

DOI: 10.12209/CAIM202501230003

· 中西医结合临床案例 ·

中西医结合护理：胰十二指肠切除术后胃轻瘫患者的快速康复

廖家红, 王 曼, 杨海燕

(国家电网公司北京电力医院 普外科, 北京, 100073)

摘要: 回顾 2024 年 11 月 15 日收治的 1 例胆总管下段癌患者, 该患者在全身麻醉下接受胰十二指肠切除术。术后第 10 天患者并发胃轻瘫, 经中西医结合治疗得到快速康复。本文旨在探讨中西医结合治疗胃轻瘫快速康复的护理经验。本例患者为老年男性, 因“胆囊炎, 肝功能不全”入院治疗, 经全腹+盆腔多期强化 CT 检查, 发现胆总管远端及胰头区占位性病变, 初步诊断为胆总管下段癌。术前各项准备工作完成后, 患者在全身麻醉下接受“胰十二指肠切除术”。术后第 10 天夜间, 患者出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐及呃逆症状, 呕吐物量达 600 mL, 为胃内食物残渣。CT 影像学检查揭示胃部扩张及内容物滞留, 从而确诊为术后胃轻瘫。随即对患者实施禁食及留置胃管胃肠减压治疗, 减压量为 290 mL。次日晨, 邀请中医专家进行会诊, 中医专家采用针灸及芒硝腹部外敷进行辅助治疗。至胃瘫后第 3 日, 胃肠减压量减少至 50 mL, 患者腹痛症状有所缓解, 但仍有腹胀及呃逆主诉。随后继续结合胃动力药物治疗、中医穴位针灸、芒硝外敷、血糖控制、营养管理、活动锻炼指导及精神压力缓解等综合措施, 至胃瘫后第 4 天胃肠减压量进一步减少至 5 mL, 患者腹痛、腹胀、恶心及呕吐症状均得到显著缓解。拔除胃管后, 患者经口进食米汤无不适反应, 逐步由流质饮食过渡至半流质饮食。经过 7 d 综合治疗, 患者胃瘫症状得到缓解。中医针灸与芒硝外敷, 结合胃动力药物、血糖控制、营养加强、活动锻炼和心理护理, 对术后胃瘫具有显著的治疗效果, 能够促进术后胃肠道功能恢复, 减轻患者术后腹部疼痛, 提高生活质量, 缩短病程, 值得在临床实践中广泛推广。

关键词: 胰十二指肠切除术; 术后胃轻瘫; 中西医结合护理; 病例报告

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing: Rapid Recovery of Gastroparesis Patients after Pancreaticoduodenectomy

LIAO Jiahong, WANG Man, YANG Haiyan

(Department of General Surgery, State Grid Corporation Beijing Electric Power Hospital, Beijing 100073)

ABSTRACT: This paper reviews a case of a patient with cholangiocarcinoma at the lower segment of the common bile duct who was admitted on November 15, 2024, under general anesthesia and underwent pancreaticoduodenectomy. On the 10th day after the operation, the patient developed gastroparesis and achieved rapid recovery through combined traditional Chinese and Western medicine treatment. This paper aims to explore the nursing experience of rapid recovery of gastroparesis patients treated with integrated traditional Chinese and Western medicine. The patient was an elderly male who was admitted for "cholecystitis, liver dysfunction". After comprehensive abdominal and pelvic multi-phase enhanced CT examination, a mass lesion was found in the distal common bile duct and pancreatic head area, and the preliminary diagnosis was cholangiocarcinoma at the lower segment of the common bile duct. After completing all preoperative preparations, the patient underwent "pancreaticoduodenectomy" under general anesthesia. On the night of the 10th day after the operation, the patient presented with abdominal pain, abdominal distension, nausea, vomiting, and hiccups, with a vomiting volume of 600 mL, which was gastric food residue. CT imaging revealed gastric dilation and retention of contents, thus confirming

收稿日期: 2025-01-23

通信作者: 杨海燕, E-mail: 974446481@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

postoperative gastroparesis. Immediately, the patient was given fasting and gastric tube intubation for gastrointestinal decompression treatment, with a decompression volume of 290 mL. The next morning, a consultation with an expert in traditional Chinese medicine was invited, and acupuncture and abdominal external application of mirabilite were used for auxiliary treatment. On the 3rd day after gastroparesis, the decompression volume decreased to 50 mL, and the abdominal pain symptoms of the patient were alleviated, but there were still complaints of abdominal distension and hiccups. Subsequently, combined measures such as gastric motility drug treatment, acupuncture at specific acupoints, abdominal external application of mirabilite, blood sugar control, nutritional management, activity exercise guidance, and stress relief were continued. On the 4th day after gastroparesis, the decompression volume further decreased to 5 mL, and the abdominal pain, abdominal distension, nausea, and vomiting symptoms of the patient were significantly relieved. After the gastric tube was removed, the patient was able to consume rice water orally without discomfort, and gradually transitioned from liquid diet to semi-liquid diet. After 7 days of comprehensive treatment, the patient's gastroparesis symptoms were relieved. The combination of traditional Chinese acupuncture and external application of mirabilite, combined with gastric motility drugs, blood sugar control, nutritional enhancement, activity exercise guidance, and psychological care, has a significant therapeutic effect on postoperative gastroparesis, promoting the recovery of postoperative gastrointestinal function, reducing abdominal pain after surgery, improving quality of life, shortening the course of the disease, and is worthy of wide promotion in clinical practice.

