

重症监护病房护士不仅要有专科医疗护理及急救基础知识,要强调对病情系统的认识,掌握各种监护仪器的使用、管理、监测参数和图像的分析及其临床意义。

3.2.4 加强团队意识 相互学习、共同努力、共同进步、不断成长、做好传帮带教工作、人性化服务于每一位患者,同时人性化对待每一位护理人员,多沟通、交流。

3.2.5 培养健全的人格 在日常生活和工作中,护士应注意培养中心人格品质,不要过分计较,保持心态平衡,微笑面对生活,开开心心过好每一天,拥有一颗感恩的心。

3.2.6 寻求社会支持系统 当护士受到紧张、恐惧、忧伤、愤怒等心理刺激而面临困境时,可主动向同事、领导、家庭、朋友等求助和倾诉,得到各界人士的理解和支持,以达到缓解压力的目的。

总之,了解心理压力及其为护理人员带来的负面影响后,就要从正面积极引导、调整,从而提高护理人员的心理健康水

• 临床护理 •

平,使护士正确对待各种压力,掌握适合自己的放松技巧,使其建立最佳的心身状态,以利于生活和工作。

参考文献:

- [1] 王征宇. 症状自评量表(SCL-90)[J]. 上海精神医学, 1984(7):69-70.
- [2] 阎郁秋. 护理心理学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2006:88-94.
- [3] 胡佩诚. 医护心理学[M]. 北京:北京医科大学出版社, 2002:101-109.
- [4] 孙兰芝,潘新娟,万丽丽. 新形势下护士工作压力分析及对策[J]. 现代护理, 2002,8(12):960-961.

(收稿日期:2011-06-09 修回日期:2011-10-30)

腹部手术后功能性胃排空障碍的护理

唐 玲

(重庆市肿瘤研究所腹瘤科 400030)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.31.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)31-3220-02

功能性胃排空障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE)又称胃瘫,是指发生在手术后非机械性梗阻因素引起的胃排空延迟^[1]。本病多发生于上腹部手术,特别是胃癌根治术后,下腹部及胸部手术也可发生。现将本院腹瘤科 2005 年 7 月至 2010 年 8 月共 19 例腹部术后 FDGE 患者的相关治疗和护理情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 19 例患者,男 15 例,女 4 例;年龄 35~76 岁,平均 52 岁。原发疾病:胃癌 8 例,十二指肠溃疡穿孔并腹膜炎 2 例,急性粘连性肠梗阻 1 例,升结肠癌 4 例,横结肠癌 2 例,降结肠癌 1 例,直肠癌 1 例。

1.2 临床表现 本组有 11 例患者术后第 7 天后 24 h 胃肠减压量达到 800 mL 以上,夹闭胃管后即出现上腹持续性饱胀、恶心、呕吐。查体:上腹部饱满,有轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肠鸣音微弱。6 例患者术后肠鸣音恢复,肛门排气,进食流质饮食后 1~2 d 出现上腹饱胀、恶心、呕吐,呕吐物为大量胃内容物及少量胆汁,呕吐后症状稍缓解。2 例患者术后胃肠功能恢复,进食半流质饮食后出现上腹饱胀、恶心、呕吐,腹痛不明显,再予胃肠减压每天量达 800~2 500 mL。查体:上腹部饱满,轻压痛,听诊胃区可及振水音。

1.3 治疗方法 全部病例均采用非手术治疗,主要包括:(1)禁食,胃肠减压;(2)静脉输液,维持水电解质和酸碱平衡;(3)胃肠外营养,补充维生素及微量元素,纠正贫血及低蛋白血症;(4)温盐水洗胃;(5)静脉泵入生长抑素抑制胃酸的分泌,同时应用促胃动力药物(西沙比利 10 mg 经胃管注入),每日 3 次;(6)2 例辅以中药及针灸治疗。

1.4 护理方法

1.4.1 心理护理 护理人员要充分认识到精神因素对患者症

状恢复的重要性,细心评估患者的心理状态,给予个性化的心理指导。理解患者,以高度的责任感和同情心处处体贴、关心患者,竭力满足患者的需要。做好患者家属健康教育,取得家属的理解和支持。必要时邀请有类似经历的病友现场交流,消除焦虑及紧张情绪,增强其战胜疾病的信心,积极主动配合治疗护理。

