

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全切患者中的观察

樊亚亚, 苏娜, 郭秀丽, 刘睿, 苏怀晔

甘肃省妇幼保健院(甘肃省中心医院) 甘肃兰州

【摘要】目的 探讨子宫全切患者采取预防低体温为导向的前瞻性护理结合麻醉苏醒护理的效果。**方法** 选取 2024 年 1 月至 2025 年 1 月行子宫全切患者 120 例, 随机分为观察组(预防低体温为导向的前瞻性护理结合麻醉苏醒护理)和对照组(常规护理)各 60 例, 对比效果。**结果** 观察组应激反应、凝血功能指标优于对照组, 麻醉质量指标低于对照组, 苏醒质量评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 预防低体温为导向的前瞻性护理结合麻醉苏醒护理可有效预防子宫全切患者低体温, 改善麻醉、苏醒质量, 效果良好。

【关键词】 麻醉苏醒护理; 凝血功能; 子宫全切; 应激反应; 预防低体温为导向的前瞻性护理

【收稿日期】 2025 年 7 月 26 日

【出刊日期】 2025 年 8 月 21 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20250422

Observation of prospective nursing oriented towards hypothermia prevention combined with anesthesia recovery nursing in patients with total hysterectomy

Yaya Fan, Na Su, Xiuli Guo, Rui Liu, Huaiye Su

Gansu Provincial Maternal and Child Health Hospital (Gansu Provincial Central Hospital), Lanzhou, Gansu

【Abstract】Objective To evaluate the effectiveness of a low-temperature prevention-oriented prospective nursing care combined with anesthesia recovery care for patients undergoing total hysterectomy. **Methods** A total of 120 patients who underwent total hysterectomy from January 2024 to January 2025 were selected and randomly divided into an observation group (low-temperature prevention-oriented prospective nursing care combined with anesthesia recovery care) and a control group (standard care), each consisting of 60 patients, to compare the outcomes. **Results** The observation group showed better stress response and coagulation function indicators compared to the control group, lower anesthesia quality indicators, and higher recovery quality scores ($P<0.05$). **Conclusion** The low-temperature prevention-oriented prospective nursing care combined with anesthesia recovery care can effectively prevent hypothermia in patients undergoing total hysterectomy, improve anesthesia and recovery quality, and achieve good results.

【Keywords】 Anesthesia awakening care; Coagulation function; Total hysterectomy; Stress response; Prospective care oriented towards prevention of hypothermia

在妇科, 子宫全切术属于重大手术, 围术期的患者需要面临较多风险、挑战。在手术期间, 患者极易因为麻醉药物影响、手术室低温环境等多种因素影响而出现低体温, 且低体温会导致凝血功能异常, 增加麻醉苏醒时间, 也有可能增加切口感染风险, 增加住院时间而降低患者术后康复质量^[1]。麻醉苏醒期是患者从麻醉状态恢复至清醒状态的关键阶段, 此阶段患者生理功能逐渐恢复, 但仍处于不稳定状态, 需要全面细致的护理干预^[2]。以预防低体温为导向的前瞻性护理通过提前评估低体温风险而采取针对性的保温措施, 可有效维持

患者体温稳定; 而麻醉苏醒护理则聚焦于患者意识、生命体征监测及呼吸道管理等, 保障患者安全度过苏醒期^[3]。目前, 将预防低体温为导向的前瞻性护理与麻醉苏醒护理联合应用于子宫全切患者的研究并不多。所以本研究旨在观察两种护理模式联合应用对子宫全切患者的临床效果, 具体如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2024 年 1 月至 2025 年 1 月, 120 例行子宫全切患者, 随机分为观察组 60 例, 平均年龄 (58.05 ± 7.52)

岁; 对照组 60 例, 平均年龄 (56.14 ± 6.49) 岁, 两组资料对比 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组: 常规护理, 术前宣教、调节手术室温度等。观察组: 预防低体温为导向的前瞻性护理与麻醉苏醒护理, 包括: 1) 预防低体温为导向的前瞻性护理。护理人员凭借丰富的麻醉及手术护理经验, 结合文献研究, 对全麻手术过程中可能引发低体温的因素进行系统性评估。研究发现, 手术室温度过低、患者体表暴露时间过长、体腔长时间开放、冲洗液及输注液体温度不足、吸入气体温度过低等, 均是导致术中低体温的潜在风险因素。针对这些风险, 制定一系列针对性护理方案: 术前 1 小时将手术室温度调节至 $24-26^{\circ}\text{C}$, 并将冲洗液预置于 42°C 保温箱; 采用 FT2800 型加温仪器将输注液体预热至 37°C ; 患者进入手术室后使用无菌单遮盖非手术区域, 每 10 分钟监测一次体温, 确保维持在 $36-37^{\circ}\text{C}$ 。同时, 为患者双下肢配备加压带和脚套, 气管导管连接湿热交换器, 维持呼吸道温湿度稳定。术后苏醒期持续监测体温, 利用 3M 加温毯 (设定温度 $38-42^{\circ}\text{C}$) 结合环境温度调节, 防止体温下降。2) 麻醉苏醒护理。手术结束后, 提前调节麻醉恢复室温度, 在转运途中使用保温毯为患者保暖。进入恢复室后, 持续监测体温变化, 及时调整室温以维持体温正常。护理过程中, 协助患者保持平卧位, 避免血管和神经受压。针对合并循

