

62-63

蛇咬伤 眼镜蛇 中西医结合治疗 救治

· 62 ·

Journal of Emergency Medicine, February 1999, Vol. 8, No. 1

中西医结合救治泰国眼镜蛇伤 40 例报告

李信平

R 646.059.7

随着人民生活水平的提高,广东开蛇餐馆及吃蛇的人越来越多,从事贩蛇、杀蛇的人也越来越多,以前在广州地区没有的蛇伤种类,现在也开始逐年增多。泰国眼镜蛇伤就是典型例子之一。泰国眼镜蛇是同属于我国云南昆明亚种,学名 *N. n. kaouthia*,下同于国内的眼镜蛇 (*Naja naja*)。其毒性较大,临床表现也较重,类似眼镜王蛇伤的表现,以前很少见报道,而我院自 1996 年 1 月~1998 年 11 月共收治泰国眼镜蛇 40 例,其中重型及危重型占 14 例,死亡 2 例,我们应用中西医结合的方法综合治疗,取得较满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 40 例,男 38 例,女 2 例。最小年龄 18 岁,最大年龄 50 岁,其中 15~20 岁 1 例,21~30 岁 26 例,31~40 岁 8 例,41~50 岁 5 例,咬伤至来诊时间 1h 以内 9 例,1~2h 18 例,2~5h 7 例,>5h 6 例。职业:均为从事与蛇类有关的人。

1.2 咬伤情况 40 例中咬伤手腕以下 38 例,下肢 2 例。临床分型按 1990 年全国蛇伤急救学术会议制定的《毒蛇咬伤分型标准》,本组轻型 26 例、重型 6 例、危重型(呼吸肌麻痹并昏迷)8 例。

1.3 临床表现 轻型:局部肿痛,并见瘀斑,少许皮肤坏死。重型:局部病灶肿痛剧烈,并见伤口周围皮肤瘀黑、坏死,肿胀范围超过两个大关节。全身症状、有精神紧张、呼吸困难、胸闷、眼睑下垂。危重型:呼吸肌麻痹需人工辅助呼吸并见昏迷。

1.4 诊断方法 ①患处有两个牙痕

“”,伤口周围肿胀、疼痛、瘀斑等血循环中毒症。②有神经毒素症状,如眼睑下垂、说话不清、咽中有痰、甚至呼吸肌麻痹。③有与泰国眼镜蛇接触史(本组病人均为蛇贩或杀蛇者)。

2 治疗方法

2.1 应用抗蛇毒血清:对所有被泰国眼镜蛇咬伤在一天以内者均可用抗眼镜蛇毒血清与抗银环蛇毒血清联合应用。如蛇伤超过 24h 而没有全身症状,可不用抗蛇毒血清。使用方法:(1)静脉推注法:用 0.9% 生理盐水 20ml + 抗银环蛇毒血清 2 支 + 地塞米松 20mg IV,再用 0.9% 生理盐水 20ml + 抗眼镜蛇毒血清 2 支 + 地塞米松 20mg IV。如病情急重可不采取传统的皮试方法,以争取抢救时间。(2)静脉滴注法:用 5% 葡萄糖 250ml + 抗眼镜蛇毒血清 4 支 + 地塞米松 20mg 静滴,另外开一条静脉通路,再用 5% 葡萄糖 250ml + 抗银环蛇毒血清 4 支 + 地塞米松 20mg 静滴。(3)如有皮肤过敏,可肌注非那根 25mg。(4)对危重型蛇伤 24h 后仍可再用一次抗眼镜蛇毒血清与抗银环蛇毒血清各一个剂量。

2.2 伤口处理 局部消毒后,用 1% 普鲁卡因 10~20ml + 糜蛋白酶 1 支在伤口及周围做环形封闭。再用手术刀在伤口处切排,伤口用双氧水及生理盐水冲洗后包扎。第二天如发现伤口周围皮肤有坏死,可切开引流。

2.3 对危重型必须采用气管插管,接呼吸机人工辅助呼吸,纠正缺氧,每日做一次血气分析,监测血氧饱和度、氧分压、二氧化碳分压等指标,及时调整,保证机体需氧,维护心血管功能及时治疗并发症,病人尽量转入 ICU 病房,心电监护,配备特护小组。

