

# 胃瘫患者的相关护理

邱笛

华中科技大学同济医学院附属协和医院胃肠外科

**【摘要】**报告了20例腹部肿瘤手术后胃瘫患者的观察及护理。主要护理措施包括观察与护理、心理护理、有效的胃肠减压、肠内营养护理、呃逆的护理、严密检测患者的血糖及电解质、指导患者进行早期活动等。本组病例胃肠功能均在4周—8周内恢复，无一例再次手术。  
**【关键词】**腹部手术；胃瘫；护理

腹部手术后胃瘫综合征(postoperative gastroparesis syndrome, PGS)是指因各种腹部手术改变了正常神经激素和肌源性因素对胃排空的调控，术后非机械性梗阻因素引起的以功能性胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征。对PGS手术治疗往往无效，甚至会加重病情。我科自2016年5月至2018年5月腹部手术后共发生20例PGS，均经非手术保守治疗，恢复正常，总结报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 20例胃瘫患者，男性11例，女性8例，年龄41岁—89岁，平均年龄63岁。其中胃癌大部切除手术12例，胃癌根治手术3例，结肠癌手术5例。

1.2 临床表现及诊断 20例患者，腹部手术后5d—7d，肛门排气，拔除胃肠减压管，6—9天由流质饮食改为半流质饮食；大约10d—14d出现上腹胀不适、恶心呕吐及顽固性呃逆，呕吐含有胆汁的大量胃内容物，呕吐后自觉症状暂时缓解，疼痛不明显或轻微绞痛。再次置入胃肠减压管可抽出大量液体(800—2000ml/d)。本组病例无明显的电解质紊乱、糖尿病及甲状腺功能减退等。查体：腹平软，无胃肠型及蠕动波，腹部无压痛及反跳痛。胃X线造影提示胃或残胃扩张，无收缩及蠕动、黏膜及吻合口水肿。所有病例符合国内胃瘫的诊断标准。

1.3 方法与结果 通过行持续有效的胃肠减压及3%的温盐水洗胃、饮食护理、心理疏导、双侧足三里穴新斯的明封闭、针灸。应用促胃动力药：吗丁啉、胃复安、等促进胃排空。肠内、肠外营养，纠正水、电解质酸碱平衡紊乱，补充微量元素及维生素，促进胃肠蠕动等。结果：5例于4周内恢复，11例于5周内恢复，3例于6周内恢复，1例于8周内恢复。最长53d，平均28d。

## 2 护理

2.1 观察及预防：术后病人应正确评估全身营养状况，严密监测生命体征，密切观察各种留置引流管的引流情况，注意病人伤口愈合情况，耐心听取病人主诉，如上腹胀、反酸、呃逆等，认真做好体格检查，如听肠鸣音等，对病人病情进展做到心中有数，指导病人活动和饮食，严防各种并发症的发生。

2.2 心理护理 出现胃瘫后，一方面较长的住院时间、高昂的治疗费用、长期放置鼻胃管带来的不适、各种检查带来的痛苦等均可加重患者的心理负担。另一方面患者及家属往往不理解，认为是医生技术问题，对治疗不满意，甚至引起医疗纠纷。因此，应做好患者及家属的思想工作，耐心细致的给予解释，说明发生胃瘫的影响因素、治疗方法和预后。介绍已治愈病例，消除患者及家属的紧张情绪，使患者积极主动配合治疗和护理。

2.3 胃肠减压管护理 胃肠减压能减轻胃平滑肌扩张，使胃得到有效休息，减轻吻合口水肿。保持胃管减压通畅，避免打折、扭转、脱落等，影响胃液引流。注意观察引流液的颜色、性质。准确记录引流液量，每晨协助病人漱口，保持口腔鼻腔清洁，更换负压装置前用50ml 0.9%生理盐水冲洗胃管，鼓励病人做深呼吸和有效咳嗽，预防感染发生。

2.4 呃逆的护理：呃逆是膈肌不由自主间歇性收缩运动，主要是由于迷走神经和膈神经刺激引起，它严重干扰患者休息，极大消耗病人体力，不利伤口愈合和肠蠕动恢复。病人出现呃逆：①及时进行心理疏导，消除思想顾虑。②情绪烦躁者可遵医嘱适当给予镇静剂，使病人安静休息。③压迫病人眼眶的骨凹陷处和剑突处，引起疼痛、终止呃逆。④顽固性呃逆可肌肉注射阿托品、复方冬眠灵

