

宠物急症

——救治与护理

章炘炎 编著



西北农林科技大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

宠物急症救治与护理 / 章圻炎编著. — 杨凌: 西北农林科技大学出版社, 2011
ISBN 978-7-81092-693-5

I. ①宠… II. ①章… III. ①宠物—动物疾病—急救 IV. ①S858.93

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第246685号

宠物急症救治与护理

章圻炎 编著

出版发行	西北农林科技大学出版社
地 址	陕西杨凌杨武路3号 邮 编: 712100
电 话	总编室: 029-87093105 发行部: 87093302
电子邮箱	press0809@163.com
印 刷	陕西杨凌森奥印务有限公司
版 次	2012年4月第1版
印 次	2012年4月第1次
开 本	850mm×1168mm 1/32
印 张	13.25
字 数	330千字

ISBN 978-7-81092-693-5

定价: 24.00元

本书如有印装质量问题, 请与本社联系

I. 宠物犬常见急症与救治

1. 犬中毒性休克

一、发病原因与症状

从兽医临床的角度来看,休克不是一个独立的疾病,是犬体受到各种致病因素作用引起的组织血液灌流量不足而出现的全身反应综合征或症候群,也是犬体对有效循环血量锐减的反应。其主要的病理变化是微循环障碍,并导致器官组织血液灌注不足和细胞缺氧。出现休克时病情严重、复杂、危急,必须立即抢救,才能挽救病畜。休克按发病原因分类,可分为外伤性休克、中毒性休克、低血容量性休克和心源性休克。兽医临床上犬以中毒性休克多见,主要与细菌的毒素作用,特别是革兰氏阴性杆菌的内毒素有关。多见于脑膜炎双球菌、痢疾杆菌、中毒性肺炎及其他革兰氏阴性菌引起的败血症、肠梗阻、腹腔脏器穿孔、胃肠道及剖腹产等手术中腹腔严重污染后引起急性腹膜炎、产后感染、泌尿道感染、病毒感染、胆道感染、大面积烧伤、蛇咬伤等。另外,犬在有机磷、有机氟、磷化氢等急性农药中毒或剧烈呕吐、腹泻造成失水、心衰等引起周围血管收缩,继而扩张,血管容量增大,血液淤滞,毛细血管壁的通透性增高,血浆渗出,有效循环血量锐减,组织灌流量不足,也会发生休克。

犬中毒性休克初期表现兴奋不安,心动过速,脉搏、呼吸频率加快,体温升高,可视黏膜苍白或发绀,四肢末端及耳、尾等末梢厥

冷,肌肉无力,手指压迫牙龈或舌边缘后,黏膜恢复红润较缓慢或发绀。呼吸困难,口渴,呕吐,饮食废绝,反应迟钝,对痛觉、听觉、视觉的刺激反应完全消失,瞳孔散大,心率持续 110 次/min 以上,血压下降,直至昏迷。

二、救治措施与护理

休克的治疗原则是迅速找出病因,尽快恢复有效循环血量,纠正微循环障碍。

1. 控制感染 细菌毒素是导致中毒性休克的主要原因。应用抗菌药物抑制致病菌的生长、繁殖并将其杀灭。对未作细菌敏感试验者可首选庆大霉素 1 000 U/kgbw,或美西林 30~50 mg/kgbw,2~3 次/d,或红霉素 10 mg/kgbw,分 2 次静脉给药。尚可加氯霉素 1 g/d,肌注或静注。使药物在血管内保持一定的浓度。给药速度不宜太慢,应在 1/4~1 h 内将 1 次药量滴完。当病犬经过若干小时治疗,病情得以改善后,应速进行原发病灶的各项处理,才能纠正休克和巩固疗效。同时大量应用维生素 C 2~3g/d,溶于 100~250 ml 5%葡萄糖盐水中静注。还可加硫酸多黏菌素 B 10~20 万 U/kgbw/d 和 E 1.5~2.5 万 U/kgbw,分 1~2 次静注。

2. 补充血容量 病犬在休克发生前因发烧、进食少或呕吐,血容量就已减少,休克后微血管扩张,血容量更为减少。低分子右旋糖酐吸附于红细胞、血小板表面及血管内壁,对弥散性血管内凝血有预防和治疗作用。但休克病犬的肾灌流量常有减少,如用量过大或频繁,会引起渗出性出血和轻度过敏反应。故使用时可加入等渗盐水或葡萄糖液配成 6%的溶液,第一天给予 250~400 ml,第二天或第三天同样量再给一次。

