维普资讯 http://www.cqvip.com

效甚佳。

4 重视参观手术及参加诊疗操作

见习是医学生进行临床实践的开始，学生见习外科最大的愿望是能够参观手术，能亲自进行一些简单的诊疗操作。但实际临床见习带教过程中多没给他们这样一个机会，甚至有人认为这些都是实习时应该参加的。可是，对于无菌技术、切口选择，敷料更换、拆线等基本操作过程，其感性认识极强，在口头上均难于讲清。如能安排学生参观一台小型手术，在参观洗手、穿衣及铺单等时讲解无菌技术，在手术开始时讲解切口选择；如能在带教过程中指导学生进行一次正规的外科换药，边操作边讲解，会得到事半功倍的效果，学生也非常欢迎。作为带教老师，回想起自己接触临床后第一次进手术室、第一次进行外科诊疗操作至今仍记忆犹新，终生难忘。

5 讨论

每天见习结束前对当天见习内容进行讨论和小结是极为重要的，具有画龙点睛的作用，精练绝妙的总结会帮助学生迅速再现见习全过程，加深印象，提高见习效果。而且在了解学生见习效果的同时，可对下一步教学安排和方法及时进行调整。

外科临床见习带教工作繁琐，过去有人认为见习不同于实习，带学生在病房走走看看，对临床工作有点感性认识就行了。这种观点是非常不负责任，外科临床见习具有重要的桥梁作用，对学生将来实习和毕业后从事临床工作影响很大。深化教学改革对见习带教老师提出了新的要求，即其要有强烈的工作责任感，要有扎实的理论知识和较丰富的临床经验，要在带教实践中不断改进教学方法。

国内外目前都已将临床教学作为培养医学生的重要手段。运用多种教学方法，积极进行教学研究和教学改革，不断丰富教学经验，是提高教学质量的关键。重视并认真实施临床见习对培养高素质的医学人才有着举足轻重的作用。

[参考文献]

[1] 杨善珍，董 新，吕宪玉. 探索适合大专生外科学课堂教学方法[J]. 中国局解手术学杂志，2001，10(4)：404.
[2] 张 洁，孙大成，史占军，等. 临床外科教学现状及改革的设想[J]. 中国局解手术学杂志，2002，11(2)：156.

（编辑：兰阳军）

·个案与短篇·

18例胃手术后并发胃无力的观察及对策

赵媛莉，程 琳，陈晓曼
（重庆第三军医大学附属西南医院普通外科，重庆 400038）

[关键词] 胃无力；对策
[中图分类号] R683.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0054-01

胃无力是胃术后的并发症，表现为胃功能性排空障碍，即胃对食物的排空延迟。常见于胃大部切除术或迷走神经切断术后，但也可发生于胃其他手术后。适当严格的非手术治疗可以治愈，但常常对本病认识不足，误认为是机械性梗阻而再次手术，加重病情，带来了不良后果[1-3]。本文对2000年1月至2003年11月诊治的18例术后胃无力病人，经采用对症保守治疗和相应的护理措施，均取得满意疗效，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组18例中，男11例，女7例。年龄16～78岁（平均51.1岁）。其中胃十二指肠溃疡行胃大部切除术3例，胃癌根治术12例，高选迷切加胃窦粘膜切除术2例，单纯胃空肠吻合术1例。主要症状是停止胃肠减压、拔除胃管后，进流质或改进半流质时，出现上腹饱胀、恶心、频繁呕吐，可无排气排便，胃镜证实无机械性梗阻。病例出现症状时间为术后4～14 d，术后4 d停止胃肠减压即出现症状者3例，术后5～7 d进食流质后出现症状者11例，8～14 d进食半流质饮食后出现者4例。

1.2 治疗

1.2.1 一般治疗 禁饮禁食，持续胃肠减压，高渗温盐水或普鲁卡因洗胃，促胃动力药物，如胃复安、吗叮啉、西沙必利、氨甲酰甲胆碱等；应用肠内或肠外营养补充水、电解质、热量、维生素及微量元素等。