KEY WORDS: pancreaticoduodenectomy; postoperative gastroparesis; integrated traditional Chinese and western medicine nursing; case report

胰十二指肠切除术(Pancreaticoduodenectomy, PD)是一项在手术领域极具挑战性的操作,涉及多部位切除及复杂的消化道重建步骤,手术时间长,创伤显著,术后并发症发生率较高^[1]。胃瘫(GS),亦称功能性胃排空障碍,是腹部手术特别是胰十二指肠切除术后常见的并发症之一,其发生率约为30%~50%^[2-5]。临床表现主要为恶心、呕吐、腹胀等胃肠动力障碍症状,可导致患者营养不良、体重减轻等问题,严重时可引发吸入性肺炎、吻合口瘘、肠梗阻等并发症,对患者生理和心理造成重大负担。在胃瘫临床治疗过程中,传统治疗策略主要依赖于禁食、胃肠减压、肠外营养支持及胃肠动力调节药物。然而,临床应用结果表明,这些传统治疗方法的持续时间较长,患者往往伴随着较大的负面情绪,且治疗配合度较低^[6]。目前GS的治疗策略主要依赖于中西医结合的保守治疗,包括药物治疗、针灸、营养支持和运动疗法等^[7-8]。有研究者提出^[9],对于术后胃瘫综合征患者,针灸治疗能显著提高疗效并减少治疗过程中的不良反应。针灸治疗不仅能够提升术后胃瘫综合征患者的临床疗效,还能促进胃肠功能的恢复^[10]。芒硝外敷具有清热、止痛、消肿、降低炎症

因子水平、减轻腹痛腹胀的功效^[11-12]。本案例通过综合胃肠减压技术,应用胃动力药物、腹部外敷芒硝、中医穴位针灸、严格控制血糖、加强患者营养、增强活动锻炼及缓解患者精神压力等中西医结合护理手段,在一定程度上弥补传统治疗方法的不足,具有综合治疗的优势^[13]。在胰十二指肠切除术后并发胃轻瘫患者的康复治疗效果上取得突破性进展。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,75岁,因“皮肤及巩膜黄染症状出现1月”于2024年11月15日入院。患者于1个月前偶然发现皮肤及巩膜颜色转变为黄色,未伴有腹痛,但有轻微腹胀感。随后,由于皮肤及巩膜黄染症状加剧,并伴有间歇性恶心,患者前往我院外科门诊就诊,诊断为“胆囊炎及肝功能不全”,遂当日入住我科治疗。患者既往高血压20余年,长期服用氯沙坦钾片50 mg,1次/d,富马酸比索洛尔片5 mg,1次/d,血压控制尚可;2型糖尿病及糖尿病性周围神经病变近20年,随餐同服二甲双胍0.5 g,3次/d,与第一口饭同服阿卡波糖片

100 mg, 3 次/d, 达格列净片 10 mg, 1 次/d, 以及皮下注射甘精胰岛素注射液 24 单位, 1 次/d, 控制血糖, 但血糖监测并不规律; 患者有冠状动脉粥样硬化性心脏病 8 年余, 动脉粥样硬化及高脂血症 5 年余, 脑梗塞 4 年余, 曾在国内某三甲医院接受冠状动脉支架置入术, 植入支架两枚并长期服用硫酸氢氯吡格雷片 75 mg, 1 次/d, 抗凝治疗。该个体性格特征表现为急躁与固执, 日常膳食早餐主要由米粥和腌渍蔬菜构成, 午餐与晚餐则偏好于米饭、馒头及面条; 该个体大部分时间选择在居所内活动, 不倾向于外出; 偶尔有饮酒行为, 每次摄入量约为 20 mL, 且无吸烟习惯。否认肝炎和疟疾史, 否认食物和药物过敏史。

1.2 查体

患者入院体温 (T) 36.5℃, 脉搏 (P) 80 次/min, 呼吸 (R) 20 次/min, 血压 (BP) 116/63 mm Hg; 皮肤及巩膜黄染, 腹部略膨隆, 未见胃肠型及胃肠蠕动波, 未见腹壁静脉曲张, 未见腹部青紫斑, Cullen 征阴性, Grey-Turner 征阴性, 腹软, 未及包块或压痛, 无肌紧张及反跳痛, 肝、脾肋下未触及肿大, 莫菲氏征阴性, 肝、肾区未及叩击痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音稍减弱。

