

· 个案报道 ·

上消化道溃疡高危者大面积烧伤的诊治体会 (附 1 例病例报告)

解海燕

上消化道溃疡高危者的大面积烧伤是指既往有上消化道溃疡史或活动性上消化道溃疡的患者发生大面积烧伤, 此类患者由于本身存在胃肠粘膜的病变基础, 潜在危险性较大面积烧伤并发的应激性溃疡更大。虽然这类患者的发病率很低, 但由于其治疗和护理上的特殊性, 诊治难度更大。作者根据工作中遇到的一些病例, 以 1 例典型病例为例, 对此类患者的治疗和护理要点进行了总结和体会。

病例资料: 患者李某, 因火焰 75% TBSA, II 度 - III 度, 双上肢, 双下肢及胸背部烧伤, 在外院治疗 14 天后转入我院。入院前曾在当地医院进行切削痂植皮辐照猪皮覆盖自体邮票皮移植术, 植皮面积 38%, 植皮部位双上肢和双小腿。由于植皮后异体猪皮脱落, 自体皮生长不良, 患者一般情况差, 因而家属要求转院。入院时查体: 精神萎靡, 两眼无神, 呈昏睡状态, 眼睑苍白, 面部苍白, 四肢冰冷; 创面包扎纱布已浸渍, 植皮部位除 40% 仍有猪皮覆盖, 其余植皮区均已脱落, 脱落的区域基本无自体皮生长, 创面基底苍白, 无活跃出血点, 其余创面痂皮已溶解。入院后急查血常规, 血色素仅为 3.3g, 询问家属, 入院前大便呈黑色, 且有胃溃疡史, 伤前一直服用雷尼替丁。立即给予全血、补液支持, 同时静脉滴注甲氰咪呱, 口服氢氧化铝凝胶, 禁食等治疗措施。同时对植皮创面进行简单清创, 暴露创面氯霉素纱布覆盖, 其余创面涂碘伏, 红外线灯烤。经过积极处理, 3 天后血色素恢复至 7.9g, 6 天后恢复至 10.1g, 患者面色红润, 大便变黄, 恢复普食。第 9 天行双下肢残余创面清创, 自体皮移植术, 覆盖创面 15%。术后患

者一般情况良好, 术后第 7 天更换手术区敷料, 见自体皮生长良好, 皮片转红, 患者血色素稳定在 10g 左右, 饮食良好, 黄便, 基本停止输液。

但在术后第 9 天, 查房发现患者脸色苍白, 又见黑便, 急查血色素又降至 5.2g。紧急行胃镜检查, 但未在胃十二指肠发现粘膜有弥漫性出血点和溃疡等病变。考虑有微小的应激性溃疡面, 为保护胃粘膜, 增加胃粘膜修复速率, 保证消化系统的消化功能, 因此停用各种消化系统药物, 给予美宝胃肠胶囊 5g/次, 每日 4-6 次, 餐前和临睡前空腹服用, 5 天后血色素恢复至 10g 左右。

从该病例的病程变化, 结合大面积烧伤应激性溃疡的防治经验, 我们对这种发病率较低的大面积烧伤患者的诊治和护理体会如下:

1. 从思想上引起高度的重视:

大面积烧伤患者本身就具有应激性溃疡的潜在危险性, 特别是在伤后早期, 由于创面的存在和休克症状的存在容易掩盖胃肠道的症状和病情变化, 另外由于大量的消耗造成机体营养状况较差, 食欲下降, 进食减少, 胃肠粘膜粘液分泌减少, 粘膜缺血缺氧, 粘液-粘膜屏障功能下降^[1]。患者本身就具有发生溃疡的病理基础, 休克的延迟复苏等几方面的综合因素是此类患者容易复发上消化道溃疡甚至出血。从上述病例可见, 一旦发生出血, 往往不是患者原发溃疡一样, 出现较大的单发溃疡, 而是肉眼不可见的微小出血点弥漫出血, 很明显与烧伤的病理变化是相关的。因此此类患者从入院开始直至创面愈合都存在着应激性溃疡和溃疡并发的可能性。