1.2.2 中医治疗 针刺足三里、中脘、合谷、梁丘，新斯的明1 mg足三里穴位注射，陈皮、香附、制半夏、大黄各10 g，干姜6 g水煎，1剂每天2次服。

2 结果

18例胃无力病人中，13例在术后17～20 d恢复；3例在术后第4周恢复；2例在术后第5周恢复。

3 讨论

3.1 早期发现

拔除胃管后注意观察病人有无餐后饱胀、恶心、呕吐等胃

（下转64页）

[收稿日期] 2003-09-10 [修回日期] 2003-11-12

维普资讯 http://www.cqvip.com

[2] 徐达传. 手功能修复重建外科解剖学[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 62-64.
[3] Grodinsky M, Holyoke E. The fasciae and fascial spaces of the palm[J]. Anat Rec, 1941, 79: 434-436.
[4] Gardner E. Anatomy[M]. 2ed. New York: John Wiley and Sons. 1941.135-139.
[5] 李桂桐. 手筋膜间隙及其临床意义[J]. 中华外科杂志, 1964,12(7):642-645.
[6] 曲智勇,程国良,郝铸仁. 实用手外科手术学[M]. 第2版. 北京:人民军医出版社,2003.35-37.
[7] 康晓东. 医学图像的数字化处理技术[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社,2002.253-260.
[8] Spitzer V M, Whitlock D G, The visible human dataset: the anatomical platform for human simulation [J]. The Anatomical Record, 1998, 253(2): 49-57.
[9] 张绍祥,刘正津,谭立文,等. 首例中国女性数字化可视人体数据集完成[J]. 第三军医大学学报,2003,25(4):371.
[10] 崔高宇,张绍祥,刘正津,等. 丘脑的薄层断面定位解剖和三维重建[J]. 第三军医大学学报,2003, 25(7):579-582.
[11] 郭燕丽,张绍祥,刘正津,等. 首例中国可视化人体心脏三维重建及临床意义[J]. 第三军医大学学报,2003,25(7): 569-571.
[12] 左焕琛. 电子计算机三维重建用于手解剖研究的初步探讨[J]. 解剖学报,1986,9(6):237-242.
[13] 张绍祥,何光篪,刘正津. 手掌部动脉的微型计算机三维重建及其临床意义[J]. 第三军医大学学报,1989,11(6):409-414.
[14] Rita M, Patterson ME, Karen W, et al. Carpal bone anatomy measured by computer analysis of three-dimensional reconstructions of computed tomography images[J]. J Hand Surg, 1995, 20A:923-929.

(编辑:张集建)

(上接54页)

无力的早期临床症状,及时向医疗人员反映,取得准确诊断和治疗,可避免盲目手术探查给病人带来的巨大痛苦和经济负担。

3.2 禁食与胃肠减压

及时禁食,有效持续胃肠减压,仔细观察引流液的量、颜色、性质,切勿病情稍有好转就停止胃肠减压。插管时将胃管插至胃底部(胃管插入60~65 cm,选择细而刺激性小的胃管),使残胃处于空虚状态,留置胃管期间,保持胃管通畅,严格掌握药物注入时间、夹管时间以保证效果,待每日胃液引流50 ml时,间断夹管,同时密切注意肠蠕动和肛门排气情况[4-5]。

3.3 全胃肠外营养

术后胃无力,恢复时间较长,因此需要留置深静脉导管给予全胃肠外营养,补充足够能量、蛋白质、微量元素和治疗用药。但胃无力病人由于禁食、手术、肿瘤等原因常伴有免疫力低下,多为静脉留置导管感染易感人群,细致的静脉留置导管护理,如每日消毒、每日更换一次性敷贴、使用精密过滤输液器能够有效预防导管相关感染的发生。

3.4 口腔护理

持续胃肠减压的病人要加强口腔护理,1:5 000呋喃西林液清洗口腔每日3次,预防口腔溃疡、感染发生。

3.5 预防肺部感染和肠粘连

置胃管期间应用生理盐水、糜蛋白酶高频震动雾化吸入每日2~3次,嘱病人深呼吸,有效咳嗽咳痰;早期协助病人翻身、拍背、四肢肌肉按摩与肌肉收缩运动等,以促进痰液排出和胃肠蠕动。

3.6 鼓励正常活动

胃无力患者多能够生活自理,除输液、休息时间外应鼓励适当活动(包括户外活动),既可促进胃肠功能的恢复,也能增强病人信心。

3.7 饮食护理

术后进食过早或进高脂、高蛋白饮食是造成胃潴留、加重胃壁水肿引起胃无力的重要原因。因此术前、术后均应告诉病人及家属拔管后饮食宜清淡、少量,循序渐进,保证营养[6]。

3.8 其他护理

随着医学模式的转变,任何单纯疾病的症状护理向以病人为中心的生理、心理及社会因素的护理及健康教育的转变。有文献认为本病的发生与病人的情感因素有关。术前向病人详细介绍病情、手术大致过程、预后及需要病人及家属配合的方面,避免病人对手术期望过高,一旦术后餐后饱胀、频繁呕吐致不能进食,就对手术及预后产生怀疑、沮丧、恐惧、惊慌心理。这种不良的情绪变化可引起胃肠道的变化,延缓胃的消化和排空。因此,加强对胃手术病人的健康教育,使病人了解知识,合理饮食,客观评价术后疗效,让病人感觉正在康复之中,积极配合。

[参考文献]

[1] 余佩武. 胃术后胃无力症的的诊治(附9例报告)[J]. 重庆医学,1998,27(6):376-377.
[2] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M],第4版. 北京:人民卫生出版社,1998.984.
[3] Bar-Natan M, Larson GM, Stephens G, et al. Delayed gastric emptying after gastric surgery[J]. Am J Surg, 1996, 172(1): 24-28.
[4] Kung SP, Lui WY, Peng FK. An analysis of the possible factors contributing to the delayed return of gastric emptying after gastrojejunostomy[J]. Surg Today, 1995, 25(10):911-915.
[5] Rabine JC, Barnett JL. Management of the patient with gastroparesis[J]. J Clinic Gastroenterol 2001; 32(1):11-18.
[6] Mahesh C, Sriram K, Lakshmiprabha V. Extended indications for enteral nutritional support[J]. Nutrition, 2000,16(2):129-130.

(编辑:兰阳军)