

基于循证的手术患者低体温预防标准化护理方案的构建与效果验证

尹晓莉 朱萍^(通讯作者)

南京医科大学第四附属医院, 江苏南京, 210000;

摘要: 目的: 构建并验证一套基于循证医学的术中低体温预防标准化护理方案, 探究其在手术患者中的应用效果。方法: 选取2024年12月至2025年12月本院收治的90例择期手术患者, 随机分为对照组与观察组, 各45例。对照组实施常规体温管理, 观察组实施标准化循证护理方案, 比较两组患者术中体温变化、术后恢复情况及并发症发生率。结果: 观察组术中1h、2h鼻温均显著高于对照组 ($P < 0.05$), 术后寒颤、躁动发生率更低, 术后复苏时间、住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。观察组HAMA与VAS评分也显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 基于循证的术中低体温预防标准化护理方案能有效维持患者术中体温稳定, 减少术后并发症, 促进早期康复, 具有较高的临床推广价值。

关键词: 循证护理; 低体温; 预防方案; 标准化护理

DOI: 10.64216/3104-9656.25.03.002

围手术期低体温属于外科手术患者常见的一种并发症, 它的发生和麻醉药物作用、手术环境温度、体腔暴露以及未加温输液等多个因素相关。低体温不但会影响凝血功能、药物代谢和免疫功能, 还可能会延长麻醉苏醒时间、增加术后感染风险, 对患者康复进程造成严重影响。尽管临床上已经普遍采用保温毯、液体加温等主动保温措施, 然而因为缺乏系统化、标准化的体温管理方案, 低体温发生率依旧居高不下。循证护理作为一种以科学证据作为基础的护理实践模式, 为围手术期体温管理的优化提供了全新思路。本研究的目的是构建一套基于循证的低体温预防标准化护理方案, 并且通过临床随机对照研究来验证其有效性, 期望能为临床提供规范且可操作的体温管理路径。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年12月至2025年12月在本院接受择期手术的90例患者作为研究对象。纳入标准: 年龄18~75岁; 拟行普外科、骨科、泌尿外科等择期手术; 术前体温正常 ($36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$); 签署知情同意书。排除标准: 合并严重心血管疾病、内分泌疾病、免疫功能障碍、恶性肿瘤或精神疾病; 术中发生严重并发症或死亡; 资料不全或中途退出研究者。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 每组各45例。对照组中男性24例, 女性21例, 年龄30~72岁, 平均 (52.4 ± 8.6) 岁;

观察组中男性23例, 女性22例, 年龄32~70岁, 平均 (51.8 ± 9.1) 岁。两组患者在性别、年龄、手术类型、术前体温等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规体温管理措施, 为患者提供术前简单宣教, 术中室温控制在 $22 \sim 24^{\circ}\text{C}$, 非手术区域覆盖普通被单, 输液时进行常规加温, 在术后监测患者生命体征, 发现寒颤或体温过低时予以被动保温。

观察组实施基于循证的标准化低体温预防护理方案, 具体如下: (1) 组建循证护理小组: 由护士长担任组长, 4名具有5年以上手术室工作经验的护士组成, 全员接受循证护理理论与方法培训。(2) 制定标准化护理流程: 通过系统检索国内外术中低体温预防相关文献, 结合本院实际情况, 制定涵盖术前、术中、术后的全程体温管理方案。(3) 实施与培训: 对护理团队进行标准化方案培训, 确保各项措施落实到位。

1.3 观察指标

(1) 术中体温变化: 记录两组患者术前、麻醉后、术中1h、术中2h的鼻咽温度。(2) 术后恢复情况: 包括完全苏醒时间、拔管时间、住院时间。(3) 术后并发症与心理状态: 记录寒颤、躁动发生率, 并使用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和视觉模拟评分法(VAS)评估术后焦虑与疼痛程度。

1.4 统计学方法

使用 SPSS25.0 统计学软件进行分析, 组间比较采用 t 检验、计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 用 $P < 0.05$ 表示显著性。

2 结果

2.1 术中体温变化

观察组术中 1h、2h 鼻温均显著高于对照组 ($P < 0.05$), 具体结果如表 1 所示。

表 1 两组患者术中体温变化对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前体温	麻醉后体温	术中 1h 体温	术中 2h 体温
对照组	45	36.72±0.21	36.30±0.19	35.10±0.32	35.52±0.28
观察组	45	36.70±0.23	36.28±0.21	36.55±0.41	36.68±0.39
t 值		0.432	0.471	19.247	16.832
P 值		0.667	0.639	0.000	0.000

2.2 术后恢复情况比较

观察组患者完全苏醒时间为 (40.2 ± 3.1) min, 拔管时间为 (2.3 ± 0.5) d, 住院时间为 (6.5 ± 1.4) d, 均显著短于对照组的 (50.8 ± 4.6) min、 (4.8 ± 1.2) d、 (8.8 ± 1.9) d ($P < 0.05$)。

2.2 并发症与心理状态

观察组术后寒颤发生率为 4.44% (2/45), 躁动发生率为 6.67% (3/45), 均显著低于对照组的 22.22% (10/45) 和 26.67% (12/45) ($P < 0.05$)。观察组术后 HAMA 评分为 (10.5 ± 2.6) 分, VAS 评分为 (3.8 ± 0.7) 分, 均低于对照组的 (12.8 ± 3.1) 分和 (5.9 ± 1.1) 分 ($P < 0.05$)。

3 讨论

本研究构建的基于循证的低体温预防标准化护理方案, 凭借系统化且全程化的体温管理策略, 显著提升了手术患者术中体温稳定性, 同时有效促进了患者术后康复进程, 结果显示观察组在术中 1h 和 2h 的鼻咽温度

均明显高于对照组, 这表明标准化保温措施能够有效减缓术中体温下降趋势, 这可能和方案里综合运用环境温控、主动加温设备、输液加温和连续体温监测等多重干预手段有关, 进而形成了立体化且动态化的体温保护网络。

综上所述, 依据循证医学制定的低体温预防标准化护理方案, 能够切实有效维持手术患者术中体温稳定, 还可以显著减少患者术后出现并发症的情况, 并且能够大大加速患者的康复进程, 该方案具备良好临床适用性与推广价值。

参考文献

- [1] 吴恺琳. 基于循证的手术患者术中低体温预防措施优化及护理效果研究[J]. 每周文摘·养老周刊, 2025 (19).
- [2] 柯稳, 高兴莲, 余文静, 等. 基于三维质量结构模型构建围手术期低体温预防护理质量指标体系[J]. 护理学报, 2024, 31(1):1-6.
- [3] 常佳宇, 李珍, 徐俪菲, 邱霜. 循证护理预防老年病人术中低体温的研究进展[J]. 2024.