

宫颈癌根治术患者手术过程中加强手术室低体温护理的应用研究

吴舒婷

郑州大学第五附属医院 河南 郑州 450000

【摘要】目的：探究宫颈癌根治术患者手术过程中加强手术室低体温护理的作用。方法：试验开展时间为2024年4月到2025年4月，结合纳排标准筛选出65例宫颈癌根治术患者参与试验，以数字奇偶法将其分为干预组和参照组，再分别予以常规手术室护理和加强手术室低体温护理。结果：干预组围术期核心体温更加稳定，且比参照组高（ $P<0.05$ ）；干预组并发症发生率更低（ $P<0.05$ ）；干预组术后恢复指标更优（ $P<0.05$ ）；干预组护理满意度明显更高（ $P<0.05$ ）。结论：加强宫颈癌根治术患者手术过程中的低体温护理，可有效维持患者围术期体温稳定，并降低并发症发生率，加速患者恢复进程，整体护理满意度更高。

【关键词】：宫颈癌根治术；手术室低体温护理；核心体温；并发症；满意度

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.064

宫颈癌是临床上发病率最高的女性生殖器官恶性肿瘤疾病，多发生于围绝经期、绝经期的女性群体，HPV感染是主要的诱发原因，且与滴虫感染、吸烟、个人卫生习惯不良等也有着密切关联^[1]。当前，宫颈癌发病率持续升高且有年轻化趋势，给女性群体的生命健康已经造成了严重威胁。宫颈癌根治术是疾病早期阶段的主要治疗方法，可延长患者5年生存期，治疗效果较为理想。但该手术也存在一定的风险，比如手术时间长、操作复杂等因素会诱发低体温现象，不利于患者术后恢复，甚至严重影响手术治疗的效果^[2]。故积极加强宫颈癌根治术患者的低体温护理干预，已经成为手术室护理的重点。本研究旨在通过加强宫颈癌根治术患者的手术室低体温护理，探讨该措施对患者治疗有效性和安全性的作用，具体效果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

试验开展时间为2024年4月到2025年4月，结合纳排标准筛选出65例宫颈癌根治术患者参与试验，以数字奇偶法将其分为干预组和参照组。参照组32例患者实施常规手术室护理干预，干预组包含33例患者加强手术室低体温护理。比较两组患者的基线资料，参照组和干预组年龄分别为44-68（ 52.58 ± 3.37 ）岁、43-70岁（ 51.76 ± 3.49 ）岁，其资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：确诊为宫颈癌；首次接受抗肿瘤治疗；自愿参与研究调查；病情稳定；资料完整。排除标准：肿瘤临床分期 $\geq$ IIA期；合并其他严重脏器组织疾病；血液疾病；精神疾病；感染性疾病；依从性不高；沟通障碍；中途退出。

1.2 方法

1.2.1 参照组

常规护理：术前对患者进行宣教，告知手术流程、注意事项等相关情况，减少患者因未知而产生的恐惧感。向患者介绍医护团队，以及过往成功病例，增强患者的治疗信心。手术当天，仔细核对患者信息，再配合麻醉医师完成麻醉。麻醉后，

调整患者手术体位，并做好肩部固定。根据手术要求准备好相关物品、药品，调节手术灯光线、角度。术中密切监测患者生命体征，配合医生完成手术治疗。术后，观察不良反应发生迹象，遵医嘱予以相关药物。耐心回答患者的疑问，对不良情绪进行疏导。

1.2.2 干预组

（1）环境温度。手术前半小时，使用空调系统或其他加热方式将手术室温度设定为22-24℃，湿度为50-60%，维持温度在23.5℃左右。维持手术室稳定，可有效减低低体温发生风险。

（2）液体加温。手术过程中患者通常会受到输注药物、冲洗液等液体的刺激，为避免热交换降低患者体温，需要对手术过程中的液体进行加温处理。使用水循环式加温、保温箱、输注管路加温等设备，将手术过程中需要加温的液体进行加温处理。实时监测液体温度，合理调节温度，确保液体以适宜的温度输入患者体内。

