

和 CD34, 偶见灶性表达 Des 和 SMA^[1], 但不表达 S-100^[3]。本组病例瘤细胞表达 CD34, S-100 无表达, 部分瘤细胞表达 SMA, 与文献报道一致。

2.3 鉴别诊断 需与 SAM 鉴别的软组织肿瘤很多, 若被误诊为恶性黏液性肿瘤将导致临床上的过度治疗, 因此, 除与良性的黏液性肿瘤鉴别外, 更应与恶性的黏液性肿瘤鉴别: (1) 浅表性低度恶性纤维黏液样肉瘤; (2) 黏液型恶性纤维组织细胞瘤; (3) 黏液性脂肪肉瘤; (4) 侵袭性血管黏液瘤; (5) 黏液性神经纤维瘤; (6) 神经鞘黏液瘤。还应与皮肤局灶性黏蛋白病、皮肤黏液瘤、黏液样梭形细胞脂肪瘤、血管肌纤维母细胞瘤以及伴黏液变性的皮肤附件肿瘤等相鉴别。

2.4 治疗和预后 SAM 至今未见有远处转移的报道, 但如果切除不干净可局部复发, 文献报道复发时间平均为 18 个月, 伴上皮成分者复发者复发率高于无上皮成分者, 因此临床上因尽量完整切除, 术后长期随访十分必要。该患者术后至今已 1 年 7 个月,

平均每 3 个月电话或门诊随访一次, 目前未见肿瘤复发情况。

参考文献

- 1 Okada Y, Mori H, Tsuji M, et al. A case of vulvar superficial angio-myxoma with necrotizing angitis-like lesions and expression of granulocyte-colony stimulating factor[J]. Pathol Res Pract, 2005, 201(2): 145-152.
- 2 Allen PW, Dymock RB, MacCormac LB. Superficial angio-myxomas with and without epithelial components. Report of 30 tumors in 28 patients[J]. Am J Surg Pathol, 1988, 12(7): 519-530.
- 3 Calonje E, Guerin D, McCormick D, et al. Superficial angio-myxoma: clinicopathologic analysis of a series of distinctive but poorly recognized cutaneous tumors with tendency for recurrence[J]. Am J Surg Pathol, 1999, 23(8): 910-917.
- 4 Nakayama H, Hiroi M, Kiyoku H, et al. Superficial angio-myxoma of the right inguinal region: report of a case[J]. Jpn J Clin Oncol, 1997, 27(3): 200-203.
- 5 Fletcher CDM. Diagnostic Histopathology of Tumors[M]. 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 2000: 1520-1521.

[收稿日期 2017-08-31][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

术前预热对患者术中低体温发作的保护作用

陈海燕, 伍玲令

作者单位: 411100 湖南, 湘潭市中心医院手术室

作者简介: 陈海燕(1980-), 女, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 术中患者护理。E-mail: 284856233@qq.com

[摘要] **目的** 评估术前预热措施对腹部及骨科手术患者术中低体温发作的影响。**方法** 选取该院 2012-04~2014-01 行全身麻醉腹部及骨科全麻手术患者 168 例。采用随机数字表法随机分为 4 个组。1 组为常规保温组, 共 41 例; 2 组为常规保温 + 充气加热毯预热组, 共 52 例; 3 组为常规保温 + 充气加热毯预热 + 手术室室温调高组, 共 39 例; 4 组为常规保温 + 手术室室温调高组, 共 36 例。持续监测体温变化, 直到患者从麻醉复苏返回病房。**结果** 4 组患者术中体温变化存在明显差异。单纯常规保温组中低体温发作率为 70.7% 明显高于其他保温组, 差异有统计意义 ($P < 0.01$)。**结论** 与常规保温措施相比, 在腹部及骨科手术的全麻手术中, 额外主动保温可有效预防患者术中低体温的发生。

[关键词] 预热措施; 腹部手术; 骨科手术; 全麻; 护理; 低体温

[中图分类号] R 473.57 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2018)03-0289-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.03.26

麻醉药物降低血管收缩的阈值从而使身体中心流向四周的血流减少, 使体温降低。手术患者不能自己调节体温^[1]。所以, 围手术期低体温成为手术患者常见并发症。美国麻醉护士协会 (ASPN) 指

南强调患者入室前手术室的预热^[2]。手术患者预热干预显示可减少术后疼痛的需求、缩短术后恢复和住院时间。尽管术前预热的益处多有报道^[3,4], 但是仍存在一定争议, 这些研究多基于不完整的证

