

· 专科研究 ·

8例卵巢癌患者术后胃瘫综合征的护理

牛丽娜, 潘晓晶

(中国医学科学院北京协和医院妇产科, 北京, 100730)

[摘要] **目的** 总结 8 例卵巢癌患者术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)的护理要点。**方法** 对 8 例卵巢癌术后发生 PGS 患者给予心理护理、持续胃肠减压、肠外肠内营养支持治疗等。**结果** 8 例卵巢癌患者术后 PGS 恢复良好, 未发生其他并发症, 经综合治疗后体重均增加 2 ~ 5 kg。**结论** 对卵巢癌术后 PGS 患者做好心理护理、胃肠减压和营养支持及出院指导工作, 促进患者的营养恢复, 可为其后续化疗提供了重要的保障。

[关键词] 卵巢癌术后; 胃瘫综合征; 护理

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)03-0019-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.03.006

Nursing of 8 ovarian cancer patients with postoperative gastroparesis syndrome

Niu Lina, Pan Xiaojing//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(03):19

[Abstract] **Objective** To summarize intervention points of nursing 8 ovarian cancer patients with postoperative gastroparesis syndrome. **Method** Eight ovarian cancer patients with postoperative gastroparesis syndrome were nursed including psychological nursing, continuing gastrointestinal decompression, enteral and parenteral nutrition support and detailed health education. **Result** All of them got recovered, their body weights increased. **Conclusion** The careful, comprehensive and targeted nursing can help to improve the life quality of patients, ensure patients' nutrition support and provide important guarantee for further therapies.

[Key words] ovarian cancer; gastroparesis syndrome; nursing

胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)是指因各种腹部手术改变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功能性胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征^[1]。主要表现为进食后出现上腹胀、膨隆及恶心呕吐, 胃液慢慢溢出, 打嗝等, 胃液引流量多, 持续时间长。PGS 是腹部手术后的一种相对少见的并发症, 多见于胃部手术、胰十二指肠切除术。由于手术方式、术后处理的不同, 其发生率也有很大差别, 国内报道发病率为 0.6% ~ 7.0%, 国外报道为 5%~10%^[2-3], 但针对卵巢癌术后发生 PGS 的报道较少。本科室自 2008 年 4 月~2014 年 4 月收治的 8 例卵巢癌患者术后发生 PGS, 经保守治疗和护理均恢复正常, 现将护理体会报道如下。

[收稿日期] 2014-12-13

[作者简介] 牛丽娜(1981-), 女, 北京人, 护师, 本科, 主要从事妇科临床护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2008 年 4 月~2014 年 4 月在本院行卵巢癌患者术后发生 PGS 的患者 8 例, 均为女性, 年龄 52 ~ 71 岁, 中位年龄 61.0 岁, 均行肿瘤细胞减灭术。术后病理为卵巢癌, 其中 IV 期 2 例, III 期 6 例, 术前先行化疗 4 例, 术中网膜受累成饼状或盔甲状 6 例。拔除胃管开始进流食后, 均出现上腹部饱胀不适, 伴有恶心呕吐, 呕吐后症状缓解或减轻。胃液引流量 600 ~ 1300 mL/d, 平均 (951.1 ± 171.5) mL/d。胃瘫的诊断参考 Bar-Natan 标准^[4]。

1.2 方法

8 例患者经胃肠减压、肠外肠内营养治疗, 胃肠蠕动逐渐恢复, 予夹闭胃肠管后均无腹胀、恶心呕吐, 肛门排气或排便、肠鸣音恢复正常, 予拔管并由清流质饮食逐渐过渡为半流质饮食。

2 结果

本组患者鼻胃空肠管的放置时间 15 ~ 29 d, 平均 (23.6 ± 3.2) d。胃动力恢复时间为 5 ~ 10 周, 平均 (7.2 ± 1.3) 周。拔管后随诊, 患者体重均增加 2 ~ 5 kg 并如期化疗。

3 讨论

3.1 卵巢癌术后发生 PGS 的原因

PGS 是上腹部手术后出现的常见并发症, 但也发生于下腹部的妇科手术尤其是卵巢癌肿瘤细胞减灭术后, 其发病机制可能与下列因素有关: ①精神因素, 患者精神高度紧张引起机体应激反应, 导致自主神经功能紊乱从而抑制胃排空, 胃呈无张力^[5]; ②卵巢癌手术中大网膜的切除对胃肠道的血运产生影响; ③腹部手术后胃肠激素的变化可影响术后胃肠肽类激素如胃泌素、胃动素等分泌减少, 也可能影响胆囊收缩、胰腺分泌等, 使胃动力减弱^[6]; ④部分学者提出^[7], 腹部 PGS 发生与术后激活抑制性交感神经反射系统使胃肠交感神经活动增强有关。激活的交感神经纤维不仅可通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元抑制胃动力, 还可以通过抑制交感神经末梢释放的儿茶酚胺, 直接与胃平滑肌细胞膜上的 α 、 β 受体结合, 抑制胃平滑肌细胞收缩。本组 8 例患者手术前后均有精神过度紧张、恐惧和抑郁, 可能为自主神经功能紊乱从而出现交感神经抑制胃肠神经丛兴奋使胃动力减弱。6 例患者切除大网膜, 影响胃肠道的正常血运, 可能对胃正常蠕动及排空有影响。

