

手术室保温护理对股骨骨折患者术后凝血功能及低体温发生的影响分析

许广宇

(内蒙古赤峰市赤峰学院附属医院, 内蒙古 赤峰 024000)

【摘要】目的:分析手术室保温护理对股骨骨折患者术后凝血功能及低体温发生的影响。**方法:**选取2020年1月~2022年1月医院收治的80例股骨骨折患者为研究对象,以随机数分组结合抛硬币法将其分为对照组和观察组,各40例。对照组行常规护理方案,观察组行手术室保温护理,对比两组患者接受手术后的满意度评分、体温指标变化、凝血功能指标差异以及疼痛和功能独立性评分。**结果:**观察组对温度控制、疼痛处理、凝血处理以及术后寒战预防的满意度评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后观察组体温高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后观察组纤维蛋白原指标低于对照组,血活酶时间、血浆凝血酶原时间、凝血酶时间高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后观察组疼痛评分低于对照组,功能独立评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**通过手术室保温护理,股骨骨折患者在术后可保持较高的凝血功能稳定性,同时患者在接受护理后的体温指标也更接近人体正常温度,同时在这种护理模式下,患者的疼痛评分更低、可保持良好的功能独立性。且患者在接受护理后对手术室保温护理的满意度更高,由此体现其优势作用,值得广泛推广。

【关键词】 手术室保温护理;股骨骨折;凝血功能;低体温

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2022)27-0182-03

股骨骨折作为临床多发性骨科病症,常由各类外部暴力因素、高空跌落、碾压等多种因素引起,患者患病后下肢无法进行正常运动,功能受限,同时在骨折位置可见严重疼痛、急性以及扭曲等表现。若骨折位置存在开放型伤口,则可能导致病情加重,严重情况下可能引起患者休克^[1]。当前针对股骨骨折的治疗方式主要以手术治疗为主,可用于改善患者的肢体功能、减轻疼痛影响,但手术期间涉及麻醉药物以及体位暴露等因素,患者可能产生低体温症,由此可能导致患者凝血功能障碍、免疫系统抑制等不良反应产生^[2]。由此,需要采用合理的干预方式加强对患者的体温控制,常规手术室护理由于缺少对患者的体温度控对策,需在此基础上进行完善,加强患者的手术室保温护理^[3]。加强手术室保温能够明显增加患者的临床效果,降低患者低体温现象的发生,改善因手术而造成的凝血功能障碍,加快患者的康复速度。本研究选取2020年1月~2022

年1月我院收治的80例股骨骨折患者为研究对象,旨在探究手术室保温护理对股骨骨折患者术后凝血功能及低体温发生的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2020年1月~2022年1月我院收治的80例股骨骨折患者为研究对象,以随机数分组结合抛硬币法将其分为对照组和观察组,各40例。观察组男23例,女17例;年龄18~59岁,平均(40.16±3.33)岁;致伤原因:交通事故致伤12例、摔倒致伤15例、高坠致伤10例,其他原因致伤13例。对照组男25例,女15例;年龄20~62岁,平均(40.54±3.5)岁;致伤原因:交通事故致伤13例、摔倒致伤16例、高坠致伤9例,其他原因致伤12例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。(1)纳入标准:所有患者均经过影像学诊断,符合股骨骨折的相关诊断标准;患者存在不同程度股骨近端、远端、干骨骨折表现^[4];签订研究调

