

急性有机磷中毒中间综合征 19 例报告

李晓辉 李青翠

(山东省兖州市第二人民医院 兖州 272100)

关键词 :急性有机磷中毒 ;并发症 ;中间综合征 ;肌肉麻痹 ;人工机械通气

中图分类号 :R 595.4

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0054-01

急性有机磷中毒 (AOIP) 继发中间综合征是 AOIP 症状明缓解后发生的最严重并发症,其病死率居恢复期所有并发症之首。我院自 1999 年 1 月至 2003 年 12 月共收治急性有机磷农药中毒 168 例,其中 19 例发生中间综合征 (IMS),为探讨其发病机制及防治措施,现就 19 例 IMS 分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 19 例,男 7 例,女 12 例;年龄 17~54 岁,平均 37.2 岁;有机磷农药种类:敌敌畏 5 例,氧化乐果 8,乐果 2 例,久效磷 2 例,1605 1 例,3911 1 例,均属口服吸收中毒。口服量 10~300mL,全血胆碱酯酶 (BchE) 活力 40% 以下,属重度有机磷中毒。

1.2 临床特点 19 例 IMS 均发生于中毒后 2~7d,病初胸闷、呼吸动度减弱 15 例,眼球运动障碍 12 例,语言不清 4 例,颈部及四肢无力 10 例,四肢肌张力增高 1 例。

1.3 疗效观察 经对症处理及综合治疗改善呼吸功能、气管插管人工机械通气等治疗,治愈 12 例,死亡 7 例,死因为呼吸肌麻痹,呼吸衰竭。

2 讨论

IMS 是 AOIP 后发生的一种以肌肉麻痹为主的疾病。一般发生在 AOLP 经过积极抢救治疗症状稳定时,病情又突然恶化,因其发生在急性胆碱能 N 刺激综合征之后和迟发性周围神经病 (DPIPP) 之前,故称 IMS。其发生机制尚未阐明,其主要病理改变是突触后 N 肌肉接点功能障碍,根据本组 19 例回顾性分析,发现患者于 IMS 前多有肌颤发生,以后出现以小肌肉麻痹为主,并逐渐发展加重,多因呼吸肌麻痹、呼衰而死亡。其发病机理可能是大量乙酰胆碱蓄积出现 M 受体兴奋症状为肌束颤动,兴奋之后转入抑态,便出现一系列肌

无力症状。

严密监测 BchE 活力,正确指导复能剂应用是预防 IMS 的有效措施。中毒后早期应用足量的解磷定等复能剂,可有效地阻止 AOIP 后的肌病反应,达到早期预防的目的。目前,有机磷农药中毒的抢救存在着严重缺陷是:只重视 M 样症状,而忽视了 N 样症状的处理,即 N₂ 受体未得到有效的保护,致其失敏,造成骨骼肌无力、呼吸肌麻痹。监测 BchE 活力能够指导中毒病人的合理应用复能剂及病情严重的判断。本组 19 例患者在 AOIP 的抢救过程中,均以阿托品治疗为主,忽略了复能剂的应用。这可能与过分强调阿托品化,对复能剂的作用认识不足以及对复能剂的副作用过分担忧有关。对 IMS 治疗目前尚未有特效药物。中枢呼吸兴奋剂如尼可刹米、洛贝林等对综合征无效,早期使用呼吸机在治疗本病中起到至关重要的作用,在 AOIP 抢救过程中,发现呼吸衰竭的早期征象,呼吸频率的增加,辅助呼吸肌活动度的增加,潮气量的减少及 PaCO₂ 的降低,就应尽早气管插管,即使患者意识清醒也应如此,不要等到呼吸停止后再插管,以免缺氧时间过长,诱发脑水肿,预后不良。插管后应尽早气管切开,利于呼吸道的通畅和人工通气的管理。

