

• 病例报告 •

烧伤合并食管贲门黏膜撕裂症患者一例的护理

林晓明,余惠,陈丽映,李孝建

(广州市红十字会医院 烧伤整形科,广东 广州 510220)

食管贲门黏膜撕裂症(mallory-weiss syndrome, MWS)是由于剧烈呕吐或腹内压及胃内压急剧升高导致胃食管黏膜和黏膜下层的纵行撕裂,进而引起大量出血的一组症候群^[1]。MWS 占上消化道出血的 4~7%^[2],临床表现多为剧烈呕吐,起初为胃内容物,后呕鲜血^[3],其出血迅速,严重者可发生休克甚至死亡^[4],经止血治疗后仍有再出血的风险。MWS 多发生于 30~50 岁的中年人。临床上对烧伤后出现食管贲门黏膜撕裂的病例鲜见报道,我院收治 1 例罕见 MWS 呕吐暗红色长条索管状物长达 57 cm 的烧伤患者,后证实为腹内压升高引起,经积极治疗与精心护理,患者治愈出院,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,55 岁,2019 年 6 月 8 日在家中不慎因煤气泄漏爆炸起火导致全身多处被烧伤,伤后至当地医院就诊;因病情危重,于 6 月 10 日转送到我院治疗。入院诊断:(1)全身多处火焰烧伤 80%烧伤面积(total body surface area, TBSA)(Ⅲ°60%TBSA,深Ⅱ15%TBSA,浅Ⅱ5%TBSA);(2)吸入性损伤;(3)颅脑外伤。入院后予急诊手术行气管切开术+四肢焦痂切开减张术,术后予呼吸机辅助呼吸、抗感染、抑酸护胃等对症支持治疗。入院后第 24 天患者呕吐长条索状暗红色血凝物,长条索状呕吐物长 57 cm,直径约 2 cm,量约 300 g,送病理检查。患者近期有插换胃管史,床边行电子支气管镜检查,口鼻咽部未见明显出血点;多学科会诊后,行床边鼻胃镜检查,于贲门见 1 处纵行黏膜撕裂伴活动性渗血,后病理检查报告为混合性血栓。该长条索状混合性血栓形成的原因可能为:大面积烧伤患者组织低灌注以及血管内皮细胞的严重损害,凝血酶激活,促进纤维蛋白形成,使血液呈高凝状态;患者长期平卧位,胃肠蠕动功能降低,食管黏膜纵行撕裂出血,凝固塑形。最终确诊为 MWS,予禁食、止血、输血、补液、抗炎、抑

酸保护胃黏膜等处理。后期患者恢复良好,未再出现出血的情况及其他并发症。患者住院期间共进行了 7 次手术,经过精心护理,患者于入院后第 72 天治愈出院,出院复查胃镜,未见胃食管有明显异常。

2 护理

2.1 严密观察病情变化

2.1.1 观察患者的意识、生命体征 患者呕吐条索状暗红色血凝物时意识清楚,心率 120 次/min,血压 159/82 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),呼吸 33 次/min。当时立即协助患者将头偏向一侧,迅速清除口腔内血块;加快补液速度;密切监测患者意识、心率、呼吸、经皮血氧饱和度等,持续监测有创动脉血压,经处理,患者有创动脉血压为 157~170/77~92 mmHg。

2.1.2 动态评估患者呕血、黑便的情况 患者当天呕血时遵医嘱应用止血药物;急查血常规及进行交叉配血并备血,结果显示红细胞 $2.92 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 83 g/L,予多次输血处理,输血前后无过敏等不良反应,每次输注后协助医生复查检验结果。患者当天仍有两次呕吐条索状暗红色血凝物,量约 200 g;出血第 2 天后患者未再出现呕血情况。出血当天患者排两次柏油样稀便,量约共 900 g,当时予 5%葡萄糖注射液 500 ml+垂体后叶素 144 iu+硝酸甘油 10 mg 以 30 ml/h 缓慢滴注;出血第 2 天排黑色柏油样大便 2 次,量约 650 g;出血后第 3 天排黑色柏油样大便 2 次,量约 200 g,排黑便的量逐渐减少,后未再排黑色柏油样大便。每次排便时留取大便标本送检,患者出血后第 8 天大便潜血试验阴性。