查表后进行实验统计。(2)排除标准:存在其他精神交流功能障碍者;先天性肢体功能缺陷者;凝血功能障碍者;合并心、肝、肾等重要器官疾病者;合并恶性肿瘤疾病者。

1.2 方法:对照组接受常规手术保温处理,调整手术室温度于24℃,湿度为50%上下,手术期间将被褥等物品覆盖于患者非手术位置,尽量避免患者肢体的过多暴露。观察组接受强化常规手术保温处理,实施手术室保温护理干预。(1)手术室温度干预。患者进入手术室前将手术室内的温度调整至24~26℃,手术开始后将温度调整至手术室常规温度,同时在手术完成后重新调整为术前温度。(2)采用低温治疗仪对手术台进行加温处理,手术台温度需控制于37℃左右且要保持手术台的温度恒定直到手术结束,同时配合温液仪对患者的注入液体进行加温,直至手术完成后关闭^[5-6],手术过程中要随时关注温度的变化,以便及时加温。(3)对手术部位进行保温处理,避免因身体部分的过多暴露而降低体温,可以使用物品遮盖并结合运用30~40℃电热毯覆盖于患者非手术位置,需要注意的是,电热毯不要直接患者身体,以免造成烫伤等不良后果。手术中要避免患者身体接触到寒冷物品,以患者产生寒战。(4)加强对患者呼吸道温度与湿度的管理,避免患者吸入冷空气。

1.3 观察指标:(1)以温度控制、疼痛处理、凝血处理以及术后寒战预防,评估两组患者在接受相应护理措施后满意度评分差异,单项满分10分,分数越高代表患者满意度越高。(2)以体温指标的变化情况对比两组患者接受护理前后的体温指标变化。(3)以凝血活酶时间、血浆凝血酶原时间、凝血酶时间和纤维蛋白原评估两组患者在接受护理前后的凝血功能指标变化。(4)以VAS疼痛评分表和FIM功能独立评分对比两组患者护理前后的凝血功能指标

变化。VAS评分以0~10分为标准,越高代表疼痛越明显。FIM评分总分18~126分,含运动91分和认识35分;126分为完全独立,108~125分为基本独立,90~107分为极轻度依赖,72~89分为轻度依赖,54~71分为中度依赖,36~53分为重度依赖,19~35分为极重度依赖,18分以下为完全依赖^[7]。

1.4 统计学方法:采用SPSS21.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组满意度评分比较:观察组温度控制评分、疼痛处理评分、凝血处理评分、术后寒战预防评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组满意度评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	温度控制	疼痛处理	凝血处理	寒战预防
观察组	40	8.68 ± 0.61	9.26 ± 0.62	8.90 ± 0.74	9.19 ± 0.43
对照组	40	6.56 ± 0.53	7.07 ± 0.48	6.87 ± 0.53	7.56 ± 0.33
t		16.592	17.665	14.105	19.019
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组体温指标变化比较:护理前,两组体温比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,观察组体温高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组体温指标变化比较($\bar{x} \pm s$,℃)

组别	例数	护理前	护理后
观察组	40	36.74 ± 0.23	36.88 ± 0.27
对照组	40	36.70 ± 0.24	34.12 ± 0.20
t		0.761	51.951
P		0.449	0.000

2.3 两组凝血功能指标比较:护理前,两组各项凝血功能指标对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,观察组血活酶时间、血浆凝血酶原时间、凝血酶时间高于对照组,纤维蛋白原指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组凝血功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	凝血活酶时间(s)		血浆凝血酶原时间(s)		凝血酶时间(s)		纤维蛋白原(g/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	34.36 ± 3.23	35.07 ± 3.47	12.56 ± 1.67	11.97 ± 1.61	11.91 ± 1.93	11.86 ± 1.90	2.13 ± 0.47	2.14 ± 0.45
对照组	40	34.24 ± 3.31	29.12 ± 2.80	12.46 ± 1.79	8.84 ± 1.41	11.24 ± 1.89	9.17 ± 1.36	2.11 ± 0.45	3.86 ± 0.63
t		0.164	8.440	0.258	9.250	1.569	7.281	0.194	14.051
P		0.870	0.000	0.797	0.000	0.121	0.000	0.846	0.000

2.4 两组疼痛和功能独立评分比较:护理前,两组疼痛评分和功能独立性评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,观察组疼痛评分低于对照组,功能独立评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表4 两组疼痛和功能独立评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	疼痛评分		功能独立评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	7.13±0.50	2.73±0.26	34.43±1.75	108.53±5.61
对照组	40	7.29±0.51	4.09±0.37	34.52±1.66	94.34±3.21
<i>t</i>		1.417	19.021	0.236	13.885
<i>P</i>		0.161	0.000	0.814	0.000