（3）呼吸道温度维持。手术过程中，重视气管导管的加温处理，可使用呼吸机加热仪器、加热导线等工具对导管和吸入的气体进行加温。期间注意调节呼吸机的湿化器温度，确保患者吸入的气体温度适宜。根据手术需求，选择具有加温功能的湿热交换器，或者将湿热交换器与加热设备相连，能够有效保持呼吸道的湿润和温暖^[3]。针对呼吸机、湿热交换器，护理人员需要定时进行清洁和消毒，减少细菌滋生，防止诱发感染。

（4）体表保暖。使用保暖手术单覆盖患者的非手术部位，减少热量散失。根据患者身体暴露情况，使用毛毯、电热毯覆盖患者身体，尤其是四肢等容易散热的部位，保证患者体温稳定。使用暖风机，合理调节温度和风速，加热体表温度，但注意避免直接对着手术切口。另外，可使用充气式加温毯，充分贴合患者身体，为患者提供均匀、稳定的热量，有效减少患者热量散失。

1.3 观察指标

(1) 围术期核心体温：分别统计患者手术前、麻醉 10min、手术 60min 和术后的体温变化情况，对比两组体温数据和变化幅度。

(2) 并发症：统计围手术期患者出现的并发症情况，主要包括低体温、尿潴留、静脉血栓。

(3) 术后恢复时间：整理患者术后清醒、排气、下床活动等时间情况。

(4) 满意度：采用满意度问卷，了解患者对手术室护理干预效果的评价。

1.4 统计学方法

本次研究数据使用 SPSS22.0 软件录入和处理， $P<0.05$ 代表数据差异明显，具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比患者围手术期核心体温情况

围手术期间，干预组核心体温变化幅度更小，且能够维持在正常范围内，比较差异明显 ($P<0.05$)。对比见表 1。

表 1 两组围手术期核心体温变化情况 (°C)

项目	干预组	参照组	P	t
例数	33	32	>0.05	-
术前	36.73 ± 0.51	36.69 ± 0.54	>0.05	0.683
麻醉 10min	36.52 ± 0.42	36.07 ± 0.57	<0.05	3.783
手术 60min	36.33 ± 0.35	35.43 ± 1.08	<0.05	5.895
术后	36.64 ± 0.51	36.17 ± 0.65	<0.05	2.064

2.2 对比患者的并发症发生情况

干预组术后并发症发生例数更少，其结果差异明显 ($P<0.05$)。对比见表 2。

表 2 两组患者并发症发生情况对比 (n,%)

项目	干预组	参照组	P	χ^2
例数	33	32	>0.05	-
低体温	1	4	<0.05	2.033
尿潴留	1	2	<0.05	1.137
下肢深静脉血栓	0	1	<0.05	1.094
泌尿系统感染	0	2	<0.05	1.763
合计	2 (6.06)	9 (28.13)	<0.05	9.572

2.3 对比患者的术后恢复时间情况

整理时间数据，干预组术后恢复所用的时间均明显比参照组短，差异明显 $P<0.05$ ，见表 3。

表 3 患者术后恢复时间数据比较

项目	干预组	参照组	P	t
例数	33	32	>0.05	-
手术时间(min)	165.63 ± 23.15	181.42 ± 25.15	<0.05	7.572
恢复清醒时间(min)	15.25 ± 2.31	18.52 ± 3.02	<0.05	6.057
肛门首次排气时间(h)	33.52 ± 5.35	40.63 ± 5.48	<0.05	6.401
首次下床活动时间(h)	41.68 ± 7.01	48.39 ± 8.18	<0.05	5.375

2.4 对比患者的护理满意度情况

干预组对手术室护理满意度更高，其结果差异明显 ($P<0.05$)。对比见表 4。

表 4 两组患者满意度情况对比 (n,%)

项目	干预组	参照组	P	χ^2
例数	33	32	>0.05	-
非常满意	18	9	<0.05	5.293
满意	14	17	<0.05	3.892
不满意	1	6	<0.05	4.173
满意度	32 (96.97)	26 (81.25)	<0.05	12.561

