维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

根治性全胃切除术后的护理

石家庄市第一医院外科 茹彦敏

（河北石家庄，邮政编码 050011）

根治性全胃切除范围广泛，有时需合并胰尾、脾切除，对机体干扰损伤大，并且胃癌患者年龄偏大，全身营养状况欠佳，虽经充分的术前准备，但术后并发症较多，故术后护理质量的高低，可直接影响手术的效果和病人的愈合，我院自 1989～1993 年共行根治性全胃切除 17 例，术后效果满意，现结合临床浅谈护理体会如下：

一、术毕回房搬运病人时动作要轻稳：注意各种管道避免脱落，了解麻醉方式及手术中病人的情况，全麻病人去枕平卧位，头偏向一侧以防舌后坠及呕吐物阻塞呼吸道，严密观察病人生命体征的变化，术后 4～6 小时时取半卧位，以减轻伤口痛疼利于引流。

二、密切观察尿量及各种引流管的引流量和性质：保证各引流管的通畅，勿使其扭曲，折叠，尿道接无菌尿袋，腹腔引流接负压吸引器或无菌瓶，胃肠减压必须保证有效，每 2～4 小时用少量温盐水冲洗一次，以防血块堵塞，详细记录出入量，为治疗提供可靠依据。

三、加强基础护理，病人气管插管全麻后，术后腹部刀口痛疼，咳嗽反射受到抑制，同时气管内分泌物较多，易并发肺部感染，应鼓励病人有效的咳嗽，协助拍背排痰，以增加肺活量，预防肺炎、肺不张，痰多且粘稠者可行雾化吸入，每日 4 次或 2～4 小时一次，每次 15～20 分钟，配方如下："生理盐水 50ml、庆大霉素 8 万 n，氯美松 5mg、小糜蛋白酶 5mg"。由于术后维生素类消化吸收受到影响，病人易发生口角炎，口腔溃疡，多发性神经炎，故术后应加强口腔护理和皮肤护理。

四、注意饮食护理，术后 3 天禁食，待胃肠功能恢复后可停胃肠减压进流食，开始从营养管内注入或口服少量温开水、果汁、稀米汤、鲜豆浆、加营素等，病人无适逐渐增多，但一般每次不超过 200ml，注意营养液的温度，以免引起腹泻，7～10 天逐进半流，2 周后可试行普食，试行性进食应注易少量多餐，温度适宜，不食生冷硬食，食物应易消化且富于营养。若发生吻合瘘的病人，因体液丢失过多，易引起电解质紊乱及酸碱平衡失调，营养摄入困难，而单靠静脉所给的营养液经济负担又较重，故可从鼻饲管注入营养液，如牛奶、米粥、果汁、藕粉、加营素等，即满足了体内所需能量及营养的要求，同时也减轻了病人的经济负担，有效地保证了吻合口瘘患者的康复。

五、搞好心理护理：胃癌患者多存在不同程度的恐惧心理，我们严格执行保护性医疗制，根据病人不同层次的文化修养，耐心做好病人的思想工作，避免不良语言的刺激，调动起病人自身抗御疾病的积极因素，使其以最佳的心理状态渡过手术和术后恢复关。

六、注意并发症的观察：1. 出血的观察：由于手术剥离面大，术中血管结扎不牢或线结滑脱，易导致渗血或出血。如病人出现烦燥不安，面色苍白，脉搏加快，血压下降，呼吸急促，此时要判断出血的部位及量。腹腔内出血时病人常述腹痛，查看病人可发现满腹压痛，反跳痛，肌紧张等体征，如引流量较少，应注意观察引流管是否通畅；消化道内出血常伴有恶心、呕血或胃管内抽出大量鲜血，甚至黑便，但腹部体征不明显。发现问题应及时报告主管医生并做好抢救准备。2. 食管空肠吻合口瘘的观察，此并发症是该手 （下转第 8 頁）

尿管，术后留置导尿管时间要长，要注意无菌操作。

参考文献

1. 沈慰，何三光主编．直肠癌根治术，实用普通外科手术学第 1 版．辽宁教育出版社 1989：433.

2. 喻德洪．直肠癌根治术式选择，实用外科杂志 1993；13（4）207.

3. 喻德洪．肠造口治疗进展，实用外科学杂志 1990；10（8）：394.

（收稿日期：1994—11—19）