据,且部分研究甚至得出相反的结论等^[5]。再者,很少有研究同时使用两种或两种以上保温方式且评估效果。所以为了制定围手术期低体温发作预防规范和靶定筛选易于出现低体温的患者,系统的研究是有必要的。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012-04 ~ 2014-01 行全身麻醉腹部及骨科手术患者 168 例。入组标准:患者年龄至少 > 18 周岁,且手术时间 > 1 h。手术包括开腹手术,髋关节置换术,膝关节置换术和腰椎融合术。排除标准:体重指数(BMI) > 30 kg/m²;发热 > 37.5 ℃;严重呼吸系统并发症(例如慢性阻塞性肺疾病,哮喘,肺纤维化)和心血管疾病(如冠脉综合征,外周血管疾病)。术中低体温发作定义为核心体温低于 36 ℃^[6]。研究经本院伦理委员会审查批准。患者知情同意。符合入选的 168 例患者使用随机数字表法随机分为 4 个组。1 组为常规保温组,共 41 例患者;2 组为常规保温 + 充气加热毯预热组,共 52 例患者;3 组为常规保温 + 充气加热毯预热 + 手术室室温调高组,共 39 例患者;4 组为常规保温 + 手术室室温调高组,共 36 例患者。各组年龄、性别、体重指数(BMI)等一般资料比较差异无统计学意义。见表 1。

表 1 四组一般资料比较[*n*, ($\bar{x} \pm s$)]

组 别	例数	性别		年龄 (岁)	BMI (kg/m ²)
		男	女		
1 组	41	18	23	52.80 ± 21.38	22.58 ± 2.02
2 组	52	23	29	50.52 ± 17.93	22.25 ± 1.68
3 组	39	25	14	52.31 ± 17.88	21.96 ± 2.08
4 组	36	12	24	46.06 ± 15.70	22.72 ± 2.15
<i>F</i> / χ^2	—	7.580		1.040	1.150
<i>P</i>	—	0.056		0.370	0.330

1.2 方法 1 组患者更换手术服后覆盖毯子,麻醉诱导结束后给覆盖充气加热毯,并设定温度在 42 ℃。手术结束后,用普通手术被单替换加热毯后送患者入麻醉复苏监护室(PACU)。2 组患者术前除接受常规护理外,入手术室后立即额外加用充气加热毯,视术前准备时间长短,平均覆盖加热毯的时间约为 20 ~ 30 min。3 组除接受 2 组的护理外,另外再接受调整入室前手术室温度的护理。室温在患者入室前调定在 21 ℃。在患者体位、手术铺巾准备及皮肤切开后室温再调回手术室医护人员舒适的温度(设定为 19 ℃)。而在手术结束还未揭开手术被单前将室

温再次调回 21 ℃。4 组接受常规护理和调整手术室温度的护理。体温测量点分别检测麻醉诱导前、麻醉诱导后的 5 min 内以及麻醉诱导后每间隔 15 min 测量一次。

1.3 器材 非侵入性耳温探测仪(BRAUN)用来测量患者体温。患者在术前、术中及术后均使用同一体温仪以保证测量的一致性和精确性。温度计和充气加热设备均由医院设备科定期检测以确保设备的安全性和精确性。

1.4 统计学方法 应用 SPSS22.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素方差分析,计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 四组患者围手术期相关情况比较 本研究 168 例患者均无一例要求额外保温。总体手术类型以腹部手术为主,但是各组间手术类型例数无显著差异。见表 2。

表 2 四组患者围手术期相关情况比较[*n*, ($\bar{x} \pm s$)]

组 别	例数	手术时间 (min)	静脉液体量 (ml)	手术类型	
				腹部手术	骨科手术
1 组	41	271.28 ± 72.77	2636.59 ± 681.03	30	11
2 组	52	265.32 ± 59.26	2396.50 ± 650.58	32	20
3 组	39	276.08 ± 60.82	2390.38 ± 688.48	24	15
4 组	36	295.72 ± 60.87	2439.17 ± 727.73	26	10
<i>F</i> / χ^2	—	1.710	1.200	2.350	
<i>P</i>	—	0.160	0.300	0.500	

2.2 四组患者围手术期体温变化情况比较 术前体温是患者进入 PACU 前测量的体温,而术后体温是指患者离开 PACU 时测量的体温。4 组患者手术前后体温变化无明显差异,而术中体温变化存在明显差异。1 组低体温发作率为 70.7% 明显高于其他组,而 2、3、4 组之间低体温发生率差异无统计学意义。见表 3。

表 3 四组患者围手术期体温变化情况比较[*n*(%), ($\bar{x} \pm s$)]

组 别	例数	术前体温 (℃)	术后体温 (℃)	术中低体温发作 次数
1 组	41	36.77 ± 0.42	36.82 ± 0.44	29(70.7)
2 组	52	36.85 ± 0.40	36.81 ± 0.37	7(13.4)
3 组	39	36.71 ± 0.41	36.79 ± 0.44	2(5.1)
4 组	36	36.68 ± 0.42	36.84 ± 0.47	5(13.8)
<i>F</i> / χ^2	—	1.270	0.470	59.050
<i>P</i>	—	0.230	0.950	0.010