1.3 诊断

本例患者入院诊断为梗阻性黄疸、冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压、脑梗塞、2 型糖尿病、低蛋白血症、低钠血症。入院后完善相关化验检查, 完善心电图、动态血压监测、超声心动、肝胆胰脾超声、肺功能及气道阻力、胸部 CT 及全腹加盆腔多期强化 CT 检查。患者化验结果 CEA 5.91 ng/mL、CA19-9 85.2 U/mL, 血清白蛋白 29.3 g/L、血钠浓度 131.8 mmol/L, 强化 CT 结果示“胆总管远端及胰头区占位”, 初步诊断为“胆总管下段癌”。

1.4 治疗

术前, 患者由口服硫酸氢氯吡格雷片改为皮下注射贝米肝素钠注射液 3500IU, 1 次/d, 替代治疗。2024 年 11 月 26 日, 患者血清白蛋白 32.1 g/L, 血钠浓度 130.5 mmol/L。在全身麻醉下, 患者接受“胰十二指肠切除术”, 术中诊断为“胆总管下段癌”。手术过程中出血量为 300 mL, 术后在右上腹和右下腹各留置一根腹腔引流管。患者术后返回病房监护室, 接受持续呼吸机辅助呼吸和床旁心电监护。在无明确诱因的情况下, 患者出现心跳骤停和血压下降, 立即采取胸外心脏按压、静

脉注射肾上腺素 1 mg, 静脉泵入多巴胺升压治疗, 患者心率 (HR) 恢复至 100 次/min, 呈窦性心律, 血压 (BP) 为 90/60 mm Hg。同步联系心内科会诊, 行床旁超声心动检查, 排除心脏因素, 考虑为镇静药物丙泊酚注射液导致的咽喉反射及循环系统抑制, 进而引起血压下降和心肌血液灌注减少, 导致心跳骤停^[14]。11 月 28 日 (术后第 2 日) 患者心率 (HR) 为 84 次/min, 血压 (BP) 为 114/68 mm Hg, 呼吸频率 (R) 为 20 次/min, 遵医嘱拔除气管插管, 停呼吸机辅助呼吸。12 月 1 日, 术后第 5 天, 患者排气并能下地活动 100 m, 2 次/d, 随后拔除胃管。12 月 6 日, 术后第 10 天, 患者出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状, 呕吐物量达 600 mL (淡黄色胃内容物)。CT 影像学检查揭示胃部扩张及内容物滞留, 从而确诊为术后胃轻瘫。随即对患者实施禁食及留置胃管胃肠减压治疗, 减压量为 290 mL, 同时采用中医针灸和芒硝外敷治疗, 联合使用乳酶生片 0.3 g, 3 次/d, 缘酸莫沙必利片 5 mg, 3 次/d, 以增强胃动力; 静脉泵入胰岛素控制血糖; 予结构脂肪乳 (20%) 氨基酸 (16%) / 葡萄糖 (13%) 注射液 1206 mL + 多种微量元素注射液 40 mL + 维他利匹特注射液 10 mL + 丙氨酰谷氨酰胺注射液 10 g + 15% 氯化钾注射液 20 mL 进行静脉营养支持治疗, 每日协助患者下床活动 2 次, 每次行走 50 ~ 100 m 进行活动锻炼; 组织家属探视及陪护, 予患者鼓励及支持。

1.5 转归

12 月 12 日, 患者胃肠减压量为 5 mL, 无腹胀、恶心、呕吐症状, 遵医嘱拔除胃管, 少量饮水, 患者无不适。12 月 13 日, 患者进食流食, 胃肠蠕动正常, 无腹胀, 胃瘫症状缓解。2024 年 12 月 18 日患者康复出院, 出院后饮食逐渐从流质过渡至富含优质蛋白的食物。在出院后的一周随访期间, 患者在家庭环境中严格进行血糖监测, 并规律性地服用药物; 每日主要进行步行活动, 饮食保持低脂低盐。2025 年 1 月 19 日, 患者进行首次化疗, 期间未观察到胃瘫相关的症状复发。2 月 9 日返院进行第 2 次化疗, 患者均无胃瘫症状。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

患者日常生活能力 Barthel 指数评估, 从患者进食 (10 分)、洗澡 (5 分)、修饰 (5 分)、穿衣 (10

分)、大便控制(10分)、小便控制(10分)、如厕(10分)、床椅转移(10分)、平地行走(10分)、上下楼梯(10分)等10个方面评估,本例患者得分为90分,其中上下楼梯得0分。

2.1.2 压疮风险评估

压疮风险评分总分为6~23分,分数越低,危险性越大。本例患者状态佳,神志清醒,感觉正常(4分),身体活动,经常步行(4分),可动性不受限(4分),皮肤潮湿很少(4分),营养良好(4分),摩擦力和剪切力无潜在危险(3分),本例患者总分为23分。