环、呼吸或中枢神经系统疾病的患者, 加强生命体征监测, 异常情况立即报告医生。根据患者意识恢复情况, 精准把握镇痛、镇静药物使用时机, 预防苏醒期躁动。术后密切监测动脉血气分析指标, 及时处理因吸入式麻醉药物残留引发的呼吸道问题。当患者意识清晰、反射灵敏、自主呼吸正常且血气分析结果达标后, 方可进行拔管操作。

1.3 观察指标

应激反应指标: 时间为入室前 15min、术中 30min、术后 15min, 指标为 C 反应蛋白、肾上腺素、去甲肾上腺素。

凝血功能指标: 活化部分凝血活酶时间、凝血酶时间、凝血酶原时间、纤维蛋白原。

麻醉质量: 吞咽反射恢复、睁眼、答问切题等事件。

苏醒状况: SRS 评价, 含肢体活动能力等, 分数越高说明苏醒状态越好^[4]。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 分析数据, 计数、计量 (%)、($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 应激反应指标

入室前 15min, 组间比较 ($P > 0.05$); 其他时间点组间比较 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 应激反应水平 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t	P
C 反应蛋白 (ng/L)	入室前 15min	7.23 ± 2.05	7.27 ± 2.08	0.142	>0.05
	术中 30min	26.36 ± 8.41	31.85 ± 9.25	3.038	<0.05
	术后 15min	42.27 ± 8.37	51.32 ± 9.0	5.034	<0.05
肾上腺素 (pmol/L)	入室前 15min	52.10 ± 13.20	51.00 ± 13.22	0.408	>0.05
	术中 30min	71.48 ± 15.00	82.36 ± 16.69	11.095	<0.05
	术后 15min	86.67 ± 20.17	101.86 ± 21.72	3.548	<0.05
去甲肾上腺素 (pmol/L)	入室前 15min	148.67 ± 21.43	148.71 ± 21.45	0.008	>0.05
	术中 30min	167.77 ± 20.10	176.23 ± 19.91	2.070	<0.05
	术后 15min	174.60 ± 19.05	183.80 ± 19.43	2.340	<0.05
核心体温 ($^{\circ}\text{C}$)	入室前 15min	36.80 ± 0.37	36.87 ± 0.38	0.890	>0.05
	术中 30min	36.96 ± 0.38	36.11 ± 0.35	11.095	<0.05
	术后 15min	36.88 ± 0.41	36.16 ± 0.40	8.498	<0.05

2.2 凝血功能指标

干预前, 观察组: 活化部分凝血活酶时间 (29.42

± 3.40) s、凝血酶原时间 (11.80 ± 1.50) s、凝血酶时间 (17.17 ± 1.21) s、纤维蛋白原 (4.23 ± 0.12) g/L,

对照组: (29.71 ± 3.44) s、 (11.79 ± 1.58) s、 (17.18 ± 1.20) s、 (4.22 ± 0.14) g/L, 组间比较 ($t=0.304/0.022/0.031/0.256$, $P>0.05$); 干预后, 观察组: (30.37 ± 3.10) s、 (11.34 ± 1.55) s、 (17.56 ± 1.31) s、 (4.21 ± 0.24) g/L, 对照组: (27.61 ± 3.31) s、 (10.09 ± 1.49) s、 (15.94 ± 1.29) s、 (4.76 ± 0.20) g/L, 组间比较 (t , $3.080/2.944/4.492/8.901$, $P<0.05$)。

2.3 麻醉质量

观察组: 吞咽反射恢复时间, 11.46 ± 2.42 min、睁眼时间 (3.52 ± 0.60) min、导管拔出时间 (12.78 ± 3.03) min、答问切题时间 (5.34 ± 0.76) min、定向力恢复时间 (14.86 ± 3.10) min, 对照组: (20.96 ± 3.43) min、 (8.38 ± 1.44) min、 (24.22 ± 5.10) min、 (15.25 ± 3.02) min、 (27.22 ± 5.89) min, 组间比较 ($t=5.306/6.325/5.825/4.201/4.203$, $P<0.05$)。

2.4 苏醒状况评分

观察组: 意识清醒程度评分 (1.87 ± 0.09) 分、肢体活动程度评分 (1.78 ± 0.13) 分、呼吸畅通程度评分 (1.68 ± 0.21) 分、SRS 总分 (5.21 ± 0.35) 分; 对照组: (1.43 ± 0.20) 分、 (1.40 ± 0.22) 分、 (1.35 ± 0.27) 分, SRS 总分 (4.41 ± 0.37) 分, 组间比较 ($t=4.336/9.362/5.714/8.521$, $P<0.05$)。

