

预防低体温导向前瞻性护理联合麻醉苏醒护理在子宫肌瘤全麻子宫切除术的应用

赵雪莲

丰县人民医院麻醉手术科

DOI:10.32629/carnc.v3i12.21886

[摘要] 目的: 分析在子宫肌瘤全麻下子宫切除术中, 预防低体温为导向的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理的价值。方法: 选择本院收治子宫肌瘤患者 87 例, 均行全麻下子宫切除术治疗, 2024 年 8 月~2025 年 4 月收治的 43 例纳入对照组, 采用常规护理; 2025 年 5~11 月收治的 44 例纳入观察组, 采用预防低体温为导向的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理。对比两组不同节点体温、并发症、苏醒质量及凝血指标。结果: 术毕时、术后 30min, 观察组体温为 (36.81 ± 0.59) 、 $(36.41 \pm 0.55)^\circ\text{C}$, 均较对照组的 (36.45 ± 0.57) 、 $(36.05 \pm 0.52)^\circ\text{C}$ 更高 ($P < 0.05$)。观察组并发症发生率较对照组更低 ($P < 0.05$)。观察组麻醉复苏用时 (22.16 ± 3.59) min、拔管用时 (25.62 ± 4.78) min、麻醉恢复室停留时间 (41.12 ± 5.77) min, 均较对照组的 (34.12 ± 4.85) 、 (38.44 ± 5.15) 、 (61.19 ± 6.85) min 更短 ($P < 0.05$)。术毕时, 观察组 TT、APTT、PT 均较对照组更长 ($P < 0.05$)。结论: 针对全麻下子宫切除治疗的全麻下子宫切除患者, 预防低体温为导向的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理, 可维持体温稳定, 减少并发症, 提高苏醒质量, 使患者凝血指标更趋于正常范围, 值得推广。

[关键词] 子宫肌瘤; 全麻; 子宫切除术; 预防低体温; 并发症

中图分类号: R473.6 文献标识码: A

Application of Preventive Hypothermia-Oriented Prospective Nursing Combined with Anesthesia Recovery Care in Hysterectomy for Uterine Fibroids

Xuelian Zhao

Department of Anesthesiology and Surgery, Fengxian People's Hospital

Abstract: Objective: To analyze the application value of preventive hypothermia-oriented prospective nursing combined with anesthesia recovery care in hysterectomy under general anesthesia for uterine fibroids. Methods: A total of 87 patients with uterine fibroids treated by hysterectomy under general anesthesia in our hospital were selected. 43 patients admitted from August 2024 to April 2025 were included in the control group and received routine nursing; 44 patients admitted from May to November 2025 were included in the observation group and received preventive hypothermia-oriented prospective nursing combined with anesthesia recovery care. Body temperature at different time points, complications, recovery quality and coagulation indicators were compared between the two groups. Results: At the end of operation and 30 min after operation, the body temperature of the observation group was $(36.81 \pm 0.59)^\circ\text{C}$ and $(36.41 \pm 0.55)^\circ\text{C}$, which were higher than $(36.45 \pm 0.57)^\circ\text{C}$ and $(36.05 \pm 0.52)^\circ\text{C}$ of the control group ($P < 0.05$). The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The anesthesia recovery time (22.16 ± 3.59) min, extubation time (25.62 ± 4.78) min and PACU residence time (41.12 ± 5.77) min in the observation group were shorter than (34.12 ± 4.85) min, (38.44 ± 5.15) min and (61.19 ± 6.85) min in the control group ($P < 0.05$). At the end of operation, TT, APTT and PT in the observation group were longer than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: For patients undergoing hysterectomy under general anesthesia, preventive hypothermia-oriented prospective nursing combined with anesthesia recovery nursing can maintain stable body temperature, reduce complications, improve recovery quality, and make coagulation indicators closer to the normal range, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: uterine fibroids; general anesthesia; hysterectomy; prevention of hypothermia; complications

引言

子宫切除术为子宫肌瘤临床首选术式，多采用全身麻醉，通过阻滞神经发挥镇静镇痛作用，保障术中平稳与手术开展^[1]。但全麻会抑制下丘脑体温调节中枢，打乱机体产热散热平衡，易诱发术中低体温及各类并发症。同时，因低体温发生，还会使麻醉药代谢减慢，患者苏醒时间延长，甚至造成异常凝血，加剧应激反应^[2]。因而全麻下子宫切除术实施期间需重视低体温预防；但现有手术室护理多侧重低体温后处理，缺乏预见性干预，低体温防范效果欠佳。预防低体温为导向的前瞻性护理以低体温防范为导向，可评估潜在低体温风险因素，前瞻性制定护理措施，以降低低体温风险^[3]。麻醉苏醒护理属于针对性护理技术，可针对性改善患者术后苏醒状态。目前临床关于两种护理模式单一应用的研究较多，但二者联合应用报道较少，缺乏对相关机制的解析。本文选择本院收治子宫肌瘤患者87例，旨在分析联合以上护理模式的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院收治子宫肌瘤患者87例，均行全麻下子宫切除术治疗，2024年8月~2025年4月收治的43例纳入对照组；2025年5~11月收治的44例纳入观察组。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ），均衡可比，见表1。

