

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作用研究

蔡晓珊 张晓清* 宁柏杰 黄运娣 王娟
深圳市宝安区中医院手术室 广东 深圳 518133

摘要：目的：研究股骨骨折患者的临床护理措施，探讨应用手术室保温护理的效果，以及对患者术后凝血功能及低体温发生的作用。方法：在本院选取股骨骨折患者，将2023.05-2024.10期间行手术治疗的60例用作研究，按照电脑双盲法对患者均分两组进行护理，每组患者各占30例，对照组患者接受手术室常规护理，观察组患者实施手术室保温护理，分析对比两组护理效果：①凝血功能；②体温指标；③低体温情况；④护理满意度。结果：经护理干预后，观察组患者术后凝血功能四项指标均比对照组较优，（ $p < 0.05$ ），（ $p < 0.05$ ）；两组患者的体温监测显示，护理前体温差异不具有统计意义，（ $p > 0.05$ ），护理后观察组患者的体温显著更高于对照组，并与护理前相比，观察组患者体温明显提升，对照组下降，（ $p < 0.05$ ）；两组患者的低体温发生率相比较，观察组显著更低于对照组，（ $p < 0.05$ ）；通过调查患者的护理满意度，可见观察组更满意临床护理，其满意度远远高于对照组，（ $p < 0.05$ ）。结论：在股骨骨折患者的临床护理中，应用手术室保温护理的效果最佳，有效降低低体温发生率，减少对患者术后凝血功能的影响，值得推广。

关键词：手术室保温护理；股骨骨折；凝血功能；低体温

股骨骨折在临床骨科中十分常见，属于一种骨折性损伤，往往因外界暴力、高空坠落及碾压等因素所致，以此造成患者的下肢行动不便，且存在不同程度的疼痛，严重情况下还会出现畸形、扭曲等情况。通常情况下临床采取手术进行治疗，以便达到良好的预后效果，促进患者的肢体功能恢复，但手术作为侵入性操作，容易出现机体的应激反应，如体温的下降，增加低体温、凝血机制障碍等风险，进而对患者术后凝血功能乃至术后带来不良影响，为此应积极做好对患者的手术室护理干预，加强保温护理，以此规避患者的低体温反应，确保患者手术安全^[1-2]。基于此，本文主要研究近年本院收治的股骨骨折患者，将60例均分两组进行护理，旨在探讨临床应用手术室保温护理的效果，分析患者的术后凝血功能、低体温发生情况，现作出如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究2023.05-2024.10期间，在本院行手术治疗的股骨骨折患者，随机选取60例展开护理，按照电脑双盲法将其分成两组，对照组患者30例，男患者占15例、女患者占15例，年龄范围在52岁-90岁区间，平均（73.24±6.26）岁，受伤至入院时间在0.5d-6d，平均（3.11±1.04）d；观察组患者30例，男、女占比为16例：14例，年龄分布

52岁-90岁，平均（73.24±6.26）岁，受伤至住院时间在1d-5.5d，平均（3.14±1.09）d。对比分析两组患者临床基线资料，性别、年龄等方面差异均不显著，具备可比性，无统计意义，（ $p > 0.05$ ）。医院伦理委员会作出研究项目的审核且批准。

纳入标准：入选患者在X线、CT等影像学检查下，均符合股骨骨折的诊断标准；具备手术指征；患者及其家属自愿参与研究，签署知情同意书且配合完成调查。

排除标准：合并其他严重骨折；严重凝血功能障碍；手术禁忌症；麻醉过敏史；合并恶性肿瘤病变；严重精神障碍性疾病；临床资料不完整等。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者应用手术室常规护理：护理人员对患者进行术前访视，帮助患者进行术前检查，并完成术前准备工作。术前，严格核对患者信息，检查术中所用的设备、器械及药品^[3]；创建静脉通道，将患者处于合理体位，将患者私密位置进行遮挡，并使用毯子等将患者裸露在外的肢体进行覆盖，避免遮挡手术位置；调整手术室内温度与湿度在合理的范围内；术中护理人员有效配合主治医师，及时准确传递药品及器械，避免出现患者体内遗落器械情况。术后及时清理患者皮肤，并整理好衣物，将引流管固定好，推送至病房，并与护士进行工作交接，告知患者与家属术后相关注意事项。

