参考文献：

[1] 王在国. 肝癌的综合治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(4): 443-444.

[2] 杜清友, 王福生, 徐东平, 等. 新型免疫活性细胞CIK体外对肝癌细胞的杀伤[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(8): 863-866.

[3] 杜清友, 刘明旭, 王福生, 等. CIK细胞体内外抗肝癌细胞作用[J]. 中国癌症杂志, 2001, 11(4): 325-327, 330.

[4] 施 明, 张 冰, 汤紫荣, 等. 肝癌患者自体细胞因子诱导杀伤细胞治疗后免疫活性细胞的检测及其临床意义[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(23): 2049-2053.

[5] 施 明, 王福生, 张 冰, 等. 自体CIK细胞治疗肝癌的安全性和有效性评价[J]. 解放军医学杂志, 2004, 29(4): 333-335.

(编辑 栾 嘉)

经验交流

文章编号：1000-5404(2006)05-0486-02

胃大部切除术后胃瘫综合征原因分析及护理

宋 娟，杨新华，疗建梅，晋 玲 （第三军医大学西南医院普通外科，重庆 400038）

胃大部切除术后残胃胃瘫综合征（postsurgical gastroparesis syndrome, PGS）是一种手术后的非机械性梗阻，是以胃排空延迟为主要临床表现功能性胃排空障碍，也称为胃术后胃无力症。我院近10年来胃大部切除术后发生PGS的24例。现报告如下。

1 临床资料

1.1 术后PGS的诊断标准[1]

①经1项或者多项检查提示无胃流出道机械性梗阻；②胃引流量每日超过800 ml，持续时间超过10 d；③无明显水、电解质、酸碱平衡失调；④无引起胃瘫的基础疾病，如糖尿病、甲状腺机能减退、结缔组织疾病等；⑤未应用影响平滑肌收缩的药物。

1.2 一般资料

本组24例均符合上述诊断标准，并经稀钡和泛影葡胺造影证实。其中男性18例，女性6例。年龄21~80(54.2±7.8)岁。恶性肿瘤（胃癌、十二指肠及壶腹部、空肠平滑肌肉瘤）22例，良性病变（胃溃疡伴穿孔、瘢痕性幽门梗阻）2例。

1.3 结果

所有患者均采用保守治疗，同时积极治疗原发病。经过禁食、持续胃肠减压、高渗温盐水洗胃、全胃肠道外营养、维持水电解质及酸碱平衡，静滴制酸剂抑制胃酸分泌，联合应用促进胃肠蠕动的药物如西沙必利、吗丁啉（洗胃后经胃管注入），静滴胃复安、红霉素等治疗后，均治愈出院。

2 病因及发病机制

由于对术后胃瘫的诊断时间的标准不同，报道发病率为0.3%~10%，趋向于采用术后10 d作为统一标准，因为患者通常在术后10 d胃肠功能基本恢复，可以正常进食，从而便于判断、减少诊断偏差，给予及时的处理[2,3]。到目前为止，国内外多数学者认为PGS是由于多种因素诱发或者改变了正常神经激素和肌源性因素对胃排空的调节而引起，PGS的发生很难用一种因素解释，目前认为主要和以下原因有关。

2.1 精神神经因素

由于患者对手术及预后思虑过多，精神处于极度紧张状态，或术后仍继续受刺激。其原因可能是较强的应激反应引起植物神经功能紊乱，特别是激活的交感神经不仅可以通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元抑制胃动力，还可以通过抑制交感神经末梢释放的儿茶酚胺直接与胃平滑肌细胞膜上的α和β受体结合，抑制胃平滑肌细胞收缩[4]。

