抗感染能力, 增加感染风险, 延长患者预后恢复时间^[6]。因此宫腔镜手术操作过程中, 患者的机体内部温度会向温度较低环境或外周进行转移, 并于自身产生的热量比较恒定的条件下通过外部加热保温等方式维持其产热、散热之间的平衡性很有必要^[7]。

宫腔镜手术患者常规护理中的保暖措施以裸露肢体覆盖毯子棉被等方式为主, 虽然可在一定程度上达到保暖目的, 但对于患者机体恒定温度的维持效果并不理想^[8]。而本研究中观察组患者开展的术中加温护理干预中, 在术前1h通过电热毯促使手术台温度上升, 术中监测观察体温数据, 一方面能够保证手术室产热、散热的稳定性, 提升疗效, 另一方面还能够增加术中舒适度, 预防应激反应, 稳定其生命体征指标^[9]。此外完成手术室消毒后逐渐降低室内温度, 能够保证手术室温度一直处于合理数值中, 可预防患者进入和处于手术室期间发生寒战等不良情绪, 并且术后迅速为患者提供和覆盖棉被、毯子, 对促进其机体代偿有重要作用, 尽量减少患者热量散失, 降低氧耗量, 进而保证整体护理效果^[10]。我院对宫腔镜手术患者开展术中液体加温护理, 结果得出, 观察组患者麻醉拔管时间、苏醒时间、肛门排气时间均少于对照组, 术后并发症发生率为2.50%, 低于对照组15.00%; 两组麻醉时体温差异无统计学意义; 观察组患者手术20min、完成手术时体温均高于对照组; 护理总满意率为97.50%, 高于对照组的77.50%, 可提高手术安全性, 改善患者预后。

综上所述, 对宫腔镜手术患者开展术中液体加温护理, 可有效降低术后并发症发生, 缩短麻醉拔管时间、苏醒时间、肛门排气时间, 促进患者预后恢复, 值得临床推广应用。

参考文献:

[1]张雅丽, 刘艳华. 输注液体加温联合主动保温

对手术患者术中体温及凝血功能的影响[J].包头医学, 2022, 46(03): 49-50.

[2]刘晓旭.超声联合宫腔镜下手术治疗内突型壁间子宫肌瘤的效果及对预后的影响研究[J].中国实用医药, 2022, 17(17): 84-86.

[3]邓秋枫,吴志敏,伍仲秀.术中液体加温护理在宫腔镜手术患者中的应用分析[J].新疆医学, 2020, 50(09): 974-976+995.

[4]谭武鹏.宫腔镜下手术治疗宫腔粘连的临床疗效观察及宫腔粘连的相关危险因素分析[J].中国农村卫生, 2020, 12(14): 46.

[5]杜大连,王祥珍.分析宫腔镜下手术治疗宫腔粘连的疗效及宫腔粘连的危险因素[J].首都食品与医药, 2020, 27(02): 21-22.

[6]陈雨柔,张蔚.子宫内膜息肉的宫腔镜手术及术后管理[J].实用妇产科杂志, 2019, 35(11): 803-805.

[7]柳鑫,成九梅,徐倩.超声监护下宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤的临床研究[J].医学研究杂志, 2019, 48(07): 95-98.

[8]叶飞雪,张月芳,黄臣.宫腔镜下手术治疗宫腔粘连的临床疗效及相关危险因素分析[J].华夏医学, 2019, 32(02): 28-30.

[9]丁洁.术中冲洗液体加温在术中低体温护理中的应用价值探讨[J].中国现代药物应用, 2019, 13(06): 219-220.

[10]查园,马秀琴,赵欣,何三军.术中液体加温联合热灌注技术对老年胃癌根治患者体温及免疫应激反应的影响[J].中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(03): 353-357.