IMS 应与中毒反跳相鉴别:中毒反跳主要表现为有机磷中毒症状明显缓解后病情突然急剧恶化,重新出现 AOIP 的表现,其发生原因为阿托品停药过早,减量过快或毒物的再吸收。二者发生的时间、症状基本相同,但治疗完全不同。如将 IMS 误诊为中毒反跳易造成阿托品中毒,延误中间综合征的处理,因此医务工作者应高度重视 IMS 的存在,早期预防,早期识别,正确救治以降低病死率。

(收稿日期 2004 - 04 - 27)

前臂带蒂筋膜瓣修复手背部软组织缺损 12 例报告

王成兰

(中国第四冶金建设公司总医院 江西贵溪 335423)

关键词 :软组织缺损 ;手术疗法 ;前臂 ;筋膜瓣修复

中图分类号 :R 658.2

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0054-02

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 12 例,男,8 例,女 4 例;年龄 18~45 岁;左侧 9 例,右侧 3 例;涉及到手指者 6 例 (6 指);新鲜创面 2 例,陈旧创面 10 例,均因手部外伤致手背部或手指背侧软组织缺损,骨质和肌腱外露。经筋膜瓣移植治疗,有 9 例患

者一次性得到全面恢复;另 3 例因涉及到手指中节以远,造成远端部分筋膜瓣坏死,但经过修剪坏死组织,再次植皮后也全部愈合,满意度达 100%。

1.2 手术方法 无论是新鲜创面还是陈旧创面,均应先清创,使创面干净;若有部分肉芽组织生长,应刮至肉芽出血为

中西医结合治疗急性腰扭伤 63 例

苏再安

(南昌铁路局中心医院 江西南昌 330003)

关键词:腰扭伤;中西医结合疗法;利多卡因;封穴疗法;双人旋转复位推拿法;穴位疗法

中图分类号:R 684.7

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)04-0055-02

急性腰扭伤多发生在体位不正或由于腰部用力不当,以及负重过大,引起肌肉的强烈收缩,致使肌纤维和筋膜等软组织损伤;或者由于腰部闪挫等因素引起小关节错位,滑膜嵌顿致使腰部疼痛、侧弯、不能行走等。《金匱翼》说:“瘀血腰痛者,闪挫及强力举重得之……,血脉凝涩,经络臃滞,令人卒痛,不能转侧。”笔者采用“双人旋转复位推拿法”为主,以及镇痛消炎药治疗急性腰扭伤 63 例,取得良好的效果,现介绍如下:

1 一般资料

63 例中,男性 49 例,女性 14 例;年龄最大者 64 岁,最小者 23 岁,病程 1~3d。

2 治疗方法

患者端坐,双腿和肩同宽,双手放置大腿,全身放松,术者站患者两侧,助手协助术者,腰部左右交替进行旋转,当听到喀嚓一声,表示已复位,患者顿时感到轻松,疼痛缓解。然后,运用推拿点穴的方法,进行治疗。常选用肾俞、腰眼、环跳、委中、承山等穴位。先点穴位,然后顺双侧腰大肌、臀部、腰部进行推拿按摩,使经络疏通,血脉通畅,腰部肌肉松弛,

病情得以缓解。如果患者症状较重,疼痛沿臀部向大腿后方及小腿足部放射,伴有麻木感,小腿及足部皮肤痛触觉减退则可能是神经根水肿、粘连的炎性反应。疼痛难忍可用利多卡因局部注射,急性腰扭伤病人采用中西医结合治疗,疗效满意。

3 治疗结果

显效(应用双人旋转复位推拿法以及镇痛消炎治疗急性腰扭伤,1~2 次治疗后,疼痛消失,行走自如)47 例,占 75%;好转(3~4 次治疗后,疼痛基本消失,行走尚好)14 例,占 22%;无效 2 例,占 3%。