2.1.3 跌倒(坠床)风险评估

跌倒(坠床)风险评估,轻度危机3~8分,中度危机9~14分,高度危机15~20分。患者年龄75岁(2分),神志状况清醒(0分),活动情况不受限(0分),感觉功能正常(0分),使用药物有降压药、降糖药及抗凝药(3分),疾病因素有高血压、糖尿病及冠心病(3分),既往无跌倒史(0分),本例患者总分为8分。

2.1.4 疼痛评估

使用面部表情疼痛评定法(FPS),其中,0无疼痛,1~3分轻度疼痛,4~6分中度疼痛,7~10分重度疼痛。从左至右6张面部表情,最左边的脸表示无疼痛,最右边的脸表示剧烈疼痛,请患者立即指出能反映他疼痛程度的面部表情为第三张疼痛表情,疼痛评分3分。

2.1.5 营养风险评估

予患者住院患者营养风险筛查NRS评估,患者身高180 cm,体重73 kg,体重指数(BMI)22.5 kg/m²(正常),蛋白质28.5 g/L。临床诊断胆总管下端癌,患者糖尿病、肿瘤(1分);年龄75岁(1分),3个月内体重减轻>5%或最近一个星期进食量减少20%~50%(1分),总分3分,患者有营养不良的风险,需要营养支持治疗。

2.1.6 心理评估

患者可正常交流,对疾病认识不足,治疗过程中积极配合治疗。通过焦虑自评表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)进行测评。本量表包含20个项目,分为4个等级,正向记分题A、B、C、D按1、2、3、4分计,反向计分题按4、3、2、1计分,总分乘以1.25取整数即得标准分。低于50分为正常,50~60分为轻度焦虑,60~70分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。该患者入院焦虑评分56分,术前1 d焦虑评分60分,胃瘫症状发生后焦虑评分

68分,属中度焦虑;出院前1 d焦虑评分为42分。

2.1.7 社会评估

本例患者家属积极配合治疗,沟通无障碍。

2.2 护理诊断

胃排空障碍与胰十二指肠切除术后胃肠神经功能紊乱、手术创伤应激致胃瘫有关;高血糖与糖尿病有关;营养不足与禁食、术后低蛋白血症有关;活动无耐力与禁食、术后长期卧床、营养不良及身体虚弱有关;焦虑、恐惧与病情反复,病情迁延,预感到个体健康受到威胁有关;存在潜在并发症,误吸与胃排空障碍、腹胀、恶心、呃逆有关。

2.3 护理计划

①在胃轻瘫发生后,对患者采取禁食水及胃肠减压措施,以减轻食物、消化液对胃黏膜的刺激和吻合口水肿,降低胃肠道负荷,促进胃蠕动。每日鼻饲乳酶生片0.3 g,3次/d,缘酸莫沙必利片5 mg,3次/d,以增强胃动力,促进肠道蠕动,在胃肠蠕动恢复后开始摄入流质食物。禁食期间实施肠外营养支持策略,以预防因长期禁食导致的低蛋白血症,避免组织修复能力和免疫力的减弱,防止全身及局部胃肠道组织水肿,避免局限性运动功能障碍的发生,减少术后胃瘫的风险。一旦患者能够进食,即可逐步恢复肠内营养供给,并终止肠外营养支持。②补充适量水电解质以维持体内的酸碱平衡和电解质稳定,预防酸碱失衡和电解质紊乱影响胃肠动力恢复。③结合中医针灸疗法,1次/d,每次留针时长30 min,以通经活络、和胃健脾、改善气血运行;同时应用芒硝外敷,2次/d,3 h/次,芒硝结块后立即更换,使其充分发挥消肿、降低炎症因子水平、缓解腹痛腹胀的作用,待胃瘫症状缓解后,停止中医针灸和芒硝外敷。④与内分泌科专家进行会诊协作,通过静脉泵输注胰岛素,并依据血糖水平的变化动态调整输注剂量,以严格控制血糖水平,防止血糖的反复波动。避免由此引起的植物神经调节功能紊乱,以及因高血糖浓度抑制胃排空速度而导致的病情恶化。在患者恢复进食后,密切监测其空腹、睡前以及三餐后的血糖水平,依据监测结果适时调整降糖药物的剂量,以确保患者血糖水平维持在正常范围之内。⑤通过适度的主动或被动运动,增强患者系统代谢能力,改善胃肠自主神经支配功能,提升副交感神经系统的活性,降低交感神经系统的兴奋性,从而促进胃肠活动,有效减少术后腹胀、腹痛、恶心、呕吐等症状。⑥强化心理护理措施,预防患者出