3 讨论

宫颈癌根治术是宫颈癌患者的主要治疗方法，但由于术中易发生低体温事件，从而会增加患者的治疗风险。术中低体温会对宫颈癌患者造成诸多方面的危害，一是低体温会降低血小板功能，让凝血因子活性受到抑制，而导致机体凝血级联反应受到影响，增加出血风险。加之宫颈癌根治术创面较大，低体温可能会使出血量明显增多，而增加手术难度和风险；二是患者体温降低影响药物代谢的速度，导致药物在体内的时间延长，进而造成术后苏醒延迟，以及麻醉相关并发症的发生风险；三是低体温会影响局部组织的血液循环和氧供，使伤口愈合时间延长，而增加伤口裂开、感染的发生几率，或者因神经传导速度和痛觉感受器的敏感性增加，加重术后疼痛，最终导致康复质量下降。相关研究显示，临床上接受手术治疗的患者中，有近 60% 的患者会出现低体温事件，导致患者手术治疗效果未能达到预期，并且还延长了患者的机体恢复时间，给患者自身及其家庭都会造成更加严重的负担^[4]。针对术中低体温的危害，手术室护理中应加强宫颈癌根治术患者的体温护理干预，通过采取有效的措施让患者的核心体温能够维持在合理范围内。

近年来,手术护理理念不断更新优化,逐渐形成了以患者为中心的护理模式,这要求在对患者实施护理干预的过程中,要充分注重对患者心理、生理以及社会方面的需求,其主要目的在于最大程度减轻患者的治疗负担,并加速患者的康复进程^[5]。在此次的研究中,主要探讨了宫颈癌根治术患者术中的低体温护理效果,通过予以参照组和干预组不同的护理方案进行对比,发现干预组核心体温变化幅度更小,且能够维持在正常范围内,比较差异明显($P<0.05$)。这主要是由于干预组加强了手术室低体温护理,在围手术期间通过体表保暖、液体加温、环境加温、呼吸道加温等方式,有效地减少了患者术中体温丢失的风险,因而可让其体温能够维持在正常范围内。干预组术后并发症发生例数更少,其结果差异明显($P<0.05$);干预组术后恢复所用的时间均明显比参照组短,差异明显 $P<0.05$ 。这

是由于加强手术室低体温护理干预后,干预组患者体温保持在稳定范围内,其药物代谢速度、血小板功能、血液循环和氧供等受到的影响明显下降,都能够正常发挥其功能和作用,而不会对患者的机体恢复造成显著的危害。同时,干预组对手术室护理满意度更高,其结果差异明显($P<0.05$)。相比于参照组,干预组的患者并发症发生率更低、术后恢复速度更快,其生理和心理承受的痛苦也更少,因而患者对手术室低体温护理干预也更加满意。但本次研究存在样本少、短期效果关注为主且研究方法的单一性,因此结果存在一定的偏差,后续应针对于此完善研究,以确保结论的严谨性、客观性和可靠性。

综上所述,加强宫颈癌根治术患者手术过程中的低体温护理,可有效维持患者围手术期体温稳定,并降低并发症发生率,加速患者恢复进程,整体护理满意度更高,其推广意义较大。

参考文献:

- [1] 谢云霞.基于循证理念的专项保温护理在宫颈癌腹腔镜手术患者中的应用[J].河南医学研究,2024,33(21):4020-4023.
- [2] 李密.加强手术室保温护理在宫颈癌根治术患者手术中的应用效果[J].实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(01):115-117.
- [3] 蔡颖青.术中综合体温护理干预对60岁以上宫颈癌患者术后寒战风险的影响[J].青海医药杂志,2023,53(08):29-32.
- [4] 段传功.充气加温毯在老年宫颈癌患者手术护理中的应用效果[J].青海医药杂志,2022,52(01):29-31.
- [5] 申昌连,毛艳,陈彩眉.加强手术室保温护理在宫颈癌根治术患者手术过程中的应用价值探究[J].中外医疗,2020,39(28):134-136+154.