2.4 中医药治疗:对轻、重型者,局

部伤口早期应加强排毒,减少蛇毒吸收,可用扩创法沿牙痕切开皮肤达皮下,再用拔火罐方法将伤口毒血尽量吸出后给予包扎。内服药按风火毒型辨证,治以活血祛风解毒为主,处方:白花蛇舌草、半枝莲、七叶一枝花各 30g,红花 6g,当归、桃仁各 12g,大黄、芒硝各 10g,车前草、白茅根各 30g。如风热犯肺(肺部感染)者可用 5% GS 500ml + 鱼腥草注射液 20ml,静滴, Bid。如清窍蒙闭(昏迷),可用醒脑静 20ml (主要成份:麝香、冰片、栀子、郁金等)静滴。伤口肿胀处外敷双柏水蜜(组成:侧柏叶、黄柏、大黄、薄荷、泽兰), Bid。

2.5 皮质激素应用 大剂量地塞米松 20~40mg/d, 2~3 天后停药。

2.6 654-2 的应用 如心率 < 120 次/min, 可用 20~40mg/d。

2.7 综合治疗 输液、抗感染、利尿、纠正水电解质紊乱、酸碱平衡失调,常规应用 TAT 防止并发破伤风。

3 结果

本组 40 例中治愈 38 例,占 95%,死亡 2 例,占 5%。2 例均死于呼吸肌麻痹及 MOSF。手指及手背溃疡致手部功能受限 3 例,占 7.5%。

4 讨论

4.1 临床表现类似眼镜王蛇伤,既有血循环中毒症状(局部伤口剧烈疼痛、肿胀,心率过快,心酶五项异常增高),也有神经毒症状(胸闷、呼吸困难、咽中痰多)。病情急,在 40 例中,出现不同程度的呼吸肌麻痹者 14 例均发生在蛇咬伤后的 2h 内。发生呼吸肌麻痹比率较高,本组重型 6 例,危重型呼吸肌麻痹有 8 例,共有 14 例,占全部蛇伤的 35%。而同期在 1996 年 1 月~1998

作者单位 510405 广州,广东广州中医药大学第一附属医院外科

年 11 月我院共收治眼镜蛇伤 170 例, 发生呼吸肌麻痹症状者只有 3 人, 占 1.76%, 自主呼吸完全停止只 1 例, 占 0.58%, 死亡 1 例, 占 0.58%。同期 (1996.1 ~ 1998.11) 我院共收治眼镜王蛇伤 29 例, 属重型有呼吸肌麻痹症状者有 11 例, 危重型 3 例, 共 14 例, 占 48.2%, 死亡 1 例, 占 3.44%。由此可知, 泰国眼镜蛇毒性更接近我国的眼镜王蛇毒性。

4.2 中和蛇毒, 首选抗蛇毒血清。但由于泰国眼镜蛇的毒性与国内的眼镜蛇毒性有差别, 单纯用抗眼镜蛇毒血清疗效欠佳, 本组病例中 2 例开始只用抗眼镜蛇毒血清, 而且是用 4 支抗眼镜蛇毒血清静滴, 症状缓解不明显, 而采用抗眼镜蛇毒血清 + 抗银环蛇毒血清联合使用的病例, 则症状缓解较快。

4.3 呼吸衰竭的抢救: (1) 掌握呼吸肌麻痹先兆 (如双眼睑下垂, 吞咽困难, 吸气时见三凹征, 鼻翼煽动, 紫

紺, 呼吸次数 (12 次/min)。有此先兆, 即随时有呼吸骤停的可能性, 应做气管插管或切开。(3) 呼吸机使用应注意正压给氧, 即采用呼吸末正压呼吸 (PEEP), 可通过持续扩张气道和肺泡, 增加功能残气量, 减少肺内分流, 改善动脉氧分压, 纠正缺氧。使 PaO_2 稳定在 8kPa 以上, FiO_2 (吸氧浓度) 在 0.40 左右, 可考虑终止 PEEP, 逐渐减压。(4) 定时吸痰并保持呼吸道湿润。导管气囊要定期充气或放气, 气管切开的内套管均要定时换洗。(5) 定期检查血氧饱和度, 定期做血气分析监测 PaO_2 及 PaCO_2 , 纠正低氧血症, 或呼吸性碱中毒, 注意潮气量的调整。(6) 如伴脑水肿昏迷者, 可给予冰敷头部, 减少耗氧。脑水肿者颅内压增高者, 表现为瞳孔缩小, 球结膜水肿, 视乳头水肿, 应定期脱水, 可用 20% 甘露醇 125ml 静滴, Bid。(7) 撤呼吸机指征: 已恢复

