

发伤的中重型颅脑损伤患者凝血功能和预后的影响[J]. 西部医学, 2019, 31(6): 894-899.

- [20] HUTCHINGS S D, NAUMANN D N, PHILIP H, et al. Microcirculatory impairment is associated with multiple organ dysfunction following traumatic hemorrhagic shock [J]. Critical Care Medicine, 2018, 46(9): e889-e896.
- [21] 陈懋, 杨林, 张红, 等. 限制性液体复苏对创伤休克患者外周血单个核细胞 TLRs/NF- κ B 信号通路及血清 SOD、AOPP 水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2018, 18(2): 352-355.
- [22] WANG H, CHEN M B, ZHENG X W, et al. Effective-

ness and safety of hypotensive resuscitation in traumatic hemorrhagic shock: a protocol for meta-analysis [J]. Medicine, 2019, 98(48): e18145.

- [23] 顾颖, 呈卫华, 孙春梅, 等. 胸腹部创伤合并出血性休克患者液体治疗的临床体会[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(8): 38-39.
- [24] 杨卫东, 杜力巍, 朱珊, 等. 乌司他丁对创伤失血性休克后胃肠功能障碍合并 MODS 患者炎症因子水平影响[J]. 创伤外科杂志, 2018, 20(12): 35-38.

(收稿日期: 2020-10-18 修回日期: 2021-02-18)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.14.028

全麻苏醒期保温护理对胸腔镜肺癌切除术患者不同时间段体温、应激反应指标及术后复苏情况的影响

吴梅

上海市第一人民医院麻醉科, 上海 200080

摘要:目的 探讨全麻苏醒期保温护理运用于胸腔镜肺癌切除术中的价值及对患者不同时间段体温、应激反应指标及术后复苏情况的影响。方法 采用回顾性分析的方法选择该院 2018 年 3 月至 2019 年 8 月纳入的 94 例胸腔镜肺癌切除术患者为研究对象, 其中 47 例患者实施全麻苏醒期保温护理作为研究组, 另 47 例患者实施常规护理作为对照组, 对比 2 组护理结果。结果 术前 2 组的体温比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 手术开始后 30 min、1 h, 术毕时研究组的体温明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。术前 2 组的肾上腺素、去甲肾上腺素水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 手术开始后 30 min、1 h, 术毕时研究组各项指标均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。研究组手术、麻醉后监测治疗室滞留、意识恢复、取出气管导管时长均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。研究组满意度为 95.74%, 明显高于对照组的 82.98%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 全麻苏醒期保温护理运用于胸腔镜肺癌切除术中效果明显, 能够有效稳定患者体温, 改善应激反应, 促进术后复苏情况, 患者满意度较高, 值得临床推广使用。

关键词: 应激反应; 肺癌切除术; 全麻苏醒期保温护理; 复苏; 胸腔镜

中图分类号: R734.2

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)14-2090-04

肺癌属于呼吸科常见的恶性肿瘤, 具有较高的发生率及病死率, 随着疾病持续发展, 病灶可向骨骼、脑部、肝脏等转移, 直接危及患者身体健康及生存质量, 甚至危及生命安全。临床多选择手术进行治疗, 其中以胸腔镜肺癌切除术较为常见, 取得了较高的应用价值^[1-2]。但手术过程中通常需要进行全身麻醉(简称全麻), 极易影响患者的体温调节中枢, 加上患者长时间的机体暴露、低温冲洗液与输注液体的温度较低等因素, 明显增加患者低体温现象产生的概率。相关研究显示, 全麻患者中低体温者约占 50% 以上, 受到医疗界重点关注^[3]。若手术过程中患者出现低体温现象后, 组织供氧变少, 对患者凝血功能、麻醉药物代谢速度造成极大影响, 甚至还可能降低术后苏醒质量, 因此除了常规手术治疗之外, 选择有效护理干预至关重要。若能够选择有效护理方式, 可维持患者正常体