1.4.2 胃肠减压的护理

1.4.2.1 保持有效的胃肠减压 有效的减压,使胃空虚后,胃壁血流增加,促进胃动力的恢复。持续胃肠减压负压的大小对引流效果有明显影响^[2]。每隔 2~4 h 用生理盐水 10~20 mL 冲洗胃管一次,以保持管腔通畅。

1.4.2.2 预防非计划性拔管 患者长期留置胃管带来的不适及心理压力,对于留置胃管的意义认识不足,本组病例中有 1 例患者在夜间拔管。护理人员应掌握非计划性拔管风险评估技巧,认真细致做好健康教育,妥善固定。固定方法采用“Y”型宽胶布固定,顺应置管方向,使留置胃管所致不适程度降低,且不易被患者自行拔出。加强口腔护理及鼻咽部护理,增加患者舒适度,翻身时注意扶持胃管,减少牵拉带来的不适。

1.4.3 胃管治疗性护理 遵医嘱给予 3% 温生理盐水洗胃,2 次/天,以及使用胃动力药物如莫沙比利,多潘立酮等。每次胃管注入药物后常规用温开水冲管防止堵塞,后夹闭胃管 40~60 min,促进胃的排空。

1.4.4 营养支持的护理 本组病例大多为胃肠道肿瘤,患者术前不同程度存在营养失调。手术的创伤、禁食,更加重了患者营养不良的状况,致胃蠕动减慢,也是发生 FGDE 的因素之一。因此,遵医嘱提供营养支持,对恢复胃壁功能,阻断恶性循环有明显作用。本组病例全部采用胃肠外营养(TPN)。根据患者的体质量及营养状况,由药物配制中心统一配制营养液。

护理人员应加强胃肠外营养的护理,19 例患者经锁骨下静脉置管 16 例(术中安置),3 例行 PICC 置管。营养液给予静脉泵入。严格无菌操作。由于 TPN 输注时间长,因此,一方面注意保温,尤其是冬天需使用加温器;另一方面要定期对溶液进行混合摇晃,一般 2 h 轻摇晃使溶液充分混合,这样可防止加入其中的某些物质析出,尤其是胰岛素,原因是胰岛素比重较小,容易飘在溶液上面。输注过程加强巡视,观察患者有无不适,注意监测血糖及电解质的变化。

1.4.5 康复护理及出院指导 合理的饮食护理是患者胃动力恢复的重要环节。指导患者应少食多餐,循序渐进的原则。进流质 2~3 d 若无不适,给予半流质 4~6 d,无不适再逐渐改为软食。饮食要有规律,同时,也不要担心病情反复而不敢进食,避免营养不良。定期做好术后随访工作。

2 结 果

胃动力恢复时间 12~40 d,护理人员针对患者的疾病特点及心理状态进行个体化的整体护理,全部病例痊愈出院。

3 讨 论

患者心理的焦虑问题应成为护理人员首先需要为患者解决的护理问题。发生 FDGE 后,胃动力恢复时间较长,患者容易出现恐惧、焦虑不安,对预后产生怀疑。有研究报道若患者精神紧张,交感神经处于兴奋而迷走神经处于抑制状态,则症状更不易恢复,有学者将术后发生 FDGE 的患者分为实验组和对照组,实验组接受催眠暗示,结果表明 2 组患者的治愈率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),认为催眠暗示对该症有积极意义^[3]。及时给予心理干预,告诉患者 FDGE 是一种功能性改变,采用非手术综合治疗,一般可得到痊愈^[4-5]。认真细致地做好患者及家属的健康教育,取得患者积极主动地配合,才能顺利地进行治疗。

通过对本组 19 例腹部手术后功能性胃排空障碍患者的观

察与护理,体会到一旦发生 FDGE,常持续数周甚至更长时间,会削弱患者的肠道屏障能力,影响其营养状况的改善,从而导致患者住院时间延长、医疗费用增加、生活质量降低。在治疗过程中,护理人员应积极遵医嘱给予营养支持,加强胃肠外营养的护理。