4 典型病例

秦某,当晚搬自行车上楼后,自觉腰部疼痛,牵拉感明显,疼痛难忍,继而出现持续性疼痛,翻身则疼痛加剧。经服跌打丸、三七粉及外用跌打损伤膏等治疗后,两天来未见好转,反而病情加重,不能下床和翻身,呻吟不休,应邀至其家中诊治。查体:痛苦面容,卧床不起,活动后疼痛加剧,腰部左右活动受限,第 4~5 腰椎横突和棘突旁压痛明显,直腿抬高试验阳性,皮肤感觉存在。诊为急性腰扭伤,经运用双人旋转复位推拿法,3 次痊愈。

止,创面清理干净后,新洁尔灭湿纱布暂时覆盖,然后着手切取前臂筋膜瓣。取前臂前面桡侧直切口或略呈“S”形切口(基本沿头静脉走行方向),近端达前臂中段或稍上,远端达远侧掌横纹。切开皮肤,用蚊式血管钳和小剪刀仔细向两侧潜行分离皮下组织,只留少许皮下组织与皮肤相连,宽度约 2~3cm,从近端切断筋膜瓣(包括深筋膜和部分皮下组织)。在深筋膜略增宽留做蒂部,将筋膜瓣做成 12~15cm 宽、3cm 大小长条状,具体可根据创面情况而定,若筋膜瓣最远端有渗血,表明该筋膜瓣血供良好。轻轻挤出在头静脉内的淤血,将筋膜瓣反折或旋转穿过腕部皮下隧道,到达创面。用“O”号丝线将筋膜瓣边缘与创面四周间断缝合,暂用温热盐水纱布覆盖。根据创面大小在大腿内侧切取相应整张中厚皮片,移植到筋膜瓣表面,用细线将皮片四周与创缘缝合,皮片打孔,以利于积血积液排出,促进生长愈合,术后凡士林纱布,厚敷料包扎,石膏托制动,抬高患肢,防治感染,用莨菪类药物和肠溶阿斯匹林等改善微循环。5d 后打开敷料看筋膜瓣皮片成活情况。若有部分坏死。可剪除后行邮票状植皮,一般均能成活。

2 讨论

2.1 适应症 外伤或其他手部疾患引起的手背部或手指软组织缺损,有肌腱或骨质外露,无论创面新鲜与否均适宜用筋膜瓣修复,以达到覆盖创面、恢复手部功能的目的。特别是

对手背桡侧半,拇指背侧,食、中指近中节背侧更加适应,其余部位因距离较远而疗效不满意。

2.2 机理 桡动脉在前臂下发出 10 支左右皮支,皮支穿深筋膜至皮,各皮支在皮下吻合成网,因此该筋膜瓣有丰富血供。切取该筋膜瓣一般不易引起缺血坏死,容易生长生活,从而达到修复创面的目的。

2.3 几点体会及注意事项 (1) 该筋膜瓣血运丰富,切取制作方便,且组织较疏松,活动度好,非常适合修复手部创面,恢复手的灵活性;(2) 操作要仔细,切取时不要对筋膜瓣用力钳挟,并经常用生理盐水湿润,以免影响筋膜瓣血供;(3) 长宽比例适当,一般限制在 6:1 的比例范围之内为宜,太长,筋膜瓣远端血供差容易坏死;(4) 筋膜瓣从蒂部反折或旋转时应该平缓,不要成“对折”状,以免造成对蒂部血管卡压,影响血供;(5) 因头静脉正好在该筋膜瓣内,根据 3 例筋膜瓣部分坏死的情况看,所有坏死都从头静脉周围开始,并沿头静脉延伸,若手术轻轻将静脉内瘀血挤出,情况将有所改善,机理不详;(6) 若因各种原因造成部分筋膜瓣坏死,也并不影响治疗的整体效果,因大部分创面被筋膜瓣覆盖,坏死部分筋膜瓣底部一般都已具有薄层肉芽组织生长。剪除坏死组织,并在这薄层肉芽组织上重新以邮票状植皮,同样可以收到良好的治疗效果。

(收稿日期:2004-02-07)