现负面精神因素,从而避免体内激肽酶、5-羟色胺、儿茶酚胺及糖皮质激素等生物活性物质水平的波动,以减少对胃平滑肌蠕动功能的抑制作用,降低胃排空障碍的发生风险。

2.4 护理措施

2.4.1 胃排空障碍

胰十二指肠切除术后胃瘫是一种术后并发症,主要症状为胃排空障碍,可能导致患者出现消化不良、营养不良等问题^[15]。①严格禁食、持续胃肠减压以减轻食物、消化液对胃黏膜的刺激和吻合口水肿,降低胃肠道负荷,促进胃蠕动。胃肠减压期间注意胃管的放置,避免胃管的移动、拔出,在患者体位变化过程中关注胃管位置,避免出现扭曲、打折等问题。经胃管鼻饲药物后夹闭胃管1 h,之后保持胃管处于负压状态。每日关注胃肠减压量,引流液颜色及性质判断胃肠吸收及蠕动情况。②在胃瘫症状显现后,执行医嘱实施乳酶生片0.3 g,3次/d,鼻饲枸橼酸莫沙必利片5 mg,3次/d,以增强胃动力;当患者出现恶心、呕吐等症状时,使用甲氧氯普胺注射液10 mg静脉注射治疗,以缓解上述症状;出现呃逆予巴氯芬片10 mg口服进行缓解。服药期间观察患者有无便秘、头晕无力、药物过敏等症状发生。③在药物治疗的同时,结合中医针灸疗法,即依据中医经络脏腑理论采用中医针灸疗法,选取穴位包括额旁二线、中脘、攒竹、天枢、气海、膻中、合谷、列缺、内关、足三里、上巨虚、三阴交、公孙、涌泉及太冲等。在特定穴位上运用特殊针刺手法,如公孙穴透刺涌泉穴,而其他穴位则采用平补平泻手法,旨在巩固脾胃正气并驱散脾胃邪气,1次/d,每次持续30 min,根据患者恢复情况调整针灸疗程时长。此外,根据中医清热消肿原理,将1000 g芒硝置于布袋中,平铺于患者腹部,以发挥其清热、止痛、消肿、降低炎症因子水平、缓解腹胀和腹痛的功效,进而促进肠道功能恢复,改善患者的预后。芒硝结块后及时更换,以确保治疗效果。

2.4.2 高血糖

长期的静脉营养治疗可能导致血糖水平上升,而高血糖状态已被证实能够显著抑制胃动力^[16]。有研究指出^[17],通过有效控制血糖水平,可缩短胃排空时间,并减轻胃轻瘫所引起的餐后饱胀不适、上腹痛、上腹灼烧感以及早饱感等四种症状。①血糖水平的密切监测至关重要,患者术后血糖6.5~18.8 mmol/L范围内,通过静脉泵入胰

岛素,剂量为1~4单位/h,血糖控制在7.8~10.0 mmol/L。在内分泌科医生的协助下,血糖稳定后停止静脉泵入胰岛素,转为皮下注射门冬胰岛素6单位,3次/d,以及甘精胰岛素16单位,1次/d,保持血糖水平。该患者糖尿病病程大于5年,存在一定的低血糖风险,为减少糖尿病并发症,保持患者空腹血糖<7.5 mmol/L,餐后2 h<11.1 mmol/L^[18]。②在饮食方面,指导患者遵循糖尿病饮食原则,选择优质蛋白和低糖食品,例如瘦肉、南瓜以及绿叶蔬菜等;补充适量蛋白质维持肌肉质量和饱腹感,选择低脂的蛋白质,如鸡肉、鱼、豆类和豆腐等;合理分配饮食,每天分为三餐,每餐之间加配餐;根据患者的体重、身体活动水平、药物治疗和个人口味进行合理的个性化计划饮食;记录患者日常饮食,帮助监控食物摄入和血糖水平。③在活动指导方面,老年2型糖尿病患者主要以休闲类和低强度体力活动为主^[19]。在患者卧床期间执行床上踝泵运动,15~20次/组,3~4组/d;生命体征平稳后协助患者进行床边活动(床边坐立、双腿着地、坐在椅上、扶床行走、逐渐室内行走),2次/d,20~30 min/次;之后过渡到每日下床活动2~3次,每次行走100~200 m,逐步加强活动量并延长活动时间。

2.4.3 营养不良

胃瘫一旦发生,会导致患者经口进食时间延长,从而引起营养不良,增加患者死亡风险^[20]。给予足够的胃肠外营养(TPN)结构脂肪乳(20%)氨基酸(16)/葡萄糖(13%)注射液1206 mL+多种微量元素注射液40 mL+维他利匹特注射液10 mL+丙氨酰谷氨酰胺注射液10 g+15%氯化钾注射液20 mL营养支持治疗,维持患者的水电解质酸碱平衡,补充微量元素,纠正负氮平衡。①依据化验结果,患者白蛋白32.1 g/L,总蛋白57.9 g/L,予人血白蛋白静脉输注。②遵医嘱予胃肠动力药物促进营养吸收。③进食高蛋白饮食。