围绕胃肠减压、康复护理等为患者提供周密的、行之有效的护理措施,避免护理意外及并发症的发生。高龄患者在夜间容易出现恍惚状态,对异物刺激的敏感性增高,以及固定不牢,巡视不及时等因素导致非计划性拔管^[6]。在患者恢复胃动力后,饮食指导至关重要,要告诫患者循序渐进,切忌操之过急,暴饮暴食,顺利度过康复期。

参考文献:

- [1] 许建伟. 腹部手术后功能性胃排空障碍的诊断和治疗[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(23): 2901-2902.
- [2] 朱开梅, 曹玉刚. 胃肠道术后胃肠减压负压吸引器的最佳压力值研究[J]. 护理学杂志, 2009, 24(16): 7-8.
- [3] 尹军平, 王爱武, 李文华. 术后功能性胃排空障碍的研究进展[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(9): 899-900.
- [4] 刘栋才, 周建平, 袁联文, 等. 腹部非胃手术后功能性胃排空障碍的诊断与治疗: 附 28 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(10): 1007-1009.
- [5] 詹善义. 腹部手术后功能性胃排空障碍 20 例[J]. 安徽医学, 2009, 30(8): 959-960.
- [6] 赵清丽, 刘霞, 赵静. 非计划性胃管拔管原因分析及护理[J]. 护理研究, 2010, 24(7): 1936-1937.

(收稿日期: 2011-03-09 修回日期: 2011-05-12)

(上接第 3218 页)

思想、更新观念,推动评价主体的专业化和多样化。应鼓励专业评价中介机构的建设并开展评价活动,教育行政部门在评价活动中只承担统筹规划、宏观管理、制定政策,以及对评价活动的监督、检查和指导等角色。

5.2 进一步规范评价活动 加强制度建设,推动评价活动的制度化和规范化,是保证评价工作有效开展的重要举措。(1)要建立相应的法律制度,以法律形式明确规定评价的目的、原则、类型、对象、范围等,使评价活动有法可依;(2)要建立信息发布与管理制,及时向社会、公众公布评价结果,形成良好的信息反馈机制;(3)要建立评价监督制度,对评价程序、工作人员、评价数据等实施监督;(4)要建立评价激励制度,促使高校不仅注重外在投入,更要重视内涵建设。

5.3 制定多元指标体系 目前,我国共有普通本科院校 720 所(不含民办的 370 所),既有重点院校,也有一般院校;既有研究型院校,也有教学型院校。对不同类型、不同层次的高校,其办学定位及质量标准都不尽相同,所以,在开展评价时,应分类型、分层次制订个性化的评价标准,实现分类评价、分类指导。

5.4 更加重视元评价的开展 在我国,元评价活动才刚刚起步,可以设立专门的元评价机构,或在各级评价机构中设立元评价研究员,对评价指标体系的信度、效度以及评价结果的公

正性等进行研究和再评价。

5.5 推动教学评价工作的常态化 教育教学质量是高等院校建设发展的永恒主题,要引导高等院校在迎接外部评价的同时,建立自身的内部质量控制体系,经常性开展内部教学质量评价活动,形成评价、整改、提高、再评价的良性循环。

5.6 推动教学评价手段的现代化 新的《军队院校教育条例》中,明确军队院校要实现教学评价常态化的要求,要想做到军队院校办学基础非保密数据的定期采集、公开,保密信息的实时监控,教学质量核心指标的常态化监管,应着力研究开发相应的评价信息管理系统,逐步实现教学评价手段的现代化。

参考文献:

- [1] 高洁. 美国教育评价的元评价及其启示[J]. 教育研究, 2007(6): 21-24.
- [2] 王云峰. 基于元评估理论的学科评估应用研究[J]. 科研管理, 2009, 30(1): 143-148.
- [3] 向德全. 军队院校教学评价回顾及新一轮评价思考[J]. 中国高等教育评估, 2010(3): 25-28.

(收稿日期: 2011-04-02 修回日期: 2011-06-13)