2. 医疗方案的建立和实施：

(1) 有效的休克复苏，避免隐性性休克的发生：休克复苏是大面积烧伤救治的首要任务，医生一般都具有足够的重视，能够建立相应的补液计划，因此有效地实施是医生和护士都应该注意的，医生和主管护士都应该经常检查和过问。研究表明，大面积烧伤后胃肠粘膜的供血恢复最迟，有效复苏的情况下，伤后 72 小时其血供仍只有正常情况的 70% 左右^[2]。因此有效地复苏是预防消化道溃疡的主要措施。

(2) 早期和持续的保护胃粘膜，修复损伤粘膜，保障正常消化功能：从入院到出院，都应不间断的常规使用抗溃疡药物，一般为抗酸或抑酸剂和胃粘膜保护剂的组合较为理想。但由于烧伤后患者呈负氮平衡，消化吸收能力差，抑制胃酸分泌反而在一定程度上抑制消化功能，胃粘膜和肠粘膜缺乏食物刺激，很容易发生应激性损害和粘膜萎缩。最近新上市的美宝胃肠胶囊不仅有强力的粘膜保护作用，其作用持续达 4 小时，与胃粘膜的粘着力和保护作用强于市面上的其他胃粘膜保护剂，而且胶囊中还含有激活胃肠粘膜干细胞的物质，可原位修复损伤的胃肠粘膜。其保护和再生的特点在烧伤后早期消化系统应激性溃疡的预防中具有独特的作用，既能保护胃粘膜，又不影响胃酸分泌，不影响消化吸收功能^[3]。

(3) 注意早期经胃肠营养：由于伤后患者的禁食，缺乏食物和胃酸的刺激，肠粘膜将发生萎缩和坏死，引起营养吸收障碍和内源性感染的危险。胃粘膜由于长期缺乏食物的刺激，也会对食物的刺激过于敏感或不适应，很容易发生各种不适症状。因此入院后，在允许的条件下，循序渐进的对患者进行经胃肠营养，提供高质量的营养供应，同时也能够避免肠道的并发症和内源性感染的发生。

3. 护理要点：

(1) 严格有效地实施医疗方案：严格执行医生建立的补液计划和医疗方案，不能拖拉或延误方案的实施。如果因为各种原因造成某些方案或用药的延误，哪怕是微小问题都应及时向医生汇报，以

引起主治医生的注意，便于医生更改计划。如上述病例，由于时隔休息日，医生和护理人员缺乏足够的观察和重视，引起了严重的后果，这是护理人员责任心不强和对患者病情的麻痹大意造成的，主观上过于乐观，忽视了一些看似简单的细节。

(2) 严密的监测：早期由于大量医用管道的建立，医生和护士的注意力往往集中在患者的主要生命体征上，容易顾此失彼，因此这类特殊的患者必要时应建立观察表格，以引起医生和护士的重视。同时要指导患者的家属经常观察患者的精神、食欲、体温、脉搏和呼吸等生命体征，大小便的量和形状。对于有溃疡史的患者更要注意大小便的情况，同时要注意其他一些消化道体征，如腹胀、呃逆、腹泻、腹痛等，其中出现频繁呃逆或顽固性呃逆应特别注意，这往往是上消化道出血的先兆。

(3) 医用管道的护理：注意各种医用管道的无菌处理的维护，如果有胃管或十二指肠喂养管，应经常注意管道的位置，畅通情况、消毒以及进食速度和病人的反应等等，以防腹胀、呕吐造成水电解质紊乱、管道滑脱离开原有位置，气囊压迫造成粘膜坏死等情况的发生。

(4) 紧急情况的处理准备：护理人员应作好大出血的紧急抢救准备，包括一些必备药物和急救设备。

(5) 对患者家属的教育和指导：患者一入院，就要向患者家属说明病情的危重性，提醒其注意患者的各种异常变化，特别是腹部症状和二便的变化。

从该病例的临床过程，我们得到了非常深刻的教训，即在临床工作中不能有丝毫马虎，特别是在患者病情出现明显转机的时候不能心存侥幸。对于大面积烧伤患者，时刻存在着并发症的可能，因为烧伤的复杂病理变化，恢复过程与普通外科病人或内科病人有着截然不同的不同，特别对于有溃疡史或有活动性溃疡的患者，其诊治和护理都有别于内科和普通外科患者，这是溃疡病本身和烧伤的病理生理变化特点所决定的。但只要在思想上重视，在大面积烧伤的治疗过程中有条不紊的指挥，这类患者的救治不会牵扯过多的精力，反之则象上述病例一样会给临床治疗带来极大的麻烦，延误患者的康复。