2.4.4 活动无耐力

胃瘫发生后长时间禁食直接导致患者电解质失衡致使患者身体虚弱。①严密监测电解质水平,检测结果显示血钠浓度为125.6 mmol/L,血钾浓度为3.23 mmol/L,遵医嘱静脉补充电解质以维持机体平衡,同时口服托伐普坦片纠正低钠血症。②患者术后血红蛋白(HGB)水平为77.0 g/L,静脉补充悬浮红细胞和悬浮少白红细胞各2个单位。③对患者进行活动指导,逐步从

床上活动过渡至床边活动,最终实现下床行走。

2.4.5 焦虑

《伤寒论》中曾提到:“忧恐悲怒,思虑伤脾”,意思是忧虑、恐惧、愤怒等情绪会伤害脾胃。研究已证实^[21],负面精神状态与胃瘫之间存在相互因果关系,而积极的心理状态对胃瘫的康复具有显著的正面影响。①密切观察患者情绪变化,一旦出现异常,立即进行心理疏导。②允许家属陪伴及探视,以防止负面情绪对患者产生不利影响,医护人员每日对患者康复进展给予语言上的肯定,并对患者在康复过程中的合作行为进行正面评价。③重视患者的主观感受,对出现的任何异常情况及时处理,并向患者提供合理的解释。④向患者介绍成功案例,以增强其对抗疾病的信心。

2.4.6 潜在并发症

胃储留及胃排空障碍在患者体位改变、咳嗽及呃逆等情况下极易诱发误吸,进而加重病情,延长住院时间。①确保胃管位置的准确性与固定性,防止胃管移位或脱出,持续有效的胃肠减压是减轻胃张力、促进胃动力功能恢复、缓解胃瘫的关键,是最基础的治疗策略;妥善固定胃管,保持胃管通畅,防止胃管扭曲打折,准确记录胃管引流液的颜色、性质和量,保持患者口腔清洁,进行口腔护理,2次/d。②维持适宜体位,根据肠内营养指南A级推荐床头角度大于30°的卧位是预防反流误吸的最佳体位。每次进食后保持患者半卧位30~60 min,床头抬高30~40°,有助于胃肠食物的排空,防止因体位过低导致食物反流引发误吸。

2.5 护理评价

在患者表现出胃瘫征象后,采用中西医结合护理,整个护理周期为7 d,每日对患者进行一次相关症状康复情况的评估。通过中西医结合护

理,患者各项症状改善速度较快,患者腹痛、腹胀、恶心及呕吐症状在护理第2天开始消失,第4天相关胃肠不适症状均消失,详见表1。分别在患者入院、术前、胃瘫症状出现第1天及出院前1 d进行焦虑评估,通过比较分析,可看出患者整个住院期间均有轻度和中度焦虑,直至出院前1 d患者焦虑情绪才明显改善,恢复至正常状态。

在患者住院期间,持续与内分泌科专家进行会诊协作,依据监测结果适时调整降糖药物的剂量,以确保患者血糖水平维持在正常范围之内。患者术前血糖波动在6.5~14.7 mmol/L,持续静脉泵入胰岛素控制血糖5.5~10.6 mmol/L后行胰十二指肠切除术,术后严密监测血糖,维持血糖在6.2~13.7 mmol/L。患者恢复进食后,指导患者合理饮食,减少米粥、馒头及米饭等含糖量高的食物摄入量。根据患者个体情况,制订个性化活动方案并严格执行。通过7 d的中西医结合护理,患者胃瘫症状快速康复。

3 结果和随访

自胃瘫轻症状出现以来,患者接受持续胃肠减压,以缓解胃肠道压力,同时采用胃动力药物治疗,并结合中医的穴位针灸疗法。此外,患者接受芒硝外敷治疗、加强血糖和营养的管理及活动锻炼的指导,同时接受缓解精神压力的有效措施。这些综合治疗后,患者胃瘫症状得到显著缓解,患者在进食流质食物后未出现腹痛、腹胀、恶心和呕吐等不良反应。出院后患者饮食逐渐从流质过渡至富含优质蛋白的食物。至2025年1月19日,患者进行首次化疗,期间未观察到胃瘫相关的症状复发。2025年2月9日返院进行第2次化疗,患者均无胃瘫症状。

表1 患者胃瘫康复情况观察表

评估症状	第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天
腹痛	3分	0~1分	0分	0分	0分	0分	0分
腹胀	明显	轻微	无	无	无	无	无
恶心	明显	轻微	无	无	无	无	无
呕吐量	600 mL	0 mL	0 mL	0 mL	0 mL	0 mL	0 mL
胃肠减压量	290 mL	100 mL	50 mL	5 mL(停止胃肠减压)	/	/	/
进食情况	无	无	无	水100 mL+米汤50 mL	流食300 mL	流食600 mL	半流食
评价	腹痛、腹胀、 恶心、呕吐	无腹痛、恶 心症状,食 欲未恢复	无腹痛、腹胀、 恶心、呕吐症 状,食欲恢复	胃肠功能基本恢复,少 量多餐	增加进食量,无腹 胀、恶心症状	逐步过渡至正 常饮食结构	达到出院标 准,过渡正常 饮食