温, 防止应激反应发生, 保证手术顺利完成, 促进术后苏醒, 为预后提供保障^[4-5]。近几年, 随着医疗水平及护理技术的迅猛发展, 全麻苏醒期保温护理被提出, 在稳定患者体温的同时, 还可减轻应激反应, 进而改善术后复苏状况, 促进患者早日康复^[6-7]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用回顾性分析方法选择本院 2018 年 3 月至 2019 年 8 月纳入的 94 例胸腔镜肺癌切除术患者作为研究对象, 选取其中 47 例患者实施全麻苏醒期保温护理作为研究组, 另 47 例患者实施常规护理作为对照组。研究组中男 25 例, 女 22 例; 年龄 28~71 岁, 平均 (53.49 ± 2.58) 岁; 鳞癌 15 例, 腺癌 11 例, 小细胞癌 8 例, 其他 13 例; 初中及以下学历 12 例, 高中及大专学历 20 例, 本科及以上学历 15 例。对照组中男 26 例, 女 21 例; 年龄 28~70 岁, 平均

(53.81±2.33)岁;鳞癌 17 例,腺癌 10 例,小细胞癌 10 例,其他 10 例;初中及以下学历 10 例,高中及大专学历 23 例,本科及以上学历 14 例。2 组基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:(1)均符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 版)》^[8] 中疾病诊断标准,并经过影像学等检查确诊,且在本院接受胸腔镜肺癌切除术;(2)患者基础信息齐全,中途未退出试验;(3)患者及家属掌握完整试验步骤,签订同意书;(4)美国麻醉师协会分级处于 I~II 级。

排除标准:(1)存在手术或者麻醉禁忌证者;(2)合并精神类疾病者;(3)经检查显示有肝肾疾病、慢性疼痛、心血管疾病、酗酒、营养不良者或者有感染发热者;(4)妊娠或者哺乳期女性。

1.2 方法 研究组:除了常规护理之外,给予全麻苏醒期保温护理。(1)术前主动与患者及家属进行有效沟通,并选择通俗易懂的语言方式介绍疾病、手术、麻醉的相关知识,同时告知麻醉可能造成的影响,讲解各种引流管的功效,为患者提供健康教育的同时给予一定心理疏导,使其抒发内心压力,减轻负性情绪。(2)手术前 1 h 选择加温毯对手术台进行加热,并在手术过程中密切关注患者的核心体温,一旦发现患者体温超出 37.5℃,应立刻暂停加热操作。(3)陪伴患者进入手术室,协助其更换衣物,盖好被子,保证体温,同时调整手术室内适宜的温湿度,使患者吸取加湿氧气。(4)密切关注手术区域的温度,调整加温毯,使其处于 38~44℃,并完全遮盖患者的肩部以下位置,另外选择手术中单遮盖在加温毯上,打开电源将温度调整至 43℃,若发现患者的鼻咽温度超出 37℃且呈现持续升高趋势时,应立即将温度调整成 38℃,使暖风经过导气管道进入加温毯中,随后经过遮盖在患者体表面的小孔流出,最终在患者体表呈现暖空气层。若处于冬季应适当提升手术中单厚度,并在条件允许的情况下帮助患者穿上棉裤,使其体温处于 36~37℃。(5)选择电子加温仪器对输注的液体进行加温,使其处于 37℃左右,并保证输注液体与机体温度相同,另外将冲洗液放在保温箱内实施保温,设置其箱内温度处于 42℃。(6)将气管导管与湿热交换器相连,维持患者呼吸的温湿度,必要时可在患者下肢给予压力带或者足盖,不仅保暖同时可保证患者静脉回流。(7)全麻苏醒期间,患者通常会出现体温降低现象,应提升重视程度,密切关注患者病情及体征改变,尽早选择加温毯进行加热,将加温毯置于棉质床单上,协助患者采取平躺位,同时连接加温毯与加温机,使其持续吹入加热的气体,并保证其温度处于 38~43℃。一旦发现患者肛温超出 37℃后可立即调整鼓风机温度。(8)手术结束后,将患者送至麻醉苏醒室,调整室

