维普资讯 http://www.cqvip.com

278 消化道功能性疾病 护理 56

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.3

消化道功能性疾病的心理致病因素及护理

任存格*

R573 R673.5

随着生物—心理—社会医学模式的建立，各种精神因素如抑郁、焦虑、精神紧张等在疾病的发生、发展中的作用已逐渐被医学界人士认识，特别是在消化道功能性疾病中，精神因素的作用已在其发病机制中占据重要地位，现将笔者的浅析及护理体会报告如下。

一、临床资料

1.一般情况：本组共46例，女12例，男34例，年龄最小16岁，最大70岁，平均年龄46岁，通过ZUNG自我评定焦虑量表(SAS)显示，T分＜40分(正常)仅一人，占2%；41～55分者(轻度)11例，占24%；56～70分(中度)31例，占67%；T分＞71分(重度)4例，占9%。

2.病理基础

①消化性溃疡人们很早就认识到是属于心身疾病的范畴，其机理如下：

②当患者精神紧张、情绪激动等精神因素存在时，可引起大脑皮层功能失调，植物神经系统(前下丘脑→迷走神经核→迷走神经)功能紊乱。当迷走神经异常兴奋时，通过刺激胃体壁细胞和G细胞，使胃酸分泌过高。

③一般患者病前血中的胃蛋白酸原的水平较高，在心理社会因素刺激下，通过内分泌系统(下丘脑→垂体→肾上腺轴)的调节作用，使肾上腺皮质激素增加，促进胃酸、蛋白酶的分泌，抑制胃粘液的分泌，均可诱发消化性溃疡的形成。纽约Gornell大学教授Wolf对精神紧张或抑郁状态下的各种内脏活动变化，特别是消化道的反应作过研究，经过临床观察到在恐怖、失望情绪下胃的蠕动与分泌可能停止。在抑郁恢心时，肠蠕动呈抑制状态，改变了胃肠道消化期间的动力。

3.临床表现：饥饿样不适感、返酸、嗳气、具有周期性、节律性的上腹部钝痛、烧灼痛。胃溃疡多在餐后1/2～1h出现，至下餐前消失；十二指肠溃疡，多在餐后2～4h出现，进餐后缓解。

二、护理体会

1.心理护理：作为护理人员要具有丰富的心理学知识，了解患者的生活环境、生活习惯，找出心理症结所在，进行一步步的启发诱导，青年患者往往具有独立自主、焦虑悲观，闭锁孤独、自卑、自怨等心理特点，容易产生急于了解病情、急于治愈，急于出院的心情；中年患者关注疾病对个人前途命运的影响较之关注疾病对躯体的影响更甚，容易因疾病预后不良陷入忧心忡忡、失落、自卑等不良心理状态之中；老年患者往往有失落，孤独无助感。因执违拗，过分依赖感心理特征，常因家人未能及时探视而导致寂寞，被遗弃感，焦虑感更剧。临床护士应根据不同患者的不同年龄段的心理特点，结合病人实际，进行客观评估，针对患者的症结所在，采取有效的心理护理措施。①心理护理成功的关键是病人对护士的信任、密切交往是取得病人对护士信任的首要方法。除增加交往的频率，缩小与病人的时空距离外，还要讲求交往的质量，交往的深度，防止病人产生被冷落、疏远、误会等不良心理反应。②护士应特别注意涉及病人切身利益的一些实际问题，如夫妻关系、孩子抚养、职务晋升等问题要给予真诚的关心，并主动帮助解决，如做好单位和家属探视工作，选择适当的时机与方法，给病人提供病情方面的信息(如疗效、用药、预后等)。尊重并满足患者合理又可能解决的需要，创造良好和谐的情绪氛围，护士要用自己乐观、热情稳定的情绪去感染病人，使其安心休养。③热情诚恳，尊重病人的人格，护士热情体贴和蔼可亲的举止对于疾病的治疗也起着至关重要的作用，在正规、合理用药基础上对患者的早日康复会起到促进作用。所以，临床护士应用耐心，诚恳的的态度、亲切的话语去抚慰患者，以解除患者心理上的失落、孤独感。

2.生活护理：要创造舒适优美、安全的休养环境，根据患者的生活习惯，合理安排饮食起居，保证充足的睡眠，引导患者正确认识并对待自己的疾病。做好卫生宣教，指导患者按时服药，养成良好的有规律的生活习惯。

(收稿：2000-05-02)

* 作者单位：100089 北京市海淀区空军466医院内一科

278-279 胆道术后 T管引流 早期夹管 57

胆道术后T管引流早期夹管临床观察

高 彤* 郝治中* 王 炬* 王国立**

R657.4

我们自1995年3月至今对胆道术后部分病例试行早期夹闭T型管，获得较好的临床效果，现报告如下。

一、资料与方法

选择胆总管探查阴性或单发结石且无明显胆管炎症状者

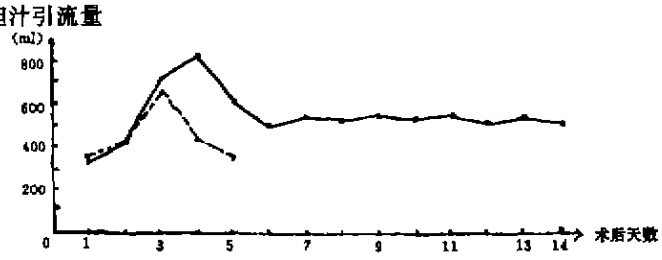
* 作者单位：050011 河北省石家庄铁路中心医院
** 衡水哈励逊国际和平医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