4 讨论

术后胃瘫综合征是上腹部手术,特别是胰十二指肠切除术后的一种常见并发症,其主要临床表现为胃肠动力减弱或丧失,胃排空量显著增加,以及进食后出现的腹痛、饱胀、恶心和呕吐等症状。该综合征是一种以胃排空障碍为特征的非机械性梗阻,是腹部及胃部手术后较为普遍的并发症之一。传统治疗策略通常涉及禁食、胃肠减压、肠内外营养支持、电解质和酸碱平衡维护以及促胃肠动力药物的应用,但其疗效往往不尽如人意。本例患者综合胃肠减压技术、应用胃动力药物、腹部外敷芒硝、中医穴位针灸、严格控制血糖、加强患者营养、加强活动锻炼及缓解患者精神压力等中西医结合手段,显著缩短单纯依赖传统治疗手段所需的时间。因此,中西医结合护理在胃瘫综合征的临床应用中具有广泛前景。但相关病例样本数量局限,待今后增加样本量进行分析,总结更多的护理经验,以便指导临床工作。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 史亚波,李扬,刘华兵,等. 大网膜包裹胰肠吻合口预防胰十二指肠切除术后并发症有效性和安全性的Meta分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(1): 129-137.
SHI Y B, LI Y, LIU H B, et al. Efficacy and safety of omental wrapping technique for pancreaticojejunal anastomosis in preventing complications after pancreaticoduodenectomy: a Meta-analysis [J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(1): 129-137. (in Chinese)
- [2] WINDSOR J A. Are technical factors important in reducing the risk of delayed gastric emptying after pancreatoduodenectomy? [J]. JAMA Surg, 2018, 153(10): 927-928.
- [3] NAKKEB AEL, ASKR W, MAHDY Y, et al. Delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy. risk factors, predictors of severity and outcome. A single center experience of 588 cases[J]. J Gastrointest Surg, 2015, 19(6): 1093-1100.
- [4] 淦宇,方程,杨小李,等. 胰十二指肠切除术后胃瘫非手术综合治疗效果分析[J]. 医药前沿, 2019, 9(33): 24-25.
GAN Y, FANG C, YANG X L, et al. Effect analysis of non-operative comprehensive treatment for gastroparesis after pancreaticoduodenectomy [J]. Frontiers in Medicine, 2019, 9(33): 24-25. (in Chinese)
- [5] 曹嵘,李晓健,李可为,等. 胰十二指肠切除术后胃瘫综合征的影响因素分析及治疗经验总结[J]. 肝胆胰外科杂志, 2023, 35(3): 173-176.
CAO R, LI X J, LI K W, et al. Influencing factors and treatment strategy for postoperative gastroparesis syndrome after pancreaticoduodenectomy [J]. J Hepatopancreatobiliary Surg, 2023, 35(3): 173-176. (in Chinese)
- [6] 黄无浪,付鹏程,张旭华. 赭薤柴胡汤联合传统治疗在胆道术后胃瘫患者中的应用效果[J]. 实用临床医学, 2024, 25(4): 58-60.
HUANG W L, FU P C, ZHANG X H. Application effect of Zxiechaihu decoction combined with traditional therapy in patients with gastroparesis after biliary operation [J]. Pract Clin Med, 2024, 25(4): 58-60. (in Chinese)
- [7] 丁世康,叶辉,周琴. 中国肿瘤患者术后胃瘫诊治中西医结合专家共识(2022版)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(3): 188-191.
DING S K, YE H, ZHOU Q. Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of postoperative gastroparesis syndrome in cancer patients with Traditional Chinese and Western Medicine (2022 edition) [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2023, 31(3): 188-191. (in Chinese)
- [8] 刘美伶,王静,李放,等. 进展期胰腺癌术中近距离放疗后并发胃瘫患者30例的营养管理[J]. 军事护理, 2024, 41(10): 109-112.
LIU M L, WANG J, LI F, et al. Nutritional management of 30 advanced pancreatic cancer patients undergoing gastroparesis after intraoperative brachytherapy [J]. Mil Nurs, 2024, 41(10): 109-112. (in Chinese)
- [9] 杨亮亮,庞瑞. 中药联合针灸治疗术后胃瘫综合征的临床效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17(3): 147-150.
YANG L L, PANG R. Clinical effect of traditional Chinese medicine combined with acupuncture in the treatment of postoperative gastroparesis syndrome [J]. China Med Her, 2020, 17(3): 147-150. (in Chinese)
- [10] 殷琪,郑晓,殷巧珍. 针灸治疗术后胃瘫综合征临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(2): 103-105.