内合适的温湿度,选择加温毯将患者体温保持在 36~37℃,等待患者痛觉恢复后选择合适的镇痛镇静药物,密切关注体征及病情变化,检查患者呼吸状况,防止其因为躁动、疼痛而苏醒。

对照组:给予常规护理,术前全面掌握患者身体状况及具体病情,并进行麻醉风险评估,协助患者进行各项检查,掌握疾病史与用药史,提前做好术前准备工作。术中调整合适的温湿度,并保证手术台整洁、干净,协助患者采取舒适体位,常规消毒手术区域,选择薄被遮盖患者其他部位,其中上下肢可利用中单包裹,密切关注体温变化,必要时可加热输注液体与腹膜灌洗液。

1.3 观察指标 分别在术前,手术开始后 30 min、1 h、术毕时测定所有研究对象的体温水平,同时记录 2 组肾上腺素、去甲肾上腺素水平,观察 2 组手术、麻醉后监测治疗室(PACU)滞留、意识恢复、取出气管导管时长,最后出院时发放满意度调查问卷,对比 2 组护理结果。

满意度:选择院内自制调查问卷,总分 100 分,超出 80 分满意,60~80 分较满意,不足 60 分不满意,满意度=满意率+较满意率。

1.4 统计学处理 选择 SPSS18.0 统计软件对数据进行处理和分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组不同时间段的体温比较 术前 2 组的体温比较,差异无统计学意义($P>0.05$),手术开始后 30 min、1 h、术毕时研究组的体温明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组不同时间段的体温比较($\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$)

组别	<i>n</i>	术前	手术开始后 30 min	手术开始后 1 h	术毕
研究组	47	36.18±0.54	36.45±0.40	36.51±0.37	36.60±0.35
对照组	47	36.22±0.47	35.56±0.35	35.74±0.42	36.22±0.39
<i>t</i>		0.383	11.480	9.431	4.971
<i>P</i>		0.703	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 2 组不同时间段应激反应指标的比较 术前 2 组的肾上腺素、去甲肾上腺素水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),手术开始后 30 min、1 h、术毕时研究组各项指标低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组术后复苏情况比较 研究组手术、PACU 滞留、意识恢复、取出气管导管时长均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 2组对护理工作的满意度比较 研究组满意度为95.74%，明显高于对照组的82.98%，差异有统计

表 2 2组不同时间段应激反应指标的比较($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	n	肾上腺素			
		术前	手术开始后 30 min	手术开始后 1 h	术毕
研究组	47	131.62±17.69	130.58±16.24	188.62±18.93	162.54±17.51
对照组	47	131.20±17.25	351.02±22.08	324.67±20.15	326.98±19.23
t		0.117	55.137	33.736	43.347
P		0.907	<0.001	<0.001	<0.001

组别	n	去甲肾上腺素			
		术前	手术开始后 30 min	手术开始后 1 h	术毕
研究组	47	245.58±24.58	241.03±23.04	315.25±28.46	361.02±30.52
对照组	47	249.03±24.15	280.11±26.98	386.77±30.30	451.64±36.41
t		0.686	7.551	11.795	13.077
P		0.494	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 2组术后复苏情况比较($\bar{x} \pm s$, min)

组别	n	手术时长	PACU 滞留时长	意识 恢复时长	取出气管 导管时长
研究组	47	66.08±15.47	30.59±6.11	17.64±5.22	23.59±8.34
对照组	47	85.12±16.25	47.87±10.25	25.34±7.06	34.02±10.12
t		5.818	9.928	6.012	5.453
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 4 2组对护理工作的满意度比较[n(%)]

组别	n	满意率	较满意率	不满意率	满意度
研究组	47	24(51.06)	21(44.68)	2(4.26)	45(95.74)
对照组	47	20(42.55)	19(40.43)	8(17.02)	39(82.98)