3 讨论

股骨骨折作为临床常见病症类型,多数患者在病症产生后可能形成疼痛、肿胀、畸形等病症表现,部分患者可能含局部血肿、皮肤剥脱和开放型出血等现象。手术治疗为目前骨折治疗的主要方式,但由于术中输液过多,同时藉由非手术部分的长时间暴露,可能导致患者体温逐渐下降,继而影响患者凝血功能^[8]。

股骨骨折患者手术完成后可能对患者产生较多的创面,同时伴较多的出血量,可能导致患者病理、生理变化,同时术中的大量输液会导致患者体温下降,可能对患者的凝血功能产生影响,从而延迟患者的愈合。常规保温处理虽然能够在一定程度上控制体温的下降速度,但无法维持手术过程中的体温。通过实施保温处理,可通过环境、手术台预热、保温毯辅助非手术区域的保温措施以及术中输液的预加热干预,从而避免患者因低体温症导致凝血功能障碍或术后寒战现象产生^[9-10]。手术室保温护理有利于保持患者体温,缓解患者疼痛情况,改善患者血液学指标,提高患者的预后质量,加快患者康复速度。

本研究分析指出,在针对股骨骨折患者的病症护理过程中,通过采用手术室保温护理对患者进行干预,相对于常规手术保温处理,患者对各项操作的满意度评价更高。体温现象可稳定维持于36℃左右,符合人体正常体温状态;且患者凝血功能相对于常规的保温处理更具稳定性,可避免患者因凝血功能下降而产生的各项并发症;另外患者在手术期间的疼痛现象也可得到显著改善,术后的功能独立评分也能够

取得显著提升,综合分析下,患者在接受手术室保温护理干预下,护理的质量高于常规保温处理。

综上所述,手术室保温护理对股骨骨折患者术后凝血功能及低体温的预防,使用效果较高,可稳定患者凝血功能,降低低体温症发生风险,值得广泛推广。

【参考文献】

- [1]刘月玲.综合保温护理对骨折手术患者应激反应及低体温发生的影响[J].医疗装备,2020,33(24):141-142.
- [2]刘巧芬,朱媛媛.术中体温护理对老年股骨骨折术后出血或血栓发生率的影响[J].血栓与止血学,2020,26(1):142-143.
- [3]Shi Meijuan. Effect of intraoperative thermal insulation intervention in operating room on blood loss, body temperature and postoperative coagulation function in elderly patients with femoral fracture[J]. China Disability Medicine, 2021,29(13):97-99.
- [4]许卉,李海红.手术室术中保温对老年股骨骨折患者出血量,体温及术后凝血功能的影响[J].系统医学,2020,5(11):139-141.
- [5]韩艳丽.手术室保温护理对股骨骨折患者术后凝血功能及低体温发生的影响[J].黑龙江医学,2021,45(6):628-630.
- [6]Yuan Peipei, Wei Xiaoyu, Wang Ning. Preventive effect of thermal nursing on postoperative hypothermia and chills in patients with gynecological laparoscopic surgery[J]. Nursing Practice and Research, 2020,17(21):122-123.
- [7]黄君枝.手术室保温护理对高龄股骨颈骨折患者术后凝血功能及低体温反应发生率的影响[J].基层医学论坛,2022,26(2):100-102.
- [8]潘文冬.手术室术中保温干预老年股骨骨折患者出血量,体温及术后凝血功能的影响研究[J].中国伤残医学,2021,29(14):96-97.
- [9]Ma Yingzi. Influence of thermal insulation nursing in operating room on coagulation function and hypothermia in patients with femoral head replacement[J]. Journal of Aerospace Medicine, 2020,31(10):1274-1275.
- [10]张静.术中保温护理对手术患者凝血功能及低体温发生率的效果分析[J].中外医疗,2020,39(2):113-115.