自主呼吸, 肌力达 4 级, 呼吸频率在每分钟 20 ~ 28 次间, 当暂停呼吸机半小时, 病人无唇紫紺则可撤机。

4.4 中药主要通过清热解毒, 活血化瘀, 通利二便, 促进蛇毒排泄, 改善组织的血液循环, 达到尽快消肿, 减少组织坏死。目前实验结果, ^{125}I 标记的“抗栓酶”主要通过肾脏和消化道尿和粪便排出体外^[1], 说明了蛇毒可通过“通利二便”加速排泄。

4.5 654-2 的使用: 它能抑制肺和支气管粘液分泌, 减少痰液产生, 改善肺血管痉挛, 改善循环系统功能^[2]。

参考文献

- 1 覃公平. 中国毒蛇学. 南宁: 广西科学技术出版社, 1995: 694
 - 2 周自永, 王世祥. 新编常用药物手册 第 2 版. 北京: 金盾出版社, 1992: 144
- (收稿: 1998-07-12 修回: 1998-11-13)

筋膜片粘贴修补静脉窦损伤 10 例报告

王菊芳 顾云彪 牟朝晖

外伤性大静脉窦破裂按传统方法修补, 术中往往出血较多, 甚至休克及死亡。能否快速、有效地修补是手术成功的关键。我科从 1995 年开始采用 EC 医用胶粘贴筋膜片修补颅内静脉窦破裂 10 例, 均取得满意的效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组 10 例, 男 8 例, 女 2 例。年龄最小 12 岁, 最大 60 岁, 平均年龄为 28.3 岁。损伤原因: 车祸伤 5 例, 坠落伤 3 例, 重物砸伤 2 例。损伤部位: 矢状窦中后部 6 例, 矢状窦前部 2 例, 横窦 2 例, 裂口长 0.5 ~ 2cm, 均为裂伤, 无缺损。

作者单位: 318020 黄岩, 浙江黄岩第一人民医院 神经外科

1.2 修补方法: (1) 按常规暴露损伤之大静脉窦, 查明损伤情况: 部位、性质、范围, 用湿棉片覆盖压迫临时止血。(2) 然后根据损伤范围准备筋膜片, 一般取自颞筋膜, 筋膜片较裂口周边大 3mm, 如裂口长 1cm, 筋膜片应 1.6cm × 0.6cm, 在生理盐水中洗净擦干, 光面朝上, 平铺于较筋膜片稍大之明胶海绵上。(3) 准备医用胶: 用一次性注射器抽取 EC 医用胶。(4) 粘贴筋膜片: 将医用胶均匀地、薄薄地喷在准备好之筋膜片及明胶海绵上。同时, 用生理盐水冲洗手术野, 但不放松压迫止血, 助手一边滚动移开压迫在裂口处之棉片, 一边用吸引器在裂口旁之棉片上吸引, 术者顺势迅速将准备好之筋膜片连同明胶海绵粘贴在裂口处, 明胶海绵上再加湿棉片压迫 2mm。

1.3 结果

本组 10 例静脉窦损伤经用医用胶粘贴筋膜片修补均一次成功。出血量较传统的修补法明显减少^[1]。术后头颅 CT 复查无明显脑水肿或脑积水无明显加重, 均治愈出院。随访 2 个月 ~ 2 年未发现不良反应。

2 讨论

应用医用胶粘贴筋膜片修补颅内静脉窦损伤的原理及注意事项: (1) EC 医用胶在组织液、血液等带阴离子物质存在下迅速固化^[2], 同时产生较大粘接强度。用医用胶粘贴筋膜片修补静脉窦损伤, 操作方便, 修补可靠, 大大缩短了手术时间, 减少术中出血, 从而提高患者的生存率。(2) 筋膜片洗净擦干, 光面朝上并平铺在明胶海绵上, 以免筋膜片卷缩操作不便; 无血及液体之