通讯作者：张晓清，通讯邮箱：875185989@qq.com

1.2.2 观察组在对照组基础上给予患者手术室保温护理措施干预,具体措施如下:

①心理干预:护理人员积极与患者进行沟通,注重患者的情绪状态,引导患者主动阐述内心焦虑,并给予针对性的心理干预,耐心回答其疑惑,尽可能满足患者的需求,缓解患者紧张、不安的情绪,使患者以良好的心理状态面对手术,提升其治疗依从性。术中,护理人员全程陪伴患者,拉近其距离,消除紧张心理,避免患者发生应激反应^[4];

②环境干预:护理人员在患者术前半小时,将手术室温度调整在25℃左右,湿度保持在55%左右,从而降低患者身体散热;

③加强术前保温工作,使用低温治疗仪,维持手术台温度(36-37℃),针对术中需要的输注液体、冲洗液等,护理人员利用高温恒温培养箱对其进行加热,将温度保持在37℃,另外使用输血加温仪对术中所需要的血液进行加热,温度保持为37℃^[5];

④手术室保温干预:术前将患者推送至手术室期间,可选择棉被覆盖在患者身体上,避免因身体裸露在外导致体温下降,送至手术室后,手术区域暴露出来后,其余位置均给予覆盖,避免暴露。手术期间严格观察患者的体温数据变化,根据实际情况给予相对应的保温措施进行干预,若体温低于36℃,需立即告知医师^[6]。

⑤术后干预;手术结束后,护理人员密切观察患者的肩膀、四肢等位置的保温情况,避免患者体温下降,可将恒温加热毯覆盖在患者机体上,确保体温得到有效维持。并与病房护理人员做好交接工作,确保病房温度

适宜^[7]。

1.3 观察指标

1.3.1 凝血功能:在两组患者护理后,于清晨抽取5ml空腹静脉血,以全自动凝血分析仪,进行凝血功能四项检测,包括TT(凝血酶时间)、PT(血浆凝血酶原时间)、APTT(活化部分凝血活酶时间)、FIB(纤维蛋白原),准确记录两组检测数值。

1.3.2 体温变化:对两组患者护理前及护理后的体温变化情况进行密切监测与记录。

1.3.3 低体温情况:统计两组患者出现的低体温情况,计算其发生率。

1.3.4 护理满意度:以本院自制的护理满意度问卷,设定10题,每题10分,共计100分,调查两组患者对临床护理干预的评价情况,包括护理服务态度(3题)、主观感受体验(4题)、护理技能(3题),≥90分即患者十分满意;60-89分即患者比较满意;0-59分即患者不满意。满意度=十分满意率与比较满意率相加之和。

1.4 统计学分析

SPSS23.0软件针对研究数据进行统计分析,处理组间资料,计量以 t 进行检验,对比描述运用 $(\bar{x} \pm s)$,计数资料对比以 χ^2 进行检验, $(n, \%)$ 率用于描述,统计学意义按照 $p < 0.05$ 具有差异。

2 结果

2.1 对比两组患者凝血功能

下表1数据所示,在临床护理干预下,观察组患者术后凝血功能四项指标均远远远比对照组更优, $(p < 0.05)$ 。

表1 比较两组凝血功能 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数(n)	TT(s)	PT(s)	APTT(s)	FIB(g/L)
观察组(n)	30	17.38±1.55	11.33±1.22	30.21±3.54	4.18±0.28
对照组(n)	30	15.11±1.31	9.12±1.11	26.48±3.32	5.04±0.39
t值	-	6.527	7.843	4.553	17.819
p值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组体温变化情况

由表2结果可见,两组患者在护理前的体温差异无显著区别,组间数据不具有统计意义, $(p > 0.05)$,在护

理干预后,两组患者的体温明显发生变化,与护理前相比,观察组体温提高、对照组体温下降,相比之下观察组患者的体温显著高于对照组, $(p < 0.05)$ 。

表2 比较两组体温变化 $(\bar{x} \pm s)$,℃

组别	例数(n)	护理前	护理后	t值	p值
观察组(n)	30	36.58±0.17	37.39±0.33	14.499	<0.05
对照组(n)	30	36.62±0.14	34.54±1.12	11.726	<0.05
t值	-	1.709	15.539	-	-
p值	-	>0.05	<0.05	-	-