- YIN Q, ZHENG X, YIN Q Z. Acupuncture and moxibustion in the treatment of postoperative gastric paralysis syndrome [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2024, 22(2): 103-105. (in Chinese)
- [11] 王晶晶, 蔡常春, 张晴, 等. 联合使用大黄、芒硝对重症急性胰腺炎患者肠道功能和炎症因子的影响[J]. 中成药, 2019, 41(5): 1191-1193.
- WANG J J, CAI C C, ZHANG Q, et al. Effects of combined use of rhubarb and mirabilite on intestinal function and inflammatory factors in patients with severe acute pancreatitis [J]. Chin Tradit Pat Med, 2019, 41(5): 1191-1193. (in Chinese)
- [12] 马柳一, 刘倩倩, 韩冬冬, 等. 大承气汤灌肠联合芒硝外敷对中重度急性胰腺炎早期肠内营养耐受性的影响[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(4): 401-407.
- MA L Y, LIU Q Q, HAN D D, et al. Effect of Dachengqi decoction enema combined with Mangxiao(natrii sulfas) external application on early enteral nutritional tolerance of moderate to severe acute pancreatitis[J]. Shandong J Tradit Chin Med, 2022, 41(4): 401-407. (in Chinese)
- [13] 周宇倩, 宇文潇, 杨海卿, 等. 113例术后胃瘫综合征的中医证型特点分析[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(13): 2215-2217.
- ZHOU Y Q, YUWEN X, YANG H Q, et al. Analysis of TCM syndrome types in 113 patients with post-operative gastroparesis syndrome [J]. J Med Theory Pract, 2023, 36(13): 2215-2217. (in Chinese)
- [14] 李晓东, 彭芳, 杨丹. 丙泊酚致过敏性休克死亡1例[J]. 医药导报, 2025, 44(1): 131-133.
- LI X D, PENG F, YANG D. A case of anaphylactic shock and death caused by propofol [J]. Her Med, 2025, 44(1): 131-133. (in Chinese)
- [15] 赵慧颖, 赵丹梅. 胰十二指肠切除术后胃瘫患者康复护理的研究综述[J]. 生命科学仪器, 2024, 22(2): 99-101.
- ZHAO H Y, ZHAO D M. Review on rehabilitation nursing of patients with gastroparesis after pancreaticoduodenectomy [J]. Life Sci Instrum, 2024, 22(2): 99-101. (in Chinese)
- [16] 刘珍颖. 饮食护理干预对糖尿病性胃轻瘫患者血糖水平及胃排空的影响[J]. 中华养生保健, 2021, 39(17): 89-90.
- LIU Z Y. Effects of dietary nursing intervention on blood glucose level and gastric emptying in patients with diabetic gastroparesis [J]. China Health Care, 2021, 39(17): 89-90. (in Chinese)
- [17] 周慧琴, 何玉娟. 中西医结合护理干预对糖尿病性胃轻瘫患者血糖水平及胃排空时间的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(36): 114-117.
- ZHOU H Q, HE Y J. Effect of nursing intervention of integrated Chinese and Western medicine on blood glucose level and gastric emptying time in patients with diabetic gastroparesis [J]. Med Forum, 2022, 26(36): 114-117. (in Chinese)
- [18] 张茜, 王战建, 周亚茹, 等. 2022版《中国老年2型糖尿病防治临床指南》专家解读[J]. 疑难病杂志, 2022, 21(5): 445-449.
- ZHANG Q/X, WANG Z J, ZHOU Y R, et al. Expert interpretation of the 2022 edition of "Clinical Guidelines for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes in Elderly China" [J]. Chin J Difficult Complicat Cases, 2022, 21(5): 445-449. (in Chinese)
- [19] 杨蓓, 叶红芳, 张宁, 等. 老年2型糖尿病患者体力活动现状及影响因素研究[J]. 护理学报, 2025, 32(2): 7-12.
- YANG B, YE H F, ZHANG N, et al. Current status of physical activity and its influencing factors in elderly patients with type 2 diabetes [J]. J Nurs China, 2025, 32(2): 7-12. (in Chinese)
- [20] 张婕, 陆洁莉. 非胰岛细胞肿瘤所致的低血糖临床诊治进展[J]. 内科理论与实践, 2023, 18(4): 256-260.
- ZHANG J, LU J L. Clinical diagnosis and treatment progress of hypoglycemia caused by non-islet cell tumors [J]. J Intern Med Concepts Pract, 2023, 18(4): 256-260. (in Chinese)
- [21] 卢欢倩, 陈禾凤. 糖尿病性胃轻瘫伴有焦虑抑郁的药物治疗方案与药学监护[J]. 临床药物治疗杂志, 2024, 22(S1): 100-104.
- LU H Q, CHEN H F. Drug treatment and pharmaceutical care of diabetic gastroparesis with anxiety and depression [J]. Clin Med J, 2024, 22(S1): 100-104. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。