

识的掌握,改善了护理人员对 HIV 感染者的态度,但彻底消除护理人员转变对艾滋病的歧视态度是一个长期过程,需要进一步的深化培训。在艾滋病的防控工作中,反歧视教育任重道远。

参考文献

- [1] 张磊,李晶华,张维璐,等.西部地区业务再培训医务人员中艾滋病知识、态度和行为调查[J].中华疾病控制杂志,2009,13(4):461-464.
- [2] 王芳,王云霞,马丽娜,等.农村居民艾滋病歧视态度和行为的影响因素分析[J].中国健康教育,2008,24(8):569-571.
- [3] 石超明,赵丽明,廖婷.困难、困境及对策:任重道远的中国反艾滋病歧视[J].医学与社会,2012,25(1):5-8.
- [4] 王东升,朱海林.艾滋病防控中宽容策略的道德两难及对策研

究[J].中国医学伦理学,2012,25(3):362-364.

- [5] 胡显玲,夏晓清,徐小芹.临床护士艾滋病防护知识、行为调查与干预[J].中华医院感染学杂志,2009,19(11):1403-1405.
- [6] 沈宝荣.临沂市医务人员艾滋病相关知识态度调查[J].中国热带医学,2008,8(2):345-347.
- [7] 李现红,何国平,王红红.艾滋病相关羞辱与歧视的研究[J].中华护理杂志,2007,42(1):78-80.
- [8] 丁雪,郝利俊,王毅,等.综合医院医务人员消除艾滋病歧视综合培训效果评价[J].中国社会医学杂志,2009,26(1):46-48.
- [9] 绳宇.正确的职业防护在反对艾滋病歧视中的作用和意义[J].中华护理杂志,2009,42(12):1072-1074.
- [10] Liu M, Liu J, Yu D, et al. Survey on the training needs and HIV/AIDS knowledge and attitude among 1292 public health workers in the city of Beijing[J]. Chin JAIDS STD, 2009, 13(2): 130-133.

收稿日期:2015-06-02 编辑:王国品

· 护 理 ·

腹腔镜胃癌根治术患者术后胃瘫综合症的护理体会

赵丽君, 杨甜, 邓欢, 张彩霞, 苏琳, 刘宏斌

兰州军区兰州总医院普外科, 甘肃 兰州 730050

摘要:目的 探讨腹腔镜胃癌根治术患者术后胃瘫综合症的护理方法,总结经验。方法 回顾性分析 2008 年至今已完成腹腔镜胃癌根治术 1 594 例中发生术后胃瘫综合症 61 例患者的临床资料。所有患者确诊后及时给予心理疏导、禁食、胃肠减压、营养支持、应用促进胃肠动力药物等治疗及护理措施。结果 61 例患者经及时的治疗及精心的护理均痊愈出院,治疗时间 13~48 d,平均 25 d 治愈。经治疗后患者进食后无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等症状,行上消化道造影检查示胃蠕动正常,吻合口通畅。随访半年无复发。结论 个体化的心理护理,持续胃肠减压的护理,营养支持治疗、必要的药物治疗及其护理,对改善术后胃瘫综合症患者的预后、促进患者早日康复有着十分重要的意义。

关键词: 腹腔镜; 胃癌根治术; 术后胃瘫综合症; 护理

中图分类号: R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)10-1380-03

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,发病率、病死率高,是当前危害我国人民身体健康的重大疾病。在我国 90% 的患者发现时已为进展期胃癌,目前根治性手术仍是进展期胃癌患者最主要的治疗手段,也是胃癌患者获得治愈的唯一途径^[1]。近年来随着微创外科的进步,腹腔镜胃癌根治术因其微创优势得到了快速发展和广泛的应用,取得了良好的治疗效果。但腹腔镜胃癌手术因其技术难度高、操作复杂,术后可能会导致各种并发症,严重影响着患者的预后及生活质量。术后胃瘫综合症(PGS)是腹腔镜胃癌手术

术后严重并发症之一,治疗困难,预后差^[2]。早期积极果断的治疗及精心护理对改善患者预后、降低病死率具有重要意义。我科自 2008 年至今已完成腹腔镜胃癌根治术 1 594 例,效果满意,取得了良好的社会效益。1 594 例患者中并发术后胃瘫综合症 61 例,发生率 3.8%,经过有效的治疗及护理均痊愈出院。现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 61 例,男 47 例,女 14 例;年龄 35~72 岁,中位年龄为 54 岁;贲门胃底癌 6 例,胃体癌 13 例,胃窦癌 42 例。所有患者术前经胃镜及病理活检明确诊断后行腹腔镜胃癌根治术,手术步骤按照 2007 版腹腔镜胃癌手术操作指南进行^[3]。本组患者