3.2 护理

3.2.1 心理护理 精神因素通过影响迷走神经的兴奋性与 PGS 发生和恢复有密切关系^[8]。恶性肿瘤患者病程长, 病情重, 治疗时间长, 化疗副作用大, 术后出现胃瘫, 治疗费用昂贵, 长期放置鼻胃管带来不适、各种检查治疗带来痛苦均会增加患者的心理负担。此外, 家属及患者缺乏对胃瘫相关知识的了解, 对治疗结果不满意, 甚至引起医疗纠纷及投诉。因此, 心理护理对卵巢癌术后胃瘫患者恢复很重要。每日早交班重点巡视此类患者, 询问夜间睡眠状况以及观察胃管状况等, 由责任护士每日进行心理指导, 耐心询问患者的心理问题, 针对最初

发生胃瘫的患者根据其理解程度说明胃瘫发生的影响因素、治疗方法等, 介绍一些治疗有效的病例, 耐心倾听患者及家属的真实想法, 告知患者积极配合治疗能促进早日康复。本组 8 例患者在住院期间均表现出不同程度的紧张、焦虑, 经心理护理, 均对 PGS 治疗表现出信心, 如期完成化疗。

3.2.2 胃肠减压 胃肠减压可减轻因食物、胃液刺激所致的黏膜水肿, 促进胃张力恢复, 因此禁食禁水, 保持胃肠减压的有效性十分重要。

3.2.2.1 鼻胃空肠三腔营养管的护理 应用鼻胃空肠三腔营养管, 可同时完成胃肠减压和肠内营养支持。鼻胃空肠营养管远端置于 Treitz 韧带远端空肠上部 15 cm, 三腔管的 1 个开口在胃内, 用于引流胃液、高渗温盐水冲洗减轻胃壁水肿, 另一个开口在空肠, 给予肠内营养。第三个腔为气囊腔, 其在肠管前端留有气囊, 充气后可防止胃肠管滑脱, 也可注射造影剂以便操作时进行定位, 其放置可减轻同时放置胃肠减压管和小肠营养管的不适。在禁食胃肠减压阶段封闭空肠开口。妥善固定管路, 防止牵拉、脱位、打折、扭转、脱落, 每 2 h 用 0.9% 生理盐水溶液 20 mL 冲洗胃管, 保持管路通畅。保持胃空肠三腔营养管放置深度不变, 在放置后即用标签标明名称、放置的深度及分别标记游离端两个接头名称, 防止混淆。每日进行床头交接班, 每周更换胃液引流袋。密切观察引流液的性质、颜色, 准确记录每日引流液量及呕吐量。8 例留置三腔管患者每日更换固定部位, 减轻局部压力, 及时清理固定管路的胶布印记, 增加其舒适度。经常轻轻转动营养管, 避免因长时间压迫食管发生溃疡^[9]。5 例留置三腔管患者有鼻腔分泌物, 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, 在表面黏膜和皮肤涂上少量红霉素眼膏, 防止营养管压迫鼻腔黏膜和上唇出现破损。经治疗 5 例患者均表示鼻腔及口唇无感觉不适。8 例患者无出现管路脱出及堵管, 引流胃液通畅, 胃肠减压有效。

3.2.2.2 药物应用的护理 胃肠减压期间, 遵医嘱均给予多巴胺受体阻断剂, 甲氧氯普胺 10 mg 3 次/d、多潘立酮 10 mg 3 次/d, 用研钵碾碎调水后注入胃内, 温水冲洗后管腔夹毕 1 h, 以促进胃动力, 加速胃运动。每日应用中药大承气汤 100 mL 加热后注入胃内, 用温水冲洗胃管, 夹管 2 h, 增加胃肠蠕

动,加快胃动力恢复时间。6例患者2~4 d后胃肠蠕动开始增加,肠鸣音逐渐增强,呕吐量及胃液引流量逐渐减少,2例患者4~5 d后肠鸣音增强,呕吐量及胃液引流量减少。