3 讨论

3.1 目前国内外报道的围手术期低体温的发生率约为 25% ~ 70%^[7,8]。与围手术期意外低温相关的最严重并发症是心脏事件,如心律失常和心肌梗死^[9]。出血增多而随之输血需求也会增多从而导致凝血功能障碍、伤口愈合以及伤口感染等风险出现的几率增加^[10]。除了这些影响外,麻醉剂的作用也延长,外周血管收缩引起的皮下部分氧压在伤口区域下降。这也损害了氧依赖性多形核粒细胞的吞噬活性,从而增加了术后伤口感染的风险^[11,12]。

3.2 由于认识到围手术期低体温的后果,本研究目的在于测试各种干预措施对于低体温的影响,从而制定可能的标准护理方案来避免出现低体温带来的不良并发症。本研究中围手术期,核心温度都在同一位置测量,并采用相同的方法,保证测量温度的准确性及可重复性。根据我们的数据,围手术期入选患者体温有较大变化,且应用充气加热毯和调整手术室温环境有助于患者减少低体温的发生^[13,14]。根据美国麻醉护士协会(ASPAN),患者体温目标在患者进入 PACU 前 15 min 必须 $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ^[15]。本研究数据显示不同组别间的核心体温存在显著差异,因此,额外的体温干预措施在预防非计划围手术期低体温是有效的。

3.3 我们采用术前预保温的方法,术前预保温不仅有助于维持患者围手术期体温正常,还有利于:(1)术前保温,操作方便,不会干扰外科操作及手术切口^[16]。(2)预保温使静脉血管扩张有助于外周静脉导管的置放^[17]。(3)麻醉前保温,患者清醒可以配合进行保暖,有利于提高患者舒适度,降低保温相关不良事件的发生,提高患者满意度。(4)有助于缓解患者手术前紧张状态。4 组患者的术前、麻醉复苏后体温无明显差异强调了手术中确实存在诱导低体温发作的因素,同时证明了对患者进行保温的必要性。但本研究不足之处在于未能进一步鉴别不同预热措施间效果的差异,可能与样本量不够有关,值得继续深入研究。

参考文献

- 1 张玉红,患者术中发生低体温的原因及护理对策[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(z2):179.
- 2 De Mattia AL, Barbosa MH, De Mattia Rocha A, et al. Hypothermia in patients during the perioperative period[J]. Rev Esc Enferm USP, 2012, 46(1): 60–66.
- 3 de Brito Poveda V, Clark AM, Galvão CM. A systematic review on the effectiveness of prewarming to prevent perioperative hypothermia[J]. J Clin Nurs, 2013, 22(7–8): 906–918.
- 4 张颖. 预防手术中低体温的护理进展[J]. 护理研究,2008,22(16): 1413–1415.
- 5 李莉,刘静云. 手术室专科护理热点问题研究现状[J]. 中国护理管理,2017,17(8): 1009–1013.
- 6 刘小颖,吴新民. 围术期低体温[J]. 中华麻醉学杂志,2003,23(9): 712–714.
- 7 金歌,刘延锦,王俊平,等. 不同保温温度对腹部手术患儿体温变化的影响[J]. 中华护理杂志,2016,51(5): 583–586.
- 8 Knaepel A. Inadvertent perioperative hypothermia: a literature review[J]. J Perioper Pract, 2012, 22(3): 86–90.
- 9 吴荣,石丽,魏艳艳,等. 心脏移植术后体外膜肺氧合支持治疗的监护[J]. 中华护理杂志,2010,45(1): p. 17–19.
- 10 洪华,谢小玲,黄小红,等. 术中保温对低体温创伤手术患者预后的影响[J]. 中国实用护理杂志,2008,24(33): 15–16.
- 11 Leaper D, Ousey K. Evidence update on prevention of surgical site infection[J]. Curr Opin Infect Dis, 2015, 28(2): 158–163.
- 12 刘永宁. 术中保温对胃癌术后 SSI 发生率的影响[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(17): 33–34.
- 13 赵晶. 综合保温技术在预防术中低体温中的应用[J]. 全科护理,2017,15(11): 1314–1316.
- 14 Zeba S, Surbatović M, Marjanović M, et al. Efficacy of external warming in attenuation of hypothermia in surgical patients[J]. Vojnosanit Pregl, 2016, 73(6): 566–571.
- 15 Hooper VD. Adoption of the ASPAN clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia: a data collection tool[J]. J Perianesth Nurs, 2006, 21(3): 177–185.
- 16 陶永红,孙荣,王倩. 系统性保温措施对减少腹腔手术后并发症的效果观察[J]. 中华护理杂志,2008,43(8): 700–701.
- 17 程苏红. 保温护理干预对泌尿外科腔镜手术患者围手术期低温及寒战的影响[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(36): 57–58.

[收稿日期 2017-09-27][本文编辑 韦颖]