于术后 4~7 d 肛门排气后进流质改半流质饮食期间出现上腹部饱胀不适,恶心呕吐,呕吐物为大量胃内容物及少量胆汁,吐后症状可暂时缓解。查体:上腹部膨隆,轻压痛,有振水音,肠鸣音减弱或消失,无气过水声。胃肠减压量 900~2 000 ml/d,行上消化道泛影葡胺造影或胃镜检查示残胃扩张无力,胃蠕动减弱或消失,造影剂排空延迟,吻合口水肿,无吻合口梗阻征象。61 例患者均符合 PGS 诊断标准^[4]。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对确诊为 PGS 的患者及时给予心理疏导,消除患者的紧张及恐惧心理;禁食水、持续胃肠减压,应用 3% 高渗盐水 200 ml + 地塞米松 10 mg 洗胃,每日 3 次;甲氧氯普胺 20 mg 肌内注射,每 6 小时 1 次;红霉素 0.5 g 静脉滴注,每日 3 次;多潘立酮或西沙必利胃管注入,每日 3 次;维持电解质及酸碱平衡;加强营养支持,采用中心静脉穿刺置管行肠外营养治疗,经胃镜留置鼻空肠营养管行肠内营养治疗。

1.2.2 心理护理 精神因素是引起 PGS 的原因之一,因此做好心理护理非常重要。因 PGS 治疗时间长,患者易产生烦躁、焦虑等情绪,因此护士要及时观察患者情绪并给予相应心理护理,以帮助患者稳定情绪,消除顾虑,增强其战胜疾病的信心。加强与患者及家属的沟通交流,告知患者及家属 PGS 的原因及预后,取得患者及家属的理解和配合。

1.2.3 持续胃肠减压的护理 持续胃肠减压可减轻因食物或消化液刺激所致的胃黏膜水肿,是治疗胃癌的重要措施^[5]。操作前要向患者说明留置胃管的目的、作用及可能出现的不适。操作时动作要轻柔,取得患者配合。留置胃管后妥善固定,防止滑出或脱落,定期冲洗,避免堵塞。要保持有效的负压,观察并记录胃液的性质及引流量,做好鼻腔、口腔护理。待病情好转后夹闭胃管,指导患者进少量饮水或流质饮食,观察 2~3 d,如无腹胀、恶心、呕吐,可予以拔除。

1.2.4 营养支持治疗的护理 PGS 发生早期对患者行营养支持宜选择肠外营养,以减少消化液分泌,使胃肠道得到充分休息。肠外营养途径首选中心静脉穿刺置管,治疗期间做好深静脉导管的护理,防止导管堵塞、脱落、感染等相关并发症。营养液配置严格无菌操作技术,配置的营养液在 24 h 内输完。肠外营养治疗期间应定期监测血糖、肝肾功电解质及酸碱平衡,并准确记录 24 h 出入量,发现问题及时纠正。中后期宜选择肠内营养以维持肠道黏膜的机械和免疫屏障,使代谢更符合生理性,减少胆汁淤积、肝功能损害等并发症的发生^[6]。肠内营养选择经鼻空肠营

养管途径,应用电子营养泵均匀、缓慢输注,输注过程中用加温器维持 37~40 ℃ 的温度。输注过程遵循从低浓度到高浓度、由少到多、由慢到快、循序渐进的原则。在肠内营养应用过程中若患者出现恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻等症状,立即调慢滴速或关闭并通知医生及时进行处理。患者病情好转,胃肠蠕动恢复后可指导其进食少量流食,并逐渐向半流食过渡,每次进食量以 100 ml 以内为宜,进食间隔时间 2 h 以上,进食后不要立即平卧,保持半卧位 30 min 以上。

1.2.5 药物治疗的护理 胃动力药物对 PGS 的治疗有一定疗效,常用的药物主要有多潘立酮、甲氧氯普胺、西沙比利、新斯的明及红霉素等。同时可以适当应用高渗盐水 + 激素洗胃,对消除胃黏膜水肿、恢复胃肠功能有较好的效果^[7]。用药期间严密观察患者的药物反应,观察症状有无改善,及时调整用药剂量。

1.2.6 其他护理 患者呕吐时注意头偏向一侧,防止误吸或窒息,可给予止吐药物对症处理,并及时清理患者的呕吐物,记录呕吐物的量、性质,注意观察患者病情变化;患者病情允许时,鼓励并指导患者多下床活动,向患者及其家属讲解下床活动的好处,活动时注意各管道的妥善固定。

2 结果

因采取了综合护理措施,本组患者发生 PGS 后经心理引导均能良好配合治疗和护理;持续胃肠减压中,未发生呼吸道感染、咽喉部炎症和溃疡、水电解质紊乱等并发症;实施营养支持疗法中,因发现问题及时纠正,未发生导管堵塞、脱落、感染及鼻、咽、食管等损伤、溃疡、瘘等并发症;采用胃动力药物过程中无 1 例因药物不耐受而中断治疗;剧烈呕吐时,无 1 例发生误吸或窒息。61 例患者经积极果断的治疗及精心护理均痊愈出院,无 1 例 PGS 采用手术治疗;治疗时间 13~48 d,平均 25 d 治愈。经治疗后患者进食后无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等症状,行上消化道造影检查示胃蠕动正常,吻合口通畅。随访半年无复发。