2.2 胃迷走神经损伤

切断迷走神经后，近端胃的容受性舒张功能丧失；远端胃蠕动性收缩减弱；损害了小肠异位起搏电位的抑制，引起胃窦压力波和十二指肠慢波分离，使固体食物滞留相延长。

2.3 胃解剖结构及胃内环境的改变

胃十二指肠在解剖结构和生理功能上是一个连续统一体。胃大部切除术后，胃大弯侧起搏点部分或者全部丧失，可导致PGS；胃大部切除后胃肠道重建使统一体丧失功能，毕Ⅰ式和毕Ⅱ式吻合均可发生残胃PGS，但以毕Ⅱ式多见，因为毕Ⅰ式更接近胃的正常生理通道，有利于胃肠的协调运动，毕Ⅱ式由于胆汁胰液反流入残胃导致胃内环境改变，使残胃充血、水肿，炎症加重。

2.4 胃肠肽类激素分泌功能改变

胃大部切除术后兴奋性胃肠肽类激素如胃泌素、胃动素分泌水平降低，残胃运动能力受到抑制。抑制性胃肠类激素如胆囊收缩素、胰泌素，亦有抑制残胃排空的作用。

3 护理

3.1 心理护理

因为在术后恢复期发生腹胀呕吐等症状，患者出现焦虑、

作者简介：宋 娟(1965-)，女，四川省崇州市人，主管护师，主要从事普通外科临床护理方面的研究。电话：(023)68765270

收稿日期：2005-06-23；修回日期：2005-10-02

烦躁、害怕再次手术等现象。患者精神高度紧张,迷走神经处于抑制状态,症状则不易恢复,并由此造成恶性循环。因此,心理护理是胃瘫恢复的基础。本组患者为胃手术且手术均较大,住院时间长,术后恢复期延长,患者心理负担很重。一旦确诊为胃瘫,即向患者耐心讲解胃瘫的基本病因、转机和治疗过程,一般情况下不需要2次手术。消除其紧张心理,以增强患者战胜疾病的信心;并告之胃瘫患者的饮食注意事项等,使患者及其家属掌握疾病恢复知识,主动配合治疗。

3.2　持续胃肠减压的护理

胃肠减压可减轻因食物,胃液刺激所致的胃黏其他膜水肿,促进胃张力恢复。胃瘫确诊后立即给予持续胃肠减压,并在床头挂禁食标志。胃瘫患者留置胃管时间长,操作前通过宣教和疏导帮助患者提高认知水平,以取得其配合。胃管妥善固定,保证患者活动;一次性负压吸引器每日更换,并使吸引器始终处于负压水平。每天准确记录胃肠减压管引流出的胃液量、颜色、气味,每日对插入胃管的一侧鼻孔行生理盐水清洗,去除鼻腔干痂,黏其他膜表面、皮肤涂红霉素眼膏,防止胃管压迫鼻腔黏其他膜出现破溃感染。同时注意口腔清洁,每天早晚用1∶5朵贝氏液进行口腔护理各1次,预防口腔感染。必要时采用雾化吸入以减轻胃管对咽喉部带来的不适。胃瘫患者胃管留置时间往往较长,不能轻易拔除,如果胃液引流量明显减少,可夹闭胃管观察1~2 d,如果患者没有出现腹胀、呕吐等不适,再拔除胃管,可避免反复插管加重患者负担。

3.3　营养支持的护理

完全胃肠道外营养(total parenteral nutrition, TPN)能抑制消化液的分泌,从而使胃肠道得到较好休息[5],胃瘫出现初期,尽早使用TPN提供营养支持,对恢复胃壁功能,阻断恶性循环有明显作用。本组输液途径:均采用中心静脉留置管输液,将所有营养支持药物按"全合一"营养混合液专人配入3 L袋。配置营养液要严格执行无菌操作原则,配置过程应在层流室中进行,营养液现配现用且在24 h内输完。穿刺点每天用安尔碘消毒并更换敷料,并以透明无菌敷帖覆盖。输液前检查导管是否在血管内,输液结束用肝素盐水或生理盐水5 ml静脉推注封管,防止回血堵塞。对于长时间输注TPN的患者,应定期监测血糖、电解质,每天准确记录出入量,防止水电解质酸碱平衡失调。