3 讨论

对于子宫全切术, 全麻常用麻醉方式, 但易致患者术中体温降低, 引发不良事件。常规护理对低体温预防及麻醉苏醒护理不足^[5]。以预防低体温为导向的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理能弥补不足, 加强干预, 对于提升护理全面性与苏醒效果意义重大。

本研究结果说明预防低体温为导向的前瞻性护理结合麻醉苏醒护理效果显著, 分析原因: 1) 在调控围术期应激反应方面。联合护理模式从根源阻断低体温引发的应激级联反应。前瞻性护理通过术前评估明确低体温风险因素, 将手术室温度预热至 $24-26^{\circ}\text{C}$, 对冲洗液、输注液体进行预加温处理, 避免低温液体引发机体冷刺激^[6]。术中采用无菌单覆盖非手术区域、双下肢加压保暖等措施, 维持核心体温稳定在 $36-37^{\circ}\text{C}$; 麻醉苏醒护理延续保温策略, 转运途中使用保温毯, 苏醒室动态调节室温, 减少体温波动^[7]。稳定的体温可避免下丘脑体温调节中枢激活, 降低皮质醇等应激激素的异常分泌, 减轻机体炎症反应与代谢紊乱^[8]。2) 对凝血功能的优化依赖于体温维持下的生理稳态保障。低体温可通过抑制凝血因子活性、降低血小板功能干扰凝血过程, 表现为活化部分凝血活酶时间、凝血酶原时

间、凝血酶时间延长及纤维蛋白原功能异常^[9]。联合护理模式通过全程温度管理为凝血因子发挥活性提供适宜环境, 减少术中及术后异常出血风险^[10]。下肢加压带促进静脉回流, 降低深静脉血栓形成可能, 进一步保障凝血系统正常运作。3) 在提升麻醉质量与苏醒状况上, 联合护理模式实现药物代谢与机体恢复的协同优化。低体温减缓肝肾功能对麻醉药物的代谢速率, 导致吞咽反射恢复等时间延迟。前瞻性护理通过维持体温正常, 加速麻醉药物代谢清除; 麻醉苏醒护理通过精准把控镇痛镇静药物使用时机, 在患者意识恢复初期按需给药, 预防苏醒期躁动^[11]。同时, 通过体位管理避免神经血管压迫, 监测动脉血气分析及及时处理呼吸道残留药物引发的通气障碍, 确保患者呼吸功能、意识状态及定向力快速恢复, 缩短麻醉后恢复进程, 提升苏醒质量^[12]。

综上所述, 子宫全切患者开展预防低体温为导向的前瞻性护理结合麻醉苏醒护理可有效改善凝血功能、应激指标、苏醒及麻醉质量, 值得应用。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 郭秋月, 赵婧, 刘婷婷. 综合护理干预在全身麻醉术后患者苏醒期体温管理中的效果研究[J]. 医药高职教育与现代护理, 2024, 7(4): 316-319.
- [3] 李媛, 雷红萍, 蒲军成. 以低体温预防为基础的前瞻性护理联合麻醉苏醒护理对子宫切除患者寒战发生率的影响[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2025(5): 140-143.
- [4] 周晓红, 刁仁梅, 张海军. 综合保温护理措施在预防经尿道前列腺电切术患者术中低体温发生中的效果[J]. 生命科学仪器, 2024, 22(1): 227-229.
- [5] 穆晨阳, 苏兵, 张少雄. 多部位体温监测联合体温控制的一体化护理预防肝移植术中患者低体温的研究[J]. 每周文摘·养老周刊, 2024(17): 0233-0234.
- [6] 乔端, 冯树全. 右美托咪定联合前瞻性护理对老年股骨颈骨折患者术后脑组织氧代谢的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2023, 7(7): 125-128.
- [7] 朱玢, 吴春梅, 杨芳, 栗光青. 以预防低体温为导向的前瞻性护理对全麻手术患者意识恢复及应激反应的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(31): 4303-4307.

- [8] 郝如.麻醉苏醒期护理配合保温护理在老年骨科手术患者中的应用及对苏醒期躁动的影响[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(7):0131-0134.
- [9] 张丽娟,张瑾萱,苏涛.全麻腹腔镜全子宫切除术患者麻醉苏醒期并发低氧血症相关因素及护理对策[J].中国计划生育学杂志,2024,32(11):2635-26392644.
- [10] 胡斐斐,李榕芳,钟丽萍.早期保温护理在ICU患者血液净化过程中低体温预防效果分析[J].中外医学研究,2024,22(36):95-98.
- [11] 徐晓慧,徐月圆,黄丽君,罗红梅,柯玉星.6S护理管理对预防腹腔镜直肠癌根治术患者围手术期低体温的效果[J].护理实践与研究,2024,21(5):681-687.
- [12] 夏娟,赵杨.基于策略优化管理模式的护理干预在预防高龄病人外科手术低体温中的应用[J].全科护理,2024,22(22): 4289-4292.
- 版权声明:** ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**OPEN ACCESS**