3 讨论

PGS 是指以胃功能性排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征^[8]。胃癌术后 PGS 发生率为 0.4%~5.0%,本组发生率 3.8%,与文刚等^[9]报道相符。PGS 的发生机制尚未明确,可能与以下因素相关。(1)精神因素:患者对手术存在焦虑和恐惧情绪,精神处于极度紧张状态,体内一系列激素水平发生改变,如激肽酶、5-HT4、儿茶酚胺、糖皮质激素等,

导致胃平滑肌蠕动功能减弱,促进了 PGS 的发生^[10]。

(2)手术因素:远端胃大部切除术后胃肠交感神经活性增强不仅抑制胃动力,还可通过交感神经末梢释放的儿茶酚胺直接作用于胃肠平滑肌细胞膜上的受体抑制平滑肌收缩。近端胃大部切除术后迷走神经离断,残胃的蠕动功能受到严重影响。另外文献报道术中淋巴清扫程度、消化道重建方式的选择同样影响着术后残胃的排空功能^[11-13]。(3)麻醉镇痛药物的使用:麻醉镇痛药物的使用是 PGS 发生的危险因素^[14]。麻醉镇痛药物抑制交感神经、兴奋迷走神经,停用后交感神经的阈值下降,而迷走神经的阈值上升,导致胃肠动力减弱,胃排空障碍。(4)患者因素:相关研究表明术前低营养状况、幽门梗阻会导致胃壁及吻合口水肿,为胃癌术后 PGS 的危险因素^[15-16]。

综上,PGS 的发生可能与多种因素有关,一旦发生,严重影响患者的预后,增加了患者的痛苦和经济负担,临床采取积极有效的治疗及护理措施是改善患者预后、促进患者康复的关键。我们的经验表明,及时有效的心理护理对消除 PGS 患者不良心理起着非常重要的作用,可取得患者的良好配合,缩短患者病程。治疗过程中重点加强持续胃肠减压的护理,营养支持治疗、必要的药物治疗及其护理等,对改善 PGS 患者的预后,促进患者的康复具有十分重要的意义。

参考文献

- [1] 黄昌明,林建贤.腹腔镜胃癌根治术合理应用及疗效评价[J].中国实用外科杂志,2011,31(8):672-674.
- [2] 饶芸,李雪玲,骆群,等.腹腔镜胃癌根治术后并发症分析和护理对策[J].重庆医学,2008,37(10):1086-1087.
- [3] 余佩武,王自强.腹腔镜胃癌手术操作指南[J].中华消化外科

杂志,2007,6(6):476-480.

- [4] 秦新裕,刘凤林.术后胃瘫的诊断与治疗[J].中华消化杂志,2005,25(7):441-442.
- [5] 胡彬,庄翔,杨晓军,等.食管癌,贲门癌术后胃瘫综合征的预防与非手术治疗[J].肿瘤预防与治疗,2014,27(4):181-184.
- [6] 张腾,孙现军.肠内营养支持在胃瘫治疗中的作用[J].中国现代普通外科进展,2014,17(7):546-548.
- [7] 邹金艳,林军.术后胃瘫综合征的诊断与治疗[J].国际消化病杂志,2014,34(2):99-102.
- [8] 赵丁一.胃癌根治术后胃瘫的诊治分析[J].中国实用医药,2012,7(28):63-63.
- [9] 文刚,何磊,涂从银,等.胃癌术后胃瘫患者经胃镜空肠置管行全肠内营养支持的效果[J].中华临床营养杂志,2013,21(2):115-117.
- [10] Hasler WL. Gastroparesis: symptoms, evaluation, and treatment[J]. Gastroenterol Clin North Am,2007,36(3):619-647.
- [11] 王飞,王青萍,戚利娟,等.胃癌根治性胃大部切除术后胃瘫的危险因素分析[J].中国普通外科杂志,2014,23(4):556-559.
- [12] Kurosaki I, Hatakeyama K. Clinical and surgical factors influencing delayed gastric emptying after pyloric-preserving pancreaticoduodenectomy[J]. Hepato-gastroenterology,2004,52(61):143-148.
- [13] 王向阳,张克难,冯安明,等.根治性远端胃大部切除术后胃瘫危险因素的 analysis[J].中国普通外科杂志,2010,19(10):1156-1158.
- [14] 林乐岷,孙海军,张健,等.腹部术后应用病人自控镇痛应注意预防胃瘫综合征的发生[J].中华胃肠外科杂志,2002,5(4):271-271.
- [15] 张鸣杰,张国雷,袁文斌,等.胃癌术后胃瘫综合征的危险因素分析及其对预后的影响[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(2):163-165.
- [16] 王俊峰,韩婷,武健.老年胃癌术后合并胃瘫危险因素分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2014,28(12):1196-1197.

收稿日期:2015-05-07 修回日期:2015-06-12 编辑:石嘉莹