表1 一般资料对比

组别	例数	ASA 分级(n)		年龄($\bar{x}\pm s$, 岁)	BMI($\bar{x}\pm s$, kg/m ²)
		I级	II级		
对照组	43	20	23	35~66 (50.50±5.61)	16.2~27.7 (22.62±1.89)
观察组	44	19	25	34~64 (50.35±5.84)	16.5~27.4 (22.56±1.93)
χ^2 值/t值		0.097		0.122	0.146
P值		0.755		0.903	0.884

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规护理

术前口述结合图文资料宣教，为患者与家属介绍麻醉、手术相关流程、注意事项，减轻其紧张心理。入室前调节手术室温湿度，控制22℃~24℃、40%~60%；入室后协助患者调整合适手术体位，术中棉被遮盖非术区，减少体表暴露面积。吸氧加温加湿，减少呼吸道散热。护士全程配合手术操作，密切监测患者体征，及时识别异常并上报，术后协助转运，合理调节麻醉恢复室温度，监护患者意识、体征，记录苏醒情况。

1.2.2 观察组基于以上采用预防低体温为导向的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理

(1) 预防低体温为导向的前瞻性护理：①评估风险与方案制定。结合临床经验、文献，前瞻性识别低体温风险因素，如术中身体暴露面积较大、环境低温、开放患者体腔、术中输液与冲洗液温度偏低、吸入低温气体等。针对相关措施制定保温计划。②术前准备阶段。术前1h对手术室温度进行调节，设置24℃~26℃；术中使用保温箱（42℃）加温冲洗液，同时加温处理输液，控制37℃左右。③术中护理。患者进入手术室后，针对术中无需操作的部位，无菌单严密覆盖，并在双下肢进行加压带、脚套佩戴，以发挥保暖，促进血液循环作用。同时，吸入气体也做加温处理，连接气管导管、湿热交换器，维持恒定温湿度；10min测量体温1次，维持体温36℃~37℃。④术后保暖。苏醒期密切监测体征、意识，为患者提供保温毯（38℃~42℃）覆盖，环境温度同步设置。(2) 麻醉苏醒护理：①转运、环境。术毕，保温毯覆盖患者转运到麻醉恢复室，恢复室温度提前调控。②体位、体征监测。协助体位调整，以平卧位为宜，避免对神经、血管等组织产生不良压迫。③苏醒干预。患者意识渐醒、疼痛明显时按需给药，防范苏醒期躁动；密切监测动脉血气指标，对吸入式麻醉药残留引发的呼吸道不适进行及时处理。

1.3 观察指标

1.3.1 不同节点体温：记录入室时、术毕时、术后30min患者的体温。

1.3.2 并发症：包括低体温、寒战、躁动、感染。

1.3.3 苏醒质量：对比两组麻醉复苏、拔管、麻醉恢复室停留时间。

1.3.4 凝血指标：入室时、术毕时，分别测凝血酶时间（TT）、活化部分TT（APTT）、凝血酶原时间（PT）三项指标，应用仪器为全自动血凝分析仪（希森美康，CA-7000型）。

1.4 统计学方法

应用SPSS 27.0软件，计数资料（并发症）用（n，%）表示， χ^2 检验；计量资料（体温、苏醒质量、凝血指标）表述形式为（ $\bar{x}\pm s$ ），t检验； $P<0.05$ 提示差异显著。

2 结果

2.1 两组不同节点体温对比

术毕时、术后30min，观察组体温均较对照组更高（ $P<0.05$ ）。如表2：

表2 不同节点体温（ $\bar{x}\pm s$, ℃）

组别	例数	入室时	术毕时	术后30min
对照组	43	36.67±0.71	36.45±0.57	36.05±0.52
观察组	44	36.52±0.78	36.81±0.59	36.41±0.55
t值		0.937	2.893	3.136
P值		0.351	0.005	0.002

2.2 两组并发症对比

观察组并发症发生率较对照组更低（ $P<0.05$ ）。如表3：

Clinical Application Research of Nursing Care

表 3 两组并发症对比

组别	例数	血压过低 (n)	寒战 (n)	躁动 (n)	感染 (n)	发生率 (%)
对照组	43	4	2	2	1	20.93
观察组	44	1	1	0	0	4.55
χ ² 值						5.286
P 值						0.021

2.3 两组苏醒质量对比

观察组苏醒质量较对照组更优 (P<0.05)。如表 4:

表 4 两组苏醒质量对比 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	麻醉复苏用时	拔管用时	麻醉恢复室停留用时
对照组	43	34.12±4.85	38.44±5.15	61.19±6.85
观察组	44	22.16±3.59	25.62±4.78	41.12±5.77
t 值		13.094	12.038	14.793
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组凝血指标对比

术毕时, 观察组 TT、APTT、PT 均较对照组更长 (P<0.05)。如表 5:

表 5 两组凝血指标对比 ($\bar{x} \pm s$, s)

组别	例数	TT		APTT		PT	
		入室时	术毕时	入室时	术毕时	入室时	术毕时
对照组	4	11.35±1.18	11.81±1.23	31.56±2.15	32.26±3.17	11.75±1.57	12.42±1.85
	3						
观察组	4	11.19±1.20	12.75±1.34	31.77±2.86	34.56±2.89	11.62±1.44	13.56±1.59
	4						
t 值		0.627	3.407	0.386	3.538	0.403	3.085
P 值		0.532	0.001	0.700	0.001	0.688	0.003

3 讨论

子宫肌瘤为妇科高发良性肿瘤, 全麻下子宫切除术为此病常见疗法, 可切除病灶、缓解症状。但全麻期间, 下丘脑体温调节中枢抑制, 可引发产热、散热失衡, 增加术中、术后低体温风险, 进而影响麻醉苏醒质量, 甚至引发凝血障碍, 增加寒战、躁动等并发症风险, 影响患者手术安全与术后恢复^[5]。常规手术室护理以被动干预为主, 侧重低体温后的对症干预, 缺乏预见性风险防控意识, 低体温防控效果有限, 且缺乏针对性的麻醉苏醒期干预措施, 难以切实提高患者苏醒质量。预防低体温为导向的前瞻性护理以“前瞻性理念”为核心, 以“低体温预防”为导向, 可前瞻性识别低体温危险因素、精准制定防控措施, 从围术期全流程规避低体温诱因, 降低低体温风险^[6]。麻醉苏醒护理则聚焦术后苏醒阶段,

可通过针对性干预促进患者快速苏醒, 提高苏醒质量。

本研究显示, 术毕时、术后 30min, 观察组体温为 (36.81±0.59、36.41±0.55)℃, 均较对照组的 (36.45±0.57、36.05±0.52)℃更高 (P<0.05)。观察组并发症发生率较对照组更低 (P<0.05)。观察组麻醉复苏用时 (22.16±3.59) min、拔管用时 (25.62±4.78) min、麻醉恢复室停留时间 (41.12±5.77) min, 均较对照组的 (34.12±4.85、38.44±5.15、61.19±6.85) min 更短 (P<0.05)。另外, 术毕时, 观察组 TT、APTT、PT 均较对照组更长 (P<0.05)。分析可知, 凝血功能异常是全麻下子宫切除术后常见安全隐患之一, 低体温会抑制凝血因子活性, 缩短 TT、APTT、PT, 增加术中、术后出血风险。而联合护理中, 通过前瞻性低体温护理, 可有效维持患者体温稳定, 防止低体温抑制凝血因子活性, 维持正常凝血功能。同时, 麻醉苏醒期加强体征监护与凝血相关指标监测, 可及时识别异常并针对性处理, 改善患者凝血功能, 降低手术风险。

综上, 针对全麻下子宫切除治疗的全麻下子宫切除患者, 预防低体温为导向的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理, 可维持体温稳定, 减少并发症, 提高苏醒质量, 具有较高临床价值。

[参考文献]

[1]王伊佳.子宫肌瘤腹腔镜术后患者低体温的影响因素分析[J].中国民康医学,2021,33(21):140-142.

[2]徐婷.术中保温对妇科腹腔镜手术患者低体温和应激反应的影响[J].中国妇幼保健,2024,39(10):1922-1926.

[3]彭瑛琳.保温护理对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者应激反应及低体温的影响[J].中国民康医学,2020,32(1):169-171.

[4]子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.

[5]解晓荷.无缝衔接整体护理在子宫肌瘤腹腔镜术围术期的应用及对患者术中低体温的影响[J].中外女性健康研究,2024(8):128-130.

[6]龙汉秋,吴康莲,高淑惠.子宫肌瘤腹腔镜手术患者术中低体温发生的相关影响因素分析[J].沈阳医学院学报,2022,24(6):629-632.

[7]汤钦,王馨影,宋冠男.中老年子宫肌瘤患者术中低体温预警模型构建与验证[J].临床护理杂志,2025,24(1):47-51.

[8]朱红霞,雷丽丽,邓晓红.以预防低体温为导向的前瞻性护理结合麻醉苏醒护理在子宫肌瘤患者全麻下子宫切除术中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(36):134-137.

作者简介:

赵雪莲 (1991.08-), 女, 江苏徐州, 本科, 主管护师, 研究方向: 手术室麻醉护理。