2.3 对比两组低体温情况

从表3数据上看,观察组患者与对照组患者的低体温发生率相比,显著可见观察组更低,两组数据差异具有统计意义, ($p < 0.05$)。

表3 比较两组低体温发生率[n (%)]

组别	例数 (n)	发生低体温	未发生低体温	低体温发生率
观察组 (n)	30	2 (4.55)	42 (95.45)	2 (4.55)
对照组 (n)	30	14 (31.82)	30 (68.18)	14 (31.82)
X ² 值	-	-	-	7.652
p值	-	-	-	< 0.05

2.4 对比两组护理满意度

经表4调查显示,观察组患者的护理满意度(97.73%),相较于对照组患者的护理满意度(79.55%)显著更高,可见观察组患者对临床护理干预更为满意, ($p < 0.05$)。

表4 比较两组护理满意度[n (%)]

组别	例数 (n)	十分满意	比较满意	不满意	满意度
观察组 (n)	30	21 (70.00)	8 (26.66)	1 (3.33)	29 (96.66)
对照组 (n)	30	17 (56.66)	7 (23.33)	6 (20.00)	24 (80.00)
X ² 值	-	-	-	-	12.591
p值	-	-	-	-	< 0.05

3 讨论

现如今,手术是治疗股骨骨折的首选且最为有效的方式,随着医疗技术水平的不断发展,临床骨折手术技术随之提升,实现对股骨骨折患者的关节重建,促使其受损关节得以恢复。但因手术属于侵入性操作,不仅创伤较大,同时患者还会受到术中的麻醉药物、血液流失及皮肤暴露等因素的影响,以此出现低体温反应,进而导致患者的小血小板功能遭受抑制,降低氧合血红蛋白的释氧能力,增加患者凝血功能障碍风险,造成患者术后凝血功能异常,甚至诱发机体内环境紊乱及酸中毒等情况,对患者的术后康复造成严重影响^[8]。

近年来,手术室保温护理在临床手术治疗中广泛运用,通过对患者的术前风险评估,制定针对性的预防计划,提前做好对患者、手术室的各项设备保温预热处理,以便患者进入手术室后便可维持恒定的体温,同时术中的各项保温处理,如手术物品的预热、液体的加热、保温毯或棉被等,最大程度上减少患者的热量流失,以及术后使用恒温加热毯对患者的肢体部位保温,

调整病房温度等,均可有效规避患者的低体温事件发生,维持患者良好的凝血功能^[9-10]。在本文研究数据上看,在临床护理下,观察组患者术后凝血功能指标、体温均显著比对照组患者更优,且观察组患者低体温发生率显著更低于对照组,同时观察组患者的护理满意度更比对照组高,两组数据差异具有统计意义, ($p < 0.05$)。由此说明,手术室保温护理对患者术后凝血功能的改善、低体温的预防具有积极作用。

综上所述,股骨骨折患者应用手术室保温护理的效果显著,有利于减少患者的低体温事件,以及对患者术后凝血功能的影响,具有临床推广价值。

参考文献

- [1]冯洪秋,曹婷婷.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改善作用[J].名医,2024,(06):96-98.
- [2]吴卫丽.手术室整体护理对老年股骨粗隆间骨折患者心理状态及不良事件的影响[J].名医,2023,(21):150-152.
- [3]李青,余正希.手术室强化保温护理对股骨颈骨折患者机体应激反应及凝血功能的影响[J].医疗装备,2023,36(06):153-155.
- [4]乜琳琳,聂双双.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].中国医药指南,2023,21(08):183-185.
- [5]张涵玲.手术室复合保温干预联合风险护理对老年高血压髌部骨折患者术中血压控制及并发症发生率的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2023,11(01):134-136+153.
- [6]陈锐沁,蒋倩敏.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作用研究[J].中国社区医师,2022,38(29):118-120.
- [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(02):100-102.
- [8]周海兰,梁丽燕.手术室保温护理在股骨骨折患者中的应用效果分析[J].医药前沿,2021,11(29):170-171.
- [9]钱玲玲.手术室护理中保温措施对老年股骨粗隆间骨折患者的效果探讨[J].中国社区医师,2021,37(27):151-152.
- [10]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(06):628-630.