3. 纠正酸中毒 酸中毒发生会提早加重微循环功能障碍,不利于血容量的恢复,故在补充血容量的同时,给 5%碳酸氢钠

150 ml/d,缓慢静注。

4. 扩容、纠酸 同时使用血管活性药物阿拉明 10 mg,多巴胺 15 mg,加 5%葡萄糖液 150 ml,氢化可的松 50 mg 静脉缓注,2 次/d;

5. 用肾上腺皮质激素 可改变组织反应能力,抑制炎症,有抗敏作用,提高升压药物的效果,改善血管通透性,对毒物所致的休克,能使症状缓解并有解毒作用。地塞米松 20 mg/次,肌注,2 次/d,连续用药 2 d;

6. 中药治疗 人参 5 g,附子 5 g(先煎),干姜 3 g,炙甘草 2 g 煎水喂服,有助回阳救脱的功效。

7. 针灸治疗 可在犬的内关穴(与外关相对的前臂骨间隙中)、涌滴穴(前涌泉、后滴水)扎针强刺激,持续 20 min。护理工作首先应将病犬安置在安静、温暖的地方,取头部稍低的体位,注意保温,密切注意体温、脉搏、呼吸及尿量的变化,在快速静脉输液时,要注意咳嗽及血性泡沫痰出现,警惕肺水肿及心力衰竭的出现,以便采取对症治疗措施。

2. 犬急性脱水

一、发病原因与症状

脱水是由机体水分排出过多或摄入不足而造成的负平衡病理状态。畜体酸碱平衡是由水、电解质平衡决定的,在生理上很重要。犬绝食 12~15 d 还可以救活,但不饮水则难生存愈 4~6 d。犬在长途运输、人为地缺水,在战时的枪伤、平时执行任务时的烧伤、烫伤,或者某些疾病引起的发烧出汗、剧烈呕吐、进食困难的疾病(如破伤风、咽炎等)、肠炎、腹泻、食物及药物中毒、饮水机能丧失(如昏迷、头部损伤)等会使犬机体的体液大量丢失,如不及时补充,可致水电解质平衡紊乱,严重时可发生休克甚至危及生命。

轻度脱水,失水量约占总体重的 4%~6%时,病犬出现食欲减少,心跳略增,血液轻度浓缩,尿量减少,胃肠功能与呼吸无变化。中度脱水,失水量约占总体重的 7%~10%时,病犬有强烈饮欲,食欲显著减少,行动怠慢,常喜卧地,被毛粗乱,皮肤干燥,且弹性降低,腹围缩小。并出现眼结膜充血,眼球内陷,角膜干燥等现象。同时伴随有尿量减少,呼吸稍快,心跳明显增加,心音亢进,有时出现心包摩擦音。重度脱水,失水量约占总体重的 11%~30%,病犬精神沉郁,极度消瘦,皮肤弹性如皮革样,眼结膜浮肿呈青紫色,眼球极度内陷,角膜灰色干燥。此时体温开始下降,脉细微而弱,心音低钝,胃肠蠕动停止。垂危时头向后仰,抽搐而亡。幼犬的代谢旺盛及肾脏的浓缩机能较差,每日交换的水量在细胞外液中所占的百分比较大,因而比成年犬更易发生脱水,后果也更严重。

二、救治措施与护理

单纯性脱水的治疗主要是补充水分,无论脱水轻重,只要病犬有饮欲,消化功能基本正常时,尽可能经口给水,让它通过一个生理平衡过程,补入量既确切又花钱少。但病犬饮欲废绝,消化道功能紊乱,失水过多且快速,需要及时纠正血容量以改善心血管功能,提高体况的情况下,就要从静脉补入。但要注意,脱水往往伴有钠、氯、钾等离子丧失及酸碱平衡的紊乱。一般来说,明显口渴、口干、口腔黏膜皮肤干燥、少尿或无尿,前肢腋下及后肢腹股部干燥,神志淡漠到木僵,血清中 Na^+ 超过正常的称为高渗性脱水,主要采用 5% 葡萄糖等渗溶液补充 (275 mOsm/L),如病犬原体重 5 kg,当前临床体征表现为中度脱水,其应补充 5% 葡萄糖溶液量约为 $5 \text{ kg} \times (7\% \sim 10\%) = 0.35 \sim 0.5 \text{ L}$,同时给予双氢克尿塞 $8 \sim 12 \text{ mg/次}$,与 5% 葡萄糖等渗溶液一起补充利尿;在长时间反复呕吐、腹泻等大量丢失消化液的情况下,轻度者约失盐 0.5 g/kg ,表现为虚弱无力、肌肉痉挛疼痛,但口渴不明显;中度者失盐约 $0.5 \sim 0.75 \text{ g/kg}$,眼球下陷,皮肤弹性消失,血压下降;重度者失盐 $> 0.75 \text{ g/kg}$,出现失钠多于失水,血清中 Na^+ 低于正常范围,称为低渗性脱水。对于轻、中度者可给予 0.9% 氯化钠等渗液;重度者先给补充一定量的 1.9% (1/6 克分子) 乳酸钠液 (每升内含钠与碳酸氢离子各 167 毫当量),再给予 3% ~ 5% 的高渗氯化钠溶液 $20 \sim 50 \text{ ml}$,其补盐量 (g) = 缺盐程度 (g/kg) $\times$ 体重 (kg)。失盐和失水的数量相当,体液渗透压未变,血清中 Na^+ 保持正常的称为等渗性脱水,是兽医临床中最常见的一种脱水。病犬表现为口渴、少尿、血压偏低,常引起头昏和剧痛,严重时出现循环衰竭,低血容量休克。对此症状的治疗,首先给予 0.9% 氯化钠,但不宜大量注入,怕引起钠的滞留,最好使用乳酸钠林格氏溶液 (每升中含氯化钠 6 g、乳酸钠 3 g、氯化钾 0.3 g、氯化钙 0.2 g) 以保持血液中氢离