3 讨 论

肺癌是指肺原发性恶性肿瘤,其发生机制尚无明确确定论,经研究发现可能与污染、吸烟、遗传、电离辐射、既往肺部慢性感染等因素有关,成为危害人们身体健康的主要疾病之一^[9-10]。临床治疗方式以胸腔镜肺癌切除术较为常见,能够有效挽救患者生命,但其对患者仍存在一定伤害,尤其是术中需要进行全麻,虽然能够降低患者疼痛,但可能会提升术后并发症的发生率,甚至还可能影响其基础代谢,引发严重应激反应,直接降低手术效果,导致预后较差^[11-12]。临床上全麻后护理方式较多,且不同护理方式可引发不同结局,因此如何选择至关重要。

临床既往多选择常规护理进行干预,虽然有一定应用价值,但效果并不明显,无法稳定患者体温,甚至还可引发应激反应,直接影响手术结果,不利于病情快速稳定。随着护理事业的完善发展,临床发现全麻苏醒期保温护理效果更好,能稳定患者手术前后的体

温,避免应激反应产生,降低对患者的伤害,提升疗效,保障预后^[13-14]。本研究结果表明,术前2组的体温比较差异无统计学意义($P > 0.05$),手术开始后30 min、1 h,术毕时研究组的体温明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术前2组的肾上腺素、去甲肾上腺素水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$),手术开始后30 min、1 h,术毕时研究组各项指标均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组手术、PACU滞留、意识恢复、取出气管导管时长均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组满意度为95.74%,明显高于对照组的82.98%,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示研究组可维持不同时间段的体温,同时改善应激反应,促进术后苏醒,提升满意度,避免医疗纠纷。全麻苏醒期保温护理通过健康教育、加温毯、加热输注液体等方式,有效降低了术后残存肌肉松弛剂,避免体温过低,维持患者生命体征稳定,促进病情快速恢复^[15]。其中充气加温系统可升高机体温度,利用加温毯遮盖在患者机体上,使其机体与加温毯构成热空气层,促进机体热量从表层向深层传递;同时热空气层可防止机体向周边环境传递热量,避免应激反应产生,为手术顺利完成提供保障^[16]。

综上所述,全麻苏醒期保温护理运用于胸腔镜肺癌切除术中效果明显,能够有效稳定患者体温,改善应激反应,促进术后复苏情况,患者满意度较高,值得临床推广使用。

参考文献

[1] 张春丽,徐志新. 术中保温对老年患者全麻 BIS 恢复时间及苏醒期丙泊酚效应室浓度的影响[J]. 海南医学, 2017, 28(15):2462-2464.
 [2] 周鸿志,杨朝坤,周正容. 全麻苏醒期保温护理对胸腔镜

- 肺手术患者麻醉及应激状况的影响分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(14): 1075-1078.
- [3] 孙琳, 朱丕雷, 王珊珊, 等. 全麻苏醒期保温护理对患者麻醉及应激状况的影响分析[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(18): 84-87.
- [4] 彭英华, 张凤. 老年全麻患者苏醒期低体温的危险因素及护理[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(7): 916-919.
- [5] 郭琪, 胡娟, 刘雁. 保温护理在全麻苏醒期患者护理中的应用及对应激状况的影响[J]. 中国社区医师, 2019, 35(21): 176-177.
- [6] 胡庆圆, 张成作. 保温护理对麻醉患者术后应激反应及并发症的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 14(1): 173-176.
- [7] 雷倩, 徐曙光, 蔡青, 等. 围术期保温护理对全麻患者麻醉苏醒以及应激状况的影响[J]. 包头医学院学报, 2019, 35(10): 79-80.
- [8] 中华医学会, 中华医学会肿瘤学分会, 中华医学会杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2018, 40(12): 935-964.
- [9] 陈燕勤, 邱灿金. 综合保温护理在腰椎固定全麻手术中的应用[J]. 浙江实用医学, 2018, 23(3): 224-226.
- [10] 耿静静. 手术室保温护理对老年胃癌患者全麻手术中低体温的影响[J]. 河南医学研究, 2019, 28(18): 3-4.
- [11] 王惠琴, 陈玲阳, 丛海涛, 等. 保暖复合右美托咪定预防关节置换术患者全麻后寒战反应的效果观察[J]. 护理与康复, 2016, 15(7): 665-668.
- [12] 薛红霞. 全胸腔镜解剖性肺段切除术 14 例围术期护理[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(2): 335-336.
- [13] 王慧君, 李妮. 全麻腹腔镜直肠癌术中应用综合保温护理对患者麻醉复苏情况的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(33): 174-176.
- [14] 王双. 不同护理措施对胸腔镜下肺癌切除术临床应用价值及满意度影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(5): 79-82.
- [15] 褚珊珊. 胸腔镜肺癌切除围手术期综合优质护理的效果评估[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(24): 162-164.
- [16] 吴艳, 汤婷, 李宁, 等. 肺癌胸腔镜肺叶切除术后患者疼痛的评估及护理[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(14): 183-184.