14例，其中男性8例，女性6例，年龄46～66岁。分为两组，观察组6例，对照组8例。术中证实胆总管远端通畅，放置T型引流管，术后T管与引流袋相接悬吊床边。观察每日胆汁引流量，定期复查血电解质情况。观察组于术后3天将T型管外端抬高至腋中线上10～15cm、术后5天夹闭T型引流管。对照组于术后14天夹闭T型管。

二、结果

T型管引流时间及胆汁引流量见附表。术后每日胆汁引流量的趋势见附图。电解质检查对照组术后一周出现低血钾2例。观察组电解质复查均在正常范围，无不良反应，食欲及食量观察组较对照组有明显改善。



附图 术后每日胆汁引流量变化

附表 T管引流时间及胆汁引流量

	平均引流天数	平均胆汁引流量
观察组	5	2390ml
对照组	14	7650ml

注：P<0.01

三、讨论

自Kummell及Kehr报告胆总管切开及T管引流以来、本术式已被应用，对胆总管结石、解除梗阻、引流减压、缓解炎症是安全可靠的术式之一。有人主张对胆总管探查阴性或病变较轻的病人行胆总管一期缝合，这样可以减少术后带"T"管的麻烦和痛苦，缩短术后住院时间，减少胆汁、体液丢失，避免术后T管所致并发症。而我们认为胆总管切开探查术后必须常规放置T型管引流，这样可以有效防止术后可能出现的胆漏，预防胆汁性腹膜炎的发生。

人体每日分泌的700～1000ml肝胆汁是重要的含电解质消化液，故胆汁的肝肠循环是保持人体胆酸池恒定的重要环节。胆道手术T型管引流按常规2周后窦道形成经造影胆道正常，夹管24h后无不适，方可以拔管。由于胆汁大量丢失可造成电解质紊乱，酸碱平衡失调，肠道吸收功能障碍，肝功能损害等不良后果。有学者于胆道术后第3～5天，经T型管测定胆道压力及胆汁流量，了解胆道下段是否通畅及oddi氏括约肌张力，以决定早期夹闭T管。我们对胆总管探查阴性或单发结石部分病例术后3天抬高T型外端，胆汁流量明显减少，胆总管远端通畅、胆总管远端炎症水肿已基本消退。早期夹闭T型引流管减少胆汁丢失，观察组平均胆汁丢失较对照组明显减少。故我们认为早期夹闭T型管对于减少电解质丢失、减轻酸碱平衡失调、改善食欲及消化功能有一定的临床意义，有益于病人术后的恢复。此方法不需要特殊设备、仪器，简便易行。

（收稿：2000-01-03）

77P-280 先天性胆总管囊肿 诊断 的外科手术 58

先天性胆总管囊肿的诊断与手术治疗

R657.4

杨铁成* 黄继红*

胆总管囊肿是一种先天性胆道畸形，临床多见于小儿，成人较少见。胆总管囊肿合并感染时病人表现腹痛、高热及黄疸，严重者还可穿孔并发腹膜炎及中毒性休克，甚至危及性命。自1979年至1998年间，我们共收治7例，（其中有三例为成人巨大性胆总管囊肿），均经手术治愈，现通过病案分析，结合文献学习将诊治体会报道如下。

一、临床资料

例1，女，2岁。腹痛发热三天，查：巩膜微黄，右上腹触及包块，局部压痛明显，莫非氏征（+）。临床检验：①BWC：20.0×10^9/L；②肝功：ALT 25°，其余各项正常，胆红质34.2mmol/L，胃肠透视：十二指肠受压向左移位。术中见胆总管梭形扩张，呈囊状，最大横径3.5cm。手术方式：胆总管囊肿与十二指肠吻合术。

例2，女，7岁。右上腹阵发疼痛一周，发热及黄染，查：巩膜、皮肤黄染，右上腹触及块并压痛。临床检验：①WBC：18.6×10^9/L；②肝功：ALT 30°；③胆红质34.2mmol/L。B超：胆总管扩张，形成囊肿改变。术中见胆总管扩张呈囊状，最大横径4.0cm。手术方式：胆总管囊肿与十二指肠吻合术。

例3，男，6岁。上腹及右上腹疼痛加重2天，发热。查：巩膜无黄染，右上腹触及包块及压痛。临床检验：①WBC：14.8×10^9/L；②肝功：ALT 25°；③胆红质小于17.1mmol/L。B超：胆总管囊状扩张。术中见胆总管囊状扩张，最大横径5.0cm。手术方式：囊肿切除重建胆道后与肠做Roux-y吻合术。

例4，男，3岁，腹痛一天伴呕吐及发热，查：右上腹有压痛并触及包块。临床检验：①WBC：16.4×10^9/L；②肝功：ALT 25°；③胆红质小于17.1mmol/L。B超：胆总管囊状扩张。术中见胆总管囊状扩张，最大横径3.5cm。手术方式：胆总管囊肿与十二指肠吻合术。

例5，男，28岁。反复发作性右上腹痛十余年，加重三天，伴发热，恶心呕吐。查：巩膜皮肤黄染，右上腹触及包块并有压

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山钢铁公司立山医院外科