

DOI:10.3724/SP.J.1008.2010.00649

• 病例报告 •

## 烧伤合并胸腔积液、麻痹性肠梗阻、消化道出血 1 例报告

Burns complicated with effusion, ileus, and gastrointestinal bleeding: a case report

付洋, 马兵, 夏照帆\*

第二军医大学长海医院烧伤科, 上海 200433

[关键词] 烧伤; 肠梗阻; 胃肠出血; 抗生素; 腹腔间隙综合征

[中图分类号] R 644 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2010)06-0649-01

**1 临床资料** 患者,男,43岁,因“火焰烧伤后 27 d 伴腹痛、腹胀、腹泻 4 d”于 2009 年 11 月 1 日入院。患者于入院前 27 d 双下肢被火焰烧伤,立即就诊于当地医院,予清创、包扎、抗休克等治疗。伤后第 2 天转入当地某医院,外用中药(成分不详)治疗约 20 d,其间使用多种抗生素(用药不详)。近期无腹部创伤及手术史。既往便秘 30 余年,无肝、肾病史。入院时精神差,腹部明显膨隆,未闻及肠鸣音。创面主要位于双下肢,面积约 15%,大部分被褐色痂皮覆盖,双足可见少量黄色坏死组织残留和少许脓性分泌物,黏附牢,有异味,创面边缘已部分上皮化,创周无红肿。辅助检查示:白细胞  $12.27 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 0.82,血清白蛋白 20.8 g/L,血肌酐  $346 \mu\text{mol/L}$ ,尿常规示尿蛋白阳性,电解质基本正常;胸腹腔 B 超示双侧胸腔中量积液、腹腔大量积液,立位腹平片示小肠大量积气伴下段不完全梗阻。入院当日予输入人血白蛋白、抗感染、补给肠道有益菌、创面清创等治疗。症状无缓解,腹泻 7 次(均为血性糊样便)。入院第 2 天,无腹泻、排气,症状仍无改善;自述持续胸闷,血气分析示中度低氧血症,于左侧胸腔抽出淡红色液体 330 ml 后胸闷症状消失,血气分析恢复正常。入院第 3 天,腹胀加重,在 X 线及胃镜辅助下留置小肠减压管。入院第 4 天,精神好转,腹胀、腹痛缓解,腹部膨隆明显减轻,可闻及肠鸣音约 2 次/min,排褐色软便 1 次;复查:白细胞  $16.49 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 0.71,血清白蛋白 37 g/L,血肌酐  $380 \mu\text{mol/L}$ ,胸腹部 B 超示双侧胸、腹腔少量积液,立位腹平片示小肠少量积气。予持续小肠减压,同时行透析治疗。入院第 5 天,腹胀、腹痛症状基本消失,腹软,肠鸣音约 3 次/min,大便 2 次,均为黄色软便。之后腹部症状完全消失,每天大便 1~2 次,无再发低氧血症。入院第 13 天,再次出现消化道出血,排鲜红色血便 5 次,总量约 2 800 ml。立即禁食水,使用生长抑素、凝血酶、血凝酶静脉注射等治疗后,出血停止。逐渐予肠道营养,病情趋于平稳,双下肢创面经自体邮票皮移植术治疗后逐渐愈合,入院 45 d 后痊愈出院。

**2 讨论** 患者入院第 2 天出现 1 次持续胸闷,抽出胸腔积液后,症状明显减轻,且未再发,说明胸腔积液压迫肺,阻

碍了肺与外界的气体交换,压迫缓解后肺功能恢复。患者生命体征平稳,腹痛腹胀无明显渐进性加重,经保守治疗后腹痛、腹胀明显改善,暂时可排除急性绞窄性肠梗阻。患者入院时血清白蛋白仅 20.8 g/L,说明伤后胶体的补充极度不足,导致血管内胶体渗透压降低,使液体外漏至组织间隙形成胸、腹腔积液,腹压增高导致肠道功能、肾功能障碍,符合腹腔间隙综合征(ACS)<sup>[1]</sup>表现。患者有长期便秘史,肠道蠕动功能较差,外加烧伤打击后感染的发生、创面毒素入血后对肠壁的刺激,特别是伤后抗生素的滥用,引起肠壁肌肉功能紊乱和黏膜破坏,肠道菌群失调,最终导致肠梗阻和消化道出血。

对于此类患者的处理,我们体会如下:(1)入院后立即补充胶体,提高血管内胶体渗透压,回吸收渗出液体,利尿促进组织间液排出;同时留置小肠减压管腹腔减压<sup>[2]</sup>。(2)消化道出血的治疗是在禁食前提下以止血、输血为主,同时抑制胃酸产生。生长抑素能减少肠道循环血量<sup>[3]</sup>,发挥止血作用。本例患者病程中期再次出现消化道出血可能与活血药物的应用及肠道菌群二次失调有关,提示对既往有消化道出血病史的患者要慎用活血药物,同时积极调整肠道菌群,合理使用抗生素。消化道出血停止后,早期使用肠道营养有利于维持胃肠道的正常生理功能和胃液 pH 值,降低消化道再出血发生率。

### [参考文献]

- [1] Balogh Z, McKinley B A, Cocanour C S, Kozar R A, Valdivia A, Sailors R M, et al. Supranormal trauma resuscitation causes more cases of abdominal compartment syndrome [J]. Arch Surg, 2003, 138: 637-642.
- [2] Nast-Kolb D, Bail H J, Taeger G. Current diagnostics for intra-abdominal trauma [J]. Chirurg, 2005, 76: 919-926.
- [3] 何书经. 国产生长抑素治疗非静脉曲张上消化道大出血的疗效观察 [J]. 中华现代内科学杂志, 2009, 6: 358-360.

[本文编辑] 周燕娟, 邓晓群

[收稿日期] 2010-04-20 [接受日期] 2010-05-21

[作者简介] 付洋, 硕士. E-mail: future2886@sina.com

\* 通讯作者 (Corresponding author). Tel: 021-81873479, E-mail: xiazhaofan@163.com