(收稿日期: 2020-10-22 修回日期: 2021-02-18)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.14.029

新疆地区女性 HPV 感染现状分析

张菊^{1,2}, 高超^{3,4}

1. 新疆医科大学第一附属医院妇产科, 新疆乌鲁木齐 830002; 2. 四川大学华西厦门医院妇产科, 福建厦门 361000; 3. 新疆医科大学第二附属医院神经外科, 新疆乌鲁木齐 830063; 4. 福建省厦门市马銮湾医院神经外科, 福建厦门 361000

摘要:目的 探讨新疆地区女性人乳头瘤病毒(HPV)基因型的流行和分布特征。方法 收集新疆医科大学第一附属医院及第二附属医院 2018—2019 年于妇科就诊的 10 240 例女性 HPV 检测结果, 检测方法采用 HPV 分型检测试剂盒(PCR+膜杂交法)获得基因分型。结果 新疆地区女性 HPV 感染率为 17.46%, HPV 单一型感染率为 13.31%, HPV 多重感染率为 4.15%。感染率转高的 HPV 基因型为 HPV16 型(3.04%)及 HPV52 型(2.87%)。新疆地区汉族女性 HPV 感染率为 17.27%, 其中单一感染率为 13.16%, 多重感染率为 4.11%; 维吾尔族女性 HPV 感染率为 16.28%, 其中单一感染率为 12.98%, 多重感染率为 3.29%, 其余民族间感染率均有一定不同。HPV 感染主要分布在 40~<50 岁(32.16%)年龄段。结论 新疆地区女性 HPV 感染率情况处于国内高位水平, 且 HPV 感染的主导基因分型与国内其他地区有所不同, 不同民族间感染情况存在差异, 需加强女性对 HPV 感染及定期行 HPV 筛查的宣传教育, 同时继续加强人们对 HPV 的认知以降低女性 HPV 的感染率及宫颈癌的发生率。

关键词: 人乳头瘤病毒; 新疆地区; 基因分型; 民族间差异**中图分类号:** R195.4**文献标志码:** A**文章编号:** 1672-9455(2021)14-2093-04

宫颈癌是妇科最常见的恶性肿瘤之一, 在全球范围内发病率居第 4 位, 近年其发病率呈上升趋势^[1], 有研究发现我国宫颈癌的病死率以每年 3.35% 的速度在递增, 并且 10 年增长率为 29.9%, 且发病年龄逐渐年轻化^[2]。人乳头瘤病毒(HPV)已被确定为宫颈癌的主要病因, 90% 以上的宫颈癌患者均与高危型 HPV 持续感染相关。世界卫生组织根据 HPV 基因型与宫颈癌及癌前病变的关系, 将 HPV 基因型分为

高危型、中危型和低危型。因此进行 HPV 筛查, 特别高危型 HPV 的筛查具有重要的临床意义。现阶段研究发现 HPV 的感染率和基因型分布在不同的地理区域有差异^[3]。新疆是一个多民族聚集的地区, 民族构成复杂。本研究旨在通过收集 2018—2019 年在新疆医科大学第一附属医院及第二附属医院就诊的 10 240 例女性 HPV 检测结果, 检测方法采用 HPV 分型检测试剂盒(PCR+膜杂交法), 以探讨新疆地区