DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.07.017

的技术，借助 *Xho* Ⅰ和 *Bgl*2 两个酶切位点重组了 MD2 反义基因。通过酶切鉴定及序列测定，证实了重组 TLR4 及 MD2 反义基因的真核表达载体构建成功，为后续实验奠定了基础。

参考文献：

[1] Schwartz D A. The role of TLR4 in endotoxin responsiveness in humans [J]. J Endotoxin Res, 2001, 7(5): 389-393.
[2] Miyake K. Innate recognition of lipopolysaccharide by CD14 and toll-like receptor 4-MD-2: unique roles for MD-2[J]. Int Immunopharmacol, 2003, 3(1): 119-128.
[3] 李永旺，毛宝龄，钱桂生. 内毒素诱导的 TLR4-MD2 信号传导通路[J]. 中国药理学通报，2002，18(2)：121-125.
[4] 李永明，赵玉琪. 实用分子生物学方法手册[M]. 北京：科学出版社，2000. 123-133.
[5] Raizada M K, Francis S C, Wang H, *et al*. Targeting of the renin-angiotensin system by antisense gene therapy: a possible strategy for the long-term control of hypertension [J]. J Hypertens, 2000, 18(4): 353-362.

（编辑 薛国文）

文章编号：1000-5404(2004)07-0603-01

个案与短篇

术后胃瘫的护理

Nursing care of patients with postoperative gastroparesis

饶 芸，宋 娟，蔡志民 （第三军医大学西南医院普通外科，重庆 400038）

术后胃瘫是指腹部术后胃肠动力紊乱所致的非机械性胃排空延迟所导致的临床症状[1]。我科自 1995 年 5 月至 2003 年 5 月收治了 21 例胃瘫患者，为提高对本病的认识及采取有效的护理与防治方法，现将护理措施介绍如下。

1 临床资料

21 例胃瘫患者，男 12 例，女 9 例。年龄 21～78 岁（平均 53.5 岁），各种类型的胃切除、胃空肠吻合术 5 例，胰十二指肠切除术 4 例，胃空肠吻合术 8 例，高选迷走神经切断术 1 例，其他非胃部手术 3 例；患者主要表现在术后拔除胃管进食后，上腹饱胀或压迫感，呕吐含胆汁胃液，听诊肠鸣音减弱或消失。对各患者均采用保守治疗包括：禁食，持续胃肠减压，高渗温热盐水洗胃，完全胃肠外营养（TPN），静滴制酸剂和糖皮质激素，间断输入新鲜全血或血浆，胃管内注入促进胃肠动力的药物，同时积极治疗并发疾病。其中 10 例在发病后 17～21 d 恢复，5 例在第 4 周恢复，4 例在第 5 周恢复，仅 2 例在 7 周后恢复。

2 护理措施

心理护理：术后胃瘫的患者需再行胃肠减压时，易出现厌烦、不配合、焦虑心理，给治疗、护理带来了困难。应关心体贴患者，让患者明白本病属于功能性病变，采用保守治疗可以治愈，以及胃肠减压的必要性。使其积极配合胃肠减压的正常进行。

胃肠减压的护理：选择柔软胃管，减压过程中配合按压合谷、内关穴位可减轻不适。并且严密观察胃液的色泽、性状、液量，保持胃管通畅。胃管内注入药物后立即用温生理盐水冲管，防止阻塞。

完全胃肠外营养的护理：选择适合的营养液，配置过程严格无菌操作，注意药物的配伍禁忌；24 h 内均匀输入；防止管道扭曲、堵塞；不可经深静脉管道输血、抽血。

药物治疗及观察：临床应用的促进胃肠动力的药物主要有 3 类[2]：多巴胺受体阻滞剂、刺激胃动素受体和 5-羟色胺受体拮抗剂。以上药物联合应用有协同作用，但应注意观察其副作用。

饮食指导：胃动力恢复后，患者应少食多餐，禁食产气食物，餐前 15～30 min 及睡前服用促胃动力药物。进流食 2～3 d 若无不适，可予半流质 2～3 d，感觉良好可停用药物，仍予半流质 2～3 d，无不适后改软食，但食量不能多，多进一些含钾的食物。

3 讨论

胃瘫是以胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征，常见于腹部手术后。研究认为主要是手术激活了抑制性交感神经反射系统，使胃交感神经活动增强，胃肠动力受抑，残胃弛张无力，不能通过蠕动将食物排入空肠内[3]。本病的主要临床特点为腹部手术后数日肛门曾恢复排气，但胃肠减压解除后不久即出现腹胀呕吐，进食后症状加重，再禁食减压症状缓解，再解除减压恢复饮食，症状又复出现，无机械性硬阻之征象，持续 7 日以上无改善。针对这些特点，我们通过加强心理护理，消除患者的紧张心情和恐惧心理，采取禁食、持续胃肠减压、胃肠外营养等措施，19 例患者在 5 周内胃动力恢复。在护理中，我们体会到，当胃瘫症状消失、解除胃肠减后，饮食指导至关重要，要告诫患者循序渐进，切忌操之过急，暴食暴饮，避免病情的反复。

关键词：胃瘫；护理
中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 蔡志民，刘全达，余佩武. 术后功能性胃排功障碍的诊断和治疗 25 例临床分析[J]. 重庆医学，2003，32(6)：723-724.
[2] Rabine J C, Barnett J L. Management of the patient with gastroparesis[J]. J Clin Gastroenterol, 2001, 32(1): 11-18.
[3] 陈 涛，周庆贤，田伏洲. 胃大部切除术后残胃功能性排空障碍的诊断和治疗[J]. 中国实用外科杂志，1999，19(6)：341-343.

（编辑 王 红）

作者简介：饶 芸（1975-），女，四川省大竹县人，主管护师，主要从事普通外科护理方面的研究。电话：(023)68754000-73172
收稿日期：2003-07-22；修回日期：2004-01-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net