

最终成功地解决问题,从而起到平衡心理和保护心理健康的作用。本研究显示,虽然心理健康组与心理问题组首选的应付方式都是解决问题和求助,即成熟型应付方式,但是心理问题组新生选择自责、退避等不成熟应付方式显著高于健康组,而且求助的选择显著低于健康组,提示心理问题组比健康组新生遇到困难和挫折时,更愿意选择依靠自己解决问题或采取退避等消极的应付方式。心理健康与应付方式相关分析和多元回归分析也显示,求助、自责、退避和合理化对心理健康影响较大。说明军校新生所选择的应付方式,对心理健康状况有着重要的影响,遇到问题时选用不同的应付方式就会产生不同的心理健康状况。

心理健康与人格的关系显示,情绪稳定性(N),内外向(E)和掩饰性(L)是影响心理健康的重要因素。提示健康组新生具有情绪稳定、个性外倾和掩饰性强的人格特征,心理问题组与之相反。社会支持与应付方式和EPQ相关分析显示,社会支持与解决问题、求助和内外向呈显著正相关,与其余各项呈负相关。这与心理健康与应付方式和EPQ的相关是一致的。说明社会支持、应付方式和EPQ之间相互作用、相互影响、相互制约,共同影响心理健康状况。心理

健康的个体往往具有情绪稳定和个性外倾的人格特征,遇到困难和挫折时,较多采用解决问题和求助的积极应付方式,因此,得到的社会支持较高。

军校新生的心理和人格发育尚未完全成熟,具有可塑性,教育者在对其进行心理教育时,应注意培养其外向和成熟的性格,培养其对待应激事件的积极态度和积极应付方式,争取得到和利用更多的社会支持,促进心理健康水平的提高。

【参考文献】

- [1] Goynes JC, Downey GS. Stress, social support and the coping process [J]. Ann Rev Psychol 1991 42:401-426.
- [2] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:16-27.
- [3] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999(增订版):109-115,127-129.
- [4] 钱铭怡,武国城,朱荣春,等. 艾森克人格问卷简式量表中国版(EQ-RSC)的修订[J]. 心理学报,2000,32(3):317-323.
- [5] 陈树林. 应激源、认知评价与抑郁障碍的关系研究[J]. 中国临床心理学杂志,2000,8(2):104-106.
- [6] 张强,陈丽娟,赵虎. 大学生社会支持与心理健康的关系[J]. 中国健康心理学杂志,2004,12(6):403-404.

编辑 许昌泰

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2006)13-1198-01

胃癌术后早期肠内营养 243 例

王湘辉,李涛,吴伟强

(兰州军区兰州总医院普通外科,甘肃兰州 730050)

【关键词】胃肿瘤,肠内营养,肠外营养,并发症

【中图分类号】R459.3 【文献标识码】B

1 临床资料 2001-01/2004-12 胃癌择期手术患者 243(男 162,女 81)例,年龄 24~81(平均 58.2)岁,术前肝肾功能正常。术后分为肠内营养(EN)组(104例)和肠外营养(PN)组(139例),每天非蛋白热能 30 kJ/kg,蛋白质 1.25 g/kg(0.2 g 氮/kg),热氮比 150:1,术后 1 d 给半量,7~10 d。PN 组选用葡萄糖液、复方氨基酸、脂肪乳剂、维生素及微量元素。EN 组手术结束前于 Treitz 韧带或输出袢下 20~30 cm 处空肠置造瘘管,固定于壁层腹膜,术后 1 d 经造瘘管 24 h 持续滴入 10 g/L 葡萄糖液 500 mL,2 d 持续滴入瑞素 500 mL,并每日增加 500 mL 至 2000 mL/d,不足之液体和营养素由静脉补充,待肛门排气、恢复饮食后逐日减少。术后并发症 EN 组 6.7%(7/104),PN 组 7.2%(10/139, $P > 0.05$) 均经对症治愈。EN 组 11 例出现腹胀、腹部隐痛不适,9 例经减慢输注速度后好转,2 例改为肠外营养。肛门排气时间 EN 组(2.8 ± 0.5) d 较

PN 组(4.0 ± 0.3) d 短($P < 0.05$)。术后 7 d 患者的营养状态均基本恢复到术前状态,其电解质、肝肾功能、血糖、血脂均正常,术后 1 wk CD3、CD4、CD8 及 CD4/CD8 基本恢复到术前水平,两组无显著性差异($P > 0.05$)。

2 讨论 近年来的研究表明腹部手术后的胃肠道麻痹以胃和结肠为主,而小肠的运动、吸收功能在术后数小时即可恢复^[1]。对腹部手术后患者可进行早期肠内营养支持,以充分利用小肠的吸收功能,克服肠外营养支持的缺点。104 例行肠内营养支持者仅 2 例因腹胀、腹痛明显不能耐受而转为肠外营养。循序渐进式的术后早期肠内营养支持,可增加患者对肠内营养的耐受性,减少静脉输液量,还可以促进肠功能的恢复,肛门恢复排气时间较肠外营养显著提前($P < 0.05$)。术后 7 d 患者的营养状态即可恢复到术前状态,EN 组与 PN 组之间无显著性差异。此外,患者的电解质、肝功能、肾功能、血糖、血脂的均无异常。从而有可能增加术后感染的危险,加速体内癌细胞的扩散。因此,改善胃癌患者术后的免疫功能具有重要的临床意义。由于肠内营养更符合生理功能,有助于维护肠黏膜的屏障功能,可提高患者的免疫功能^[2-3]。

【参考文献】

- [1] 吴国豪,刘中华,全应军,等. 普外科住院患者营养状况评价[J]. 中华普通外科杂志,2004,19(12):732-734.
- [2] 戴树勇,岳晚霞. 胃大部分切除术后胃功能性排空障碍 25 例临床分析[J]. 第四军医大学学报,2004,25(8):封2.
- [3] 汪敏徽,侯维孝. 肠内营养在胃癌术后的临床应用[J]. 中华胃肠外科杂志,2004,7(4):330-332.

编辑 潘伯荣

收稿日期 2005-09-31; 接受日期 2005-11-08

作者简介 王湘辉,副主任医师. Tel (0931)8975261 Email vigorous_007@163.com