3.2.3 营养支持的护理

3.2.3.1 肠外营养支持 肠外营养能抑制消化液分泌,从而使胃肠道得到较好的休息^[10]。尽早使用肠外营养提供营养支持,对恢复胃壁功能、阻断恶性循环有明显的的作用。由于卵巢癌患者手术创伤大,禁食时间较长,呕吐、胃肠减压均可引起大量消化液丢失,导致营养失调,水电解质、酸碱平衡紊乱。请营养科会诊并根据患者水电解质及肝肾功能情况制订肠外营养计划,女性基础能量代谢= $65.51+(9.56\times\text{体重})+(1.85\times\text{身高})-(4.67\times\text{年龄})$ 。本组患者基础能量代谢25~30 kcal/kg,营养液配置约3L。通过深静脉予以输注肠外营养液避免营养液浓度高,分子量大而刺激血管。本组3例留置PICC管,5例留置颈内静脉,无管路滑脱及堵管发生。本组8例卵巢癌术后PGS急性期患者在维持水、电解质平衡的前提下,给予合理肠外营养支持,提供足够热量,术前均达到氮平衡,增加手术的耐受力。

3.2.3.2 肠内营养支持 肠内营养支持能促进胃肠道功能的恢复,是治疗胃瘫的有效措施^[11]。本组8例患者肠蠕动恢复后1~2 d内由肠外营养逐步过渡到肠内营养,给予肠内营养均遵循浓度由低到高、容量由少到多、速度由慢到快的原则,防止恶心、呕吐、腹泻等不良反应。营养液使用肠内营养泵入鼻胃空肠三腔营养管空肠开口端,并封闭胃管开口。在输注前后,中断鼻饲时用20 mL 0.9%生理盐水溶液冲洗空肠管以保持通畅,防止营养液结块堵塞营养管。先输注250 mL 5%葡萄糖氯化钠溶液,后给予营养液300~500 mL/d,根据患者的耐受程度逐日增加。起始速度为20~30 mL/h,1~2 d增加至60 mL/h,3~5 d后增加至100 mL/h,最大增加至120 mL/h。营养液用小型加热棒加热,温度保持37℃,以减少患者的不良反应。输注过程中观察患者有无不良反应,及时调整用药和鼻饲量,每次输注后用0.9%生理盐水溶液20 mL封管夹闭,利于肠道吸收。本组2例患者因不耐受起始速度,表现出胃胀不适,为防止反流造成误吸,

将输入速度降为10 mL/h,后逐渐加量,无胃胀不适后增加为最大速度120 mL/h。8例患者经肠内营养治疗1周左右体重增加1~2.5 kg。

3.2.3.3 饮食护理 肠功能恢复拔除胃肠管后,给予患者正确的饮食指导。先试饮少量水,后进食流质饮食,禁奶、糖等产气食物,少量多餐,从60 mL起逐渐增加至全量,全量5 d左右无不适改半流质饮食,半流质饮食3~5 d无不适改软质饮食,软质饮食后再改普通饮食。避免高脂、高蛋白饮食,防止饮食不当加重病情。告诫患者养成定时定量、少量多餐进食习惯,选择营养食物,避免刺激性食物,餐后取坐位或半卧位,利用重力原理使食物排入肠道。

3.2.4 出院指导 给患者建议一些中医传统医学疗法,如穴位按摩能改善胃肠黏膜的血液灌流和吻合状况,从而促进胃肠功能,针灸或按摩足三里、中脘、气海、内关、合谷等穴,以疏通经络、行气活血^[12]。告知患者出院后注意休息,养成规律的生活习惯,调整良好的心理状态。告知患者化疗药物副作用,如呕吐腹泻等胃肠反应、血液毒性及肝肾毒性,需要门诊定期复查血常规,肝肾功能等各项指标,建议饮食补充提高免疫力及补血健脾益胃食物,保证化疗能够如期完成。

4 小结

由于PGS的发生机制与精神状态密切相关,对妇科卵巢癌术后发生PGS的患者进行有效的心理疏导,缓解紧张焦虑的情绪,密切观察患者病情变化,倾听并重视患者的主诉,积极采取有效的护理措施,科学合理的胃肠减压,给予肠内肠外营养支持,保持各种管路的畅通、合理按时用药,全面健康教育,对促进患者康复至关重要。

参考文献:

- [1] 王吉甫.胃肠外科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:1284.
- [2] 陈涛,田伏洲,周庆贤.胃大部切除术后残胃功能性排空障碍12例诊治分析[J].中国普外基础与临床杂志,2002,9(1):43.
- [3] Summers GE,Hocking MP.Preoperative motility disorders of the stomach[J].Surg Clin N Am,1992,72(3):467.
- [4] Bar-Natan M,Lanson GM,Stephens G,et al. Delayed gastric emptying after gastric surgery[J].Am J Surg,1996,