DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.01.042

高温钢条刺伤的治疗

谢尔凡 陈光秀 王甲汉 康绍禹 艾深海 (第三军医大学西南医院烧伤研究所) 630038

高温钢条刺伤较少见,其伤情复杂,治疗较棘手。我所自1981～1991年共收治这类病人8例,现报告分析如下。

1 临床资料

高温钢条刺伤8例,男7例,女1例,年龄20～35岁,均为钢铁厂工人。钢条温度600～1 000℃左右,直径10～22 mm,钢条在体内停留时间均<10 s。受伤部位:下肢6例,颈部1例,胸壁1例。伤类:贯通伤5例,盲管伤2例,切线伤1例。合并阴囊贯通伤、膝关节损伤、颈内静脉破裂各1例。8例患者均治愈。

2 典型病例

病例1 男,30岁。工作时不慎被约600℃热钢条刺入右颈部,自行闪开。当时出血不多,简单包扎后转来我院。查:R 20次/min,P 80次/min,BP 14/10 kPa。神清安静,无休克征,无呼吸困难,气管无明显移位。右颈部胸锁乳突肌内缘中部有一1.5 cm×2.0 cm创口,深度不详,无活动出血。创缘Ⅱ°灼伤,局部轻度肿胀,右颈总动脉搏动弱,但右面动脉、颞浅动脉搏动有力。伤后5 h在局麻加强化麻醉下行清创探查术。术中充分暴露后,见伤道内有约50 ml凝血块,清除血块后即有大量暗红色静脉血涌出,立即控制颈内静脉近、远心端,见静脉有一纵行长约1.5 cm裂口,并部分血管壁缺损,无法修补,遂分别在其近、远心端双重结扎后离断。右颈总动脉完好。彻底止血,双氧水、生理盐水反复冲洗,置负压引流管,逐层缝合。术后加强抗感染治疗。住院8 d痊愈出院,伤口一期愈合。

病例2 男,35岁。被约800℃热钢条刺入右大腿,自行拔出。入院查:全身一般情况好,右大腿膝关节内上方有一约3 cm×3 cm创口,其内可见坏死皮下组织及肌肉,渗血较多,创周皮肤Ⅱ°灼伤,右腓骨小头后下方有一1.0 cm×1.5 cm出口。右下肢血循、感觉及运动正常。右膝关节X片未见异常征象。伤后5 h行探查清创术,术中见伤道已贯通,长约20 cm,无骨关节及大血管损伤。尽量清除坏死的皮肤、皮下和肌肉组织,彻底止血,反复冲洗,缝合缩小创口,伤道两侧均置引流。术后加强抗感染治疗,反复换药、冲洗、引流等。伤后2月贯通伤道才不相通,80 d痊愈出院。

3 讨论

高温钢条刺伤是一种热力与机械力的复合损伤,伤情较重,其特点是伤道部位除受机械性暴力创伤外,高温热力急骤向四周扩散,波及邻近组织,造成严重灼伤、坏死,故创伤范围较一般机械性损伤大,伤道情况也更复杂,并可伤及主要动静脉[1]。由于热力作用,伤道内组织凝固坏死,加之血块阻塞,除伤及大动脉外,临床上可无大出血、休克征象,容易漏诊。如本组病例1,来我院之前曾在某医院除外其有颈部大血管伤的可能。若不高度警惕,及时探查,则后果严重。

此类病例既往多以非手术疗法为主,长期保守换药,致使病程迁延、合并感染,窦道或瘘管形成,经久不愈;肌肉、肌腱、韧带等组织粘连、挛缩,不仅病程长,患者痛苦大,而且疗效差,影响功能。我们认为在保证全身情况良好的条件下,争取早期手术探查、彻底清创是治疗的原则。对于了解伤道类型,明确有无重要血管、神经损伤及异物;对于减少感染,一期修复创口,缩短疗程,降低伤残率,提高疗效等有重要意义。处理上包括彻底清创,妥善止血,反复冲洗,充分引流,选用有效抗生素,加强营养支持等。但临床上情况往往较复杂。本组8例患者中除1例伤后3 d才入院,伤区已明显感染,失去早期清创手术时机外,其余7例均为伤后6 h内入院,7 h内手术,但只有4例获一期治愈,另3例术后均有不同程度感染,伤道敞开,经换药及后期清创,40～80 d始愈合。主要原因为高温钢条贯通软组织丰富的肢体(均为大腿),伤道狭长,清创难以彻底而至坏死组织残留,继发感染。有鉴于此我们认为高温钢条刺伤合并有动静脉损伤时,在无把握清创彻底的情况下,一般应结扎处理,而不宜行血管修补或移植,因此时并发感染、血管狭窄及检塞的危险性较大。如遇不能结扎而必须修补或吻合的血管时,则尽可能彻底清创,用健康组织或肌瓣、皮瓣等将修补、吻合处仔细完全覆盖。

关键词 灼伤;创伤,刺戳
中图法分类号 R644

参考文献

1 周祖平,范信和,杭爵华.高温钢条贯通伤.创伤杂志,1988,4(2):80～81

(收稿:1993-10-20;修回:1994-01-20)

急性乌头类药物中毒30例临床分析

王秀芬 吴莪如 (第三军医大学西南医院内科教研室) 630038

乌头类药物有良好的止痛效果,民间常用治疗腰腿痛及关节痛等,但由于服药方法不当,过量或误服易致中毒。现将我院1 975～1991年收治的急性乌头类药物中毒病人30例报告如下:

1 临床资料

本组共30例,其中雪上一支蒿中毒22例(甲组),乌头中毒8例(乙组)。甲组男性13例,女性9例,年龄19～74岁,平均

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

48.7±17.4 岁。乙组男性 6 例，女性 2 例，年龄 23～71 岁，平均 41.3±16 8 岁。

1.1　服用方法

两组中均以服用药酒为最多见，共 20 例，服用生药者 8 例，其中 5 例调酒服，仅 2 例水煎服。

1.2　出现症状时间

甲组 5 min～6.5 h，平均 1.2±1.3 h，20 min 内产生症状者有 7 例，95.5%患者在 2 h 内出现症状。乙组为 20 min 至 4 h，平均 1.4±1.4 h，75%患者在 2 h 内出现症状。

1.3　症状与体征

口唇及四肢发麻 21 例，占 70%，恶心呕吐 20 例，占 66.7%，心悸 15 例，占 15%，血压下降 17 例，占 56.7%，舒张压在 6.67 kPa 以上者 10 例，4.00～6.67 kPa 者 4 例，4.00 kPa 以下者 3 例，其它少见症状有：视物模糊、语言不清、腹痛、腹泻、意识模糊、抽搐、昏迷。

1.4　心电图检查（附表）

附表　30 例乌头类药物中毒的心电图表现

心电图	草乌		雪上一支蒿	
	例数	%	例数	%
心动过缓	1	12.5		
室上性心动过速			3	13.6
房性早搏	1	12.5	3	13.6
多发多源室早	3	37.5	11	50
室性心动过速			9	40.9
扭转型室速			2	9
房　　颤			3	13.6
交界性心律			5	22.7
传导阻滞	3	37.5	1	4 5
室　　颤			1	4 5
正　　常	2	25	4	18.1
多种心律失常并存	3	37.5	L2	54.5

1.5　心肌酶谱检查

11 例检测 CPK，其中 7 例（占 63.9%）升高，结果为 60～267 单位，5～7 d 内恢复正常。

1.6　治疗

除采用催吐、洗胃、硫酸镁导泻与输液治疗外。22 例使用阿托品治疗，用量 1～17.5 mg，分次肌肉注射，部份静滴或口服。出现室性心律紊乱用利多卡因治疗，首剂 50～100 mg，总量 100～1750 mg，静脉注射，血压下降者均用多巴胺，少数并用阿拉明，本组 30 例，全部治愈。

2　讨论

乌头及雪上一支蒿属乌头类药物，内含乌头碱及其衍生物，具有镇痛、镇静、麻醉、消炎等作用，致死量 3～4 mg[1]。由于药物在食道可被吸收故中毒出现症状快[2]，最短者 5 min 即可出现症状，平均 1.2～1.4 h。

临床表现主要症状为口唇四肢发麻，恶心呕吐，头痛头晕，心悸，血压下降及心律不齐。其主要机理为乌头碱对胆碱能神经、外周感觉神经、中枢神经均有先兴奋后麻痹的作用。对心脏除通过兴奋迷走神经抑制窦房结外，尚可直接作用于心肌增强应激性，引起异位心律和快速型心律失常，本文显示最常见的为多源多发室性早搏及阵发性室性心动过速，其次为交界性心律、房早、室上速、房室传导阻滞、房颤、个别严重的可有室颤，并可出现阿氏综合征。草乌中毒与雪上一支蒿中毒的心电图改变提示草乌中毒传导阻滞较多见，而一支蒿中毒心动过速多见，其中室性心动过速两者有显著差异，余各项无差异，可能与病例少有关。

本组心律失常的特点是：(1)心律失常为多样性，房早、室早、房室传导阻滞、室速、房颤、室颤等。(2)心电图为多变性，在短时间内心律失常类型可有变化，并且可有多种心律失常并存。(3)治疗反应良好。典型病例：谢某（住院号 135425），女性，22 岁，口服一支蒿药酒 20 g，心电图示频发多源室早，短阵阵发性室速，交界性逸搏、尖端扭转型室速、室颤、频发阿－斯综合征发作，呼吸心跳停止，经心脏起搏，复苏等 5 h 后病情稳定，2 d 后心律恢复正常。

治疗中首选药物阿托品，因为阿托品是胆碱能神经阻滞剂可解除迷走神经对心脏的作用，通过提高窦房结的自律性及传导性，中止异位节律的发生，同时又是循环呼吸中枢兴奋剂，能增加冠状循环改善心肌缺血，扩张末稍血管，减少外周阻力，增加心输出量。对于心动过缓、房室传导阻滞及血压下降者效果更明显[3]。应指出的是本组有 2 例应用阿托品 1.75 及 15.5 g 的出现面部潮红、瞳孔散大、躁动不安阿托品中毒症状，故我们认为阿托品用量应根据病情而定，不宜盲目过量。

出现多源频发室早，阵发性室速应及时选用利多卡因，心律失常很快纠正，短者数 10 min，长至几小时，一般心电图亦常 1～24 h 内恢复正常，据报道 70%死亡病例在 24 h 以内[4]，故发病第 1 天内积极抢救是治疗成功的关键。

关键词　乌头碱　中毒

中图法分类号　R282.71

参考文献

1　《全国中草药汇编》编写组. 全国中草药汇编：上册. 北京：人民卫生出版社，1974. 207

2　李建荣，高晓山. 乌头碱上消化道吸收实验研究. 中国中药杂志，1991，16(1)：46～48

3　陈定坤. 急性中毒所致心血管损害 39 例分析. 重庆医药，1984，13(2)：25

4　吴汝彪. 30 年来我国乌头类药物中毒概况. 江苏中医，1988，12：39

（收稿：1993-08-10；修回：1994-01-05）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net