参考文献

- [1] 黎鳌. 烧伤治疗学 [M]. 人民卫生出版社, 第二版, 1999.
- [2] 崔晓林, 等. 严重烧伤抗休克时胃肠粘膜内缺血的研究 [J]. 中华整形烧伤外科杂志, 1998, 14, 262 - 265.

- [3] 徐荣祥, 王运平, 范然, 等. 美宝胃肠胶囊维持胚胎小白鼠胃组织器官型植块存活及促进细胞增殖 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2001, 13 (4): 209 - 214.

【作者简介】

解海燕 (1972—), 女 (汉族), 河北人, 2002 年天津医学院毕业, 护师.

(收稿日期: 2003-12-28; 修回日期: 2004-01-30)

《中国烧伤创疡杂志》撰稿须知

一、本刊是卫生部主管的全国性医学专业学术季刊, 国内外公开发行。本刊宗旨: 研究探讨人体生命科学规律; 报道再生医学理论及其研究成果; 交流烧伤湿性医疗技术的临床经验; 介绍国内外烧伤创疡的发展动态; 开展学术交流与争鸣, 可供从事烧伤、创疡、整形及相关学科的各级临床、教学和科研人员以及医学院校学生阅读参考。

二、本刊主要栏目有: 特讯、医学哲学、科学研究、综述、烧伤治疗、烧伤护理、创疡治疗、整形美容、技术讲座、技术咨询等, 内容注重提高与普及, 以临床为主, 着重实用。

三、本刊稿件力求主题明确、重点突出、数据准确、文字通畅, 一篇文章的作者一般限定 5 人以内。专题论著、科研报告、综述一般不要超过 6000 字, 其它文稿限 2000 - 4000 字, 并请附英文文题和作者单位的译名以及作者姓名的汉语拼音, 论文还应附 200 字左右的中英文摘要。论文摘要应采用阶梯式撰写方法, 即: 目的 (Objective)、方法 (Method)、结果 (Result)、结论 (Conclusion)。

四、稿件请用 20×20 稿纸书写, 或用 A4 纸打印, 字迹清晰, 数字、图表、插图要核实无误, 外文一律按正楷书写, 标点符号、简化字及计量单位应按国家统一规定著录。

五、参考文献请选用主要的列入, 一般在 10 篇以内, 科研报告、综述可酌增, 不引用内部资料, 其著录格式采用顺序编码制, 并按文内出现的先后阿拉伯数字排序, 同时用方括号在文内右上角标注, 在文末参考文献项依次列出, 其书写格式如下:

[期刊]: 作者·文题·期刊名, 年, 卷(期): 页码

[书籍]: 作者·书名·出版地: 出版者, 年份, 页码

六、来稿请附作者简介, 其内容与著录形式为: 姓名 (出生年—), 性别 (民族), 籍贯, 何时何地毕业于何院校, 现工作单位 (邮编, 电话), 从事的专业, 职务, 职称。一篇论文有多名作者, 只列前三名。

七、来稿需附单位推荐信, 加盖公章, 推荐信应注明无一稿多投, 不涉及保密, 署名无争议。本刊不退稿, 请作者自留底稿。本刊对来稿有删改权。对未能刊出的稿件, 由本刊在 3 个月内通知作者。稿件决定刊用后, 请按通知交纳版面费。来稿一经刊登, 酌致稿酬。

八、稿件已在学术会议上宣读或在内部刊物上刊出, 请在投稿时加以说明, 凡经本刊录用的稿件, 文责自负。

来稿请寄: 《中国烧伤创疡杂志》社编辑部

北京市宣武区广义街 7 号乐凯大厦 1104 室 邮政编码: 100053