等。

2.5 肠内营养液护理 肠内营养支持能促进胃肠功能的恢复，是治疗胃瘫的有效措施[1]；本组病例给予肠内营养，输注营养液时遵循浓度从低到高，容量由少到多、速度由慢到快的原则。开始先输注等渗葡萄糖500ml/d—1000ml/d，逐渐增加量及浓度，并注意先增加量、后增加浓度，二者不可同时增加。开始速度30ml/h—60ml/h，以后增加80ml/h，3d—5d后增加100ml/h左右，1周时增至至所需营养量。用输注泵控制输注速度。温度控制在37℃左右。天冷时用热水袋将输注管加温，以防因温度过低而引起腹胀、腹泻、肠痉挛等。给予肠内营养时严密观察病情变化，监测电解质状况，注意胃肠道反应。做好对症处理。本组有5例出现腹泻。经调节输注速度后缓解。

2.6 空肠营养管护理 营养管应妥善固定，每日对插入营养管的一侧鼻孔用生理盐水清洗，去除鼻腔干痂，并在表面黏膜和皮肤的涂以少量红霉素眼膏，防止营养管压迫鼻腔黏膜和上唇皮肤处出现的破损感染。由于营养液不从口腔进食会引起唾液分泌减少、口腔黏膜干燥，因此要做好口腔护理，每天用生理盐水棉球清洗口腔或用清水漱口，以保持口腔湿润，防止发生口腔炎或感染。3次/d含服西瓜霜或草珊瑚含片，以减轻营养管对咽部的不适感。

2.7 鼻肠管护理 保持鼻肠管放置深度不变，注意妥善固定，防止牵拉、脱位。鼻饲过程保证输注系统各环节不被污染，鼻饲用具每天更换一次；由于营养成分成分高、粘稠，容易造成物质沉积而阻塞管腔，因此，在输注过程中，需每4小时用生理盐水10ml—20ml冲洗以保持通畅；每次输注前后，以生理盐水20ml冲鼻肠管后封管，防止营养液结块堵塞营养管。管外端的清洁可用生理盐水棉球擦拭，并经常轻轻转动，避免因长时间压迫食管发生溃疡。

2.8 血糖和电解质监测 高血糖对胃动力有抑制作用，并与血糖高低呈正相关，血糖浓度正常时则对胃动力无影响[2]。高钾、低钾均可使胃肠道平滑肌张力减退，从而加重胃瘫。因此，在进食期间，于输液前、输液中、输液后用微量法监测血糖，隔日1次监测血钾，根据结果及时调整用药和监测频率。

2.9 促进胃动力恢复护理 术后患者早起活动对肠蠕动有促进作用[3]；本组采用上腹顺胃走向行顺时针按摩，方法为由轻到重循环，3次/天，5min/次；卧位以半卧位和右侧卧位为主，能够起床后鼓励患者多下床走动。

## 3 讨论

胃瘫与腹部手术后，胃肠交感神经活动性增强，抑制胃的肌电活动，延续胃的排空。另外精神因素、饮食改变、营养不良、低蛋白血症、高龄、糖尿病等均为胃功能性排空延迟的高危因素。因此，应加强心理护理，给予肠内营养支持治疗，无论在术前还是术后营养支持时，都应该监测、控制血糖。高龄患者更应警惕胃瘫的发生，及早进行预防和处理。总之，胃瘫是一种功能性疾病，经严格保守治疗和精心护理，可自行缓解。

## 参考文献：

- [1]孙备，许军，周尊强，等.腹部手术后功能性胃排空障碍36例临床分析[J].中国实用外科杂志，2003，23(8)：466.
- [2]秦新裕.手术后胃瘫综合征的研究进展[J].中华胃肠外科杂志，2002，5：243-244.
- [3]董谦，费哲为，陈大伟，等.胃癌根治术后胃乏力症的临床诊治[J].中国普通外科杂志，2004，13(1)：40-41.