2.1.3 密切观察胃液的量、颜色、性状 患者呕吐条索状血凝块后,立即予持续胃肠减压,从胃管内引出 200 ml 血性液。密切观察负压状态,查看出血情况。当天又从胃管内回抽出鲜红色血液 300 ml,后未再回抽出鲜红色血液。经连续 8 d 的救治与护理,患者出血症状控制,无呕血,胃肠减压无血性液体引出,柏油样便消失,大便潜血阴性。

2.2 药物护理 抑酸药艾司奥美拉唑起效快可显著降低再出血的发生率^[5],呕吐条索状血凝块后遵医嘱予艾司奥美拉唑 80 mg 静脉注射后,以 8 mg/h 持续静脉泵入 72 h 以抑制胃酸分泌;同时予生长抑

【收稿日期】 2021-07-14 【修回日期】 2021-10-26
【基金项目】 广州市高水平临床重点专科建设资助项目
([2019]1555)
【作者简介】 林晓明,本科,护师,从事烧伤护理工作
【通信作者】 余惠,电话:020-34403954

素持续泵入,每次更换生长抑素时,首次推注 0.24 mg,再以 0.24 mg/h 维持,促进血管收缩,从而达到止血的效果。使用铝碳酸镁保护胃黏膜,该药直径约 2 cm,且难溶于水,需嚼服,而该患者行气管切开治疗,因此需将该药研粉后给予患者干吞,让患者徐徐咽下,形成一种胶体状液体,可以更好地发挥铝碳酸镁中和胃酸及对胃黏膜的保护作用。

2.3 出血诱因分析及护理干预 MWS 是由腹内压力或胃腔内压力骤然升高,贲门扩张后食管压力升高所造成^[6]。该患者出现 MWS 的主要原因考虑为:(1)患者由于大量液体复苏、腹部焦痂对腹壁的压迫导致腹内压增高,患者入院后第 20 天(即出血前 4 d)起出现明显腹胀的现象,未见胃肠型及蠕动波,听诊肠鸣音较弱。(2)低血钾可加重呕吐,患者入院后反复出现低钾,血钾为 2.9~3.27 mmol/L 之间波动,患者呕吐当天有出现剧烈咳嗽的现象。因此改善患者腹胀、纠正低血钾是决定患者预后的关键因素之一。主要采取以下措施:(1)持续胃肠减压,抽胃液 1 次/4 h,将消化道内气体、血性液体充分引出,降低胃肠道膨胀程度,防止呕血导致呛咳或误吸。(2)指导患者避免增加腹内压的因素,如加剧咳嗽、恶心、呕吐、用力排便等。(3)使用利尿剂,将患者体内多余的水分排出。(4)积极补钾,口服钾水 20 ml,3 次/d。通过采取以上措施,患者出血后第 6 天腹胀缓解,听诊肠鸣音正常(2~4 次/min);血钾在即出血后第 5 天恢复至 3.66 mmol/L。

2.4 分阶段饮食干预及指导

2.4.1 出血期 此期为出血的第 1~2 天。此期予禁食,为完全胃肠外营养阶段。此阶段禁食能减少食物对患者出血创面的刺激,减轻出血;通过静脉补充高营养,以减少内源性能量的消耗。肠外营养用复方氨基酸、20%脂肪乳、10%葡萄糖、脂溶性维生素、水溶性维生素及微量元素配成的全静脉营养混合液,经中心静脉输入。告知患者及家属禁食的重要性。