3.4　药物治疗的护理

每天用40 ℃左右的3%温盐水洗胃以减轻胃黏其他膜和吻合口的水肿,促进胃张力的恢复。应用促进胃肠蠕动的药物如吗丁啉、西沙比利等要充分研磨加少量温开水经胃管注入。注入时协助患者取半卧位,抽尽胃液,再缓慢注入药液。每次注入药物后再注入20 ml温开水,保证把药物注入胃内,且要夹管1 h,保证药物充分吸收。本组病例自确诊后开始联合应用盐酸甲氧氯普胺、西沙比利及红霉素。因胃瘫初期应使胃得以充分休息,且临床观察此阶段应用促胃动力药物效果不佳。因此,在试用3 d上述药物后应观察症状有无改善,如无改善可停用以上药物2~3 d,避免此阶段无张力胃过于"疲惫"。本组10例2~3 d后再用上述药物,以帮助残胃"休息",使之恢复动力。

3.5　呕吐的舒适护理

舒适护理强调的是简单的护理活动加高难度的舒适研究,又称"双C护理模式",是使人在生理、心理、社会上达到最愉快的状态或缩短降低其不愉快的程度[6]。患者呕吐后,告知患者放松,不要紧张,并及时清除呕吐物,用漱口水彻底漱口,更换污染的衣物。

3.5.1　病室内环境要求　病室内温度一般保持在20~22 ℃,相对湿度保持在50%左右。避免过冷或过热刺激,减少探视者及物品过多导致病室杂乱拥挤,空气不流通诱发呕吐,让患者处于一种轻松愉快安静的治疗环境中,从而减轻呕吐的症状。

3.5.2　消除异味　气味是引起呕吐的重要因素,食物气味过重,过分香、甜,以及人体发出的气味如汗臭、腋臭、脚臭等;病室开窗不及时,空气不流通所致的浊气,均可引起或加重呕吐。嘱患者及时擦干汗液,勤换内衣,保持个人、室内卫生和室内空气流通,消除异味。

3.5.3　松弛疗法　慢节律呼吸是松弛训练中的一种,同时音乐和歌声能提高患者的身体健康,转移注意力,可指导患者看幽默杂志,在病房内播放轻音乐,使患者转移注意力,减轻焦虑,达到放松的目的。

3.6　活动指导

由于患者在术后恢复阶段发生胃瘫,表现出紧张、恐慌心理,加上留置胃管引起的不适患者一般不愿意活动。此时必须向患者耐心解释,并指导患者进行下床活动。早晨未进行治疗前可到室外散步,平时在室内活动,以促进胃肠蠕动,增加肺通气量,有利于分泌物的排出,防止肺部并发症的发生。每次活动不宜过累,以自己满意为止,且必须有护士或者亲属陪伴,防止意外发生。

关键词:胃排空障碍;护理

中图法分类号:R473.6　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] 刘凤林,秦新裕.根治性胃大部切除术后胃瘫综合征的回顾性研究[J].中华胃肠外科杂志,2002,5(4):245-248.

[2] 蔡志民,刘全达,余佩武,等.术后功能性胃排空障碍的诊断和治疗25例临床分析[J].重庆医学,2003,32(6):723-724.

[3] 赵云平,王如文,蒋耀光,等.食管胃吻合术后胃排空障碍探讨[J].消化外科,2004,3(1):43-45.

[4] 秦新裕.胃大部切除术后胃肠动力紊乱[J].中国实用外科杂志,1999,19(6):325-326.

[5] 杨维良,迟　强,孙士波.全胃肠外营养在胃大部切除术后残胃排空延迟综合征治疗中的应用[J].临床外科杂志,1995,3(5):274.

[6] 萧丰富.萧氏舒适护理模式[M].第6版.台北:华杏出版有限公司出版,1998.

(编辑　薛国文)