2.4.2 过渡期 此期为出血停止至大便潜血阴性时期,为出血后第 3~10 天。此阶段根据患者耐受情况以少量递增的方式增加肠内营养,可减轻胃酸对胃黏膜损伤,促进消化道内伤口愈合,恢复肠道功能。出血后第 4 天患者大便性质由黑色柏油样大便转为正常后,予水解蛋白鼻饲。水解蛋白主要成分为多种氨基酸及人体所需的必需氨基酸、完整蛋白经水解后生成的短肽链等小分子物质,不必经过消化过程而可以直接通过胃肠道被人体吸收利用。当日予水解蛋白 160 ml 鼻饲,以营养泵 20 ml/h 均速泵入,40 ml/次,4 次/d,鼻饲期间患者无恶心、呕

吐、腹胀、腹泻等,后逐渐增加热卡;入院第 28 天增加为 200 ml 鼻饲,以 50 ml/h 均速泵入;入院第 29 天改为 400 ml 鼻饲;入院第 31 天起增加经口进食,以流质为主,先予少量温凉适宜的流质饮食,此期指导患者及家属少量多餐,防止过热过量诱发再出血;进食时及进餐后半小时保证上半身呈半卧位。

2.4.3 增强营养支持期 此阶段为出血完全停止时期,为出血后第 10 天至出院。此阶段饮食干预的重点是提供充足的能量和各种营养素,使患者恢复正常营养状态及各项生理功能。入院第 35 天起增加水解蛋白至 800 ml 鼻饲,400 ml/次,2 次/d;入院第 65 天将水解蛋白改为 500 ml 肠内营养乳剂鼻饲;患者鼻饲营养液期间未出现呕吐、腹痛、腹胀、腹泻等并发症。此期指导患者进食优质蛋白、高热量、高维生素膳食,向患者、家属讲解计划饮食对机体康复的重要性,避免食用粗糙、坚硬及刺激性食物等。通过采取分阶段饮食干预及指导,患者出院时总蛋白 68 g/L,白蛋白 35.3 g/L。

2.5 心理护理 MWS 患者由于发病急,病情重,当有出血情况时存在恐惧、焦虑情绪。此外,患者为潮汕人,听不懂普通话,入住的是烧伤 ICU 单人病房,无家属陪护,更进一步增加了其紧张焦虑感。因此,在排班上尽量安排懂潮汕话的护士管床,护士及时了解患者的心理状况,使其感受到真诚和温暖,消除焦虑、紧张、恐惧心理;允许 1 名家属 24 h 陪伴,给予心理支持,在家属的协助下与患者沟通,使其情绪稳定以利于治疗。

【关键词】 食管贲门黏膜撕裂症;烧伤;护理

doi:10.3969/j.issn.1008-9993.2021.11.022

【中图分类号】 R473 **【文献标识码】** A

【文章编号】 1008-9993(2021)11-0084-02

【参考文献】

- [1] RICH K. Overview of Mallory-Weiss syndrome[J]. J Vasc Nurs, 2018,36(2):91-93.
- [2] GRALNEK I M, DUMONCEAU JM, KUIPERS EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: european society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) Guideline[J]. Endoscopy, 2015,47(10):a1-46.
- [3] 石进,张杰,高峰,等.心血管介入和手术后食管贲门黏膜撕裂的临床及内镜特点[J].中国微创外科杂志,2019,19(9):790-793.
- [4] 赵辉,张宝阳.内镜下金属钛夹在食管贲门黏膜撕裂综合征中的应用[J].浙江中西医结合杂志,2016,26(8):746-747.
- [5] 李春燕,刘燕.内镜下止血联合不同剂量生长抑素治疗消化性溃疡出血的疗效及其对胃肠功能的影响[J].陕西医学杂志,2020,49(9):1165-1167,1171.
- [6] HE L, LI Z B, ZHU H D, et al. The prediction value of scoring systems in Mallory-Weiss syndrome patients[EB/OL]. [2019-02-21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31145291/> Med.

(本文编辑:沈园园)