子浓度在一定范围内的稳定性。

对大体型犬在输入等渗液时可达 $2\sim 3\text{ L/h}$, 甚至更多一些, 但考虑到脱水犬的心脏和肾脏功能, 输液速度不宜超过 $0.25\sim 0.5\text{ ml/Kgbw/min}$ 为宜, 但对失水极为严重的病犬可达到 1 ml/Kgbw/min , 且开始可快一些, 到半量时可适当减慢。

严密观察病犬的补液速度、出入水量等, 注意尿量减少的原因, 不能将脱水与尿潴留混淆。前者口渴, 皮肤干燥, 眼窝下陷, 补液后即可排尿; 后者则为膀胱充盈, 腹部膨隆, 有强烈尿意, 解除了下尿道的梗阻即可排尿。犬急性脱水, 一般采用 9 号针头, 行前肢内侧头静脉或后肢外侧面小隐静脉穿刺补液, 但如遇严重脱水静脉凹陷或穿刺困难时, 迅速作静脉切开术, 建立固定的输液通道。如实际有困难时, 也可将犬倒提式保定, 在耻骨前缘中线旁 3 cm 处, 针头刺入 5 cm 深作腹腔注射。

3. 犬应激综合征

应激,是动物机体对各种扰乱机体正常生理平衡的紧急状态和行为(如有害的自然环境、感染、休克、冻伤、烧伤、创伤或各种异常恐怖行为或饲养环境的突然变迁等)的本能反应,不同的反应在体内各个系统的病理过程中出现不同的表现形式,同时出现的一组症状,代表互相关联的器官功能病变和紊乱,但还不能诊断为某一种单独疾病,而是出现于几种疾病或几种不同因素引起的疾病,统称为应激综合征,在家禽家畜中一年四季均可发生。

一、发病原因与症状

犬应激综合征,一般多发生在小型宠物犬,观赏犬中的雄性成年犬较多。它们发生的原因各有不同,如有的是经过长途运输之后发病;有的是城市管理部门紧急抓捕后集中饲养中发病;有的是犬的主人突然更换后发病。在临床中还发现,母犬正在哺乳的一窝崽子突然遭劫,2~3 d后母犬也发病。犬应激综合征在临床症状中的表现,最突出的是消化系统的紊乱,食欲初期下降后绝食,呕吐开始轻微逐日加重,并出现腹泻,在稀薄的粪便中有时带血,可能与植物神经功能失调,迷走神经紧张性增高,引起胃血流和胃酸分泌增加的情况下发生胃或十二指肠急性溃疡常伴出血有关。其次发生在呼吸系统的变化主要类似大叶性肺炎(肺炎球菌肺炎)或者胸膜炎(或称肋膜炎)症状,如体温升高,寒战,呼吸浅表且困难,腹式呼吸明显,胸痛,气喘咳嗽,可视黏膜苍白或青紫,鼻唇镜干燥,鼻翼翕动,眼睑水肿,流泪,结膜潮红,眼角分泌物增加。精神抑郁,或有时神情惊恐。腹壁肌肉紧张,拱背缩腹,步行谨慎,常四肢张开喜独自趴在暗淡的凉地面上。被动驱赶时,不愿移动,且

心率快而弱,可认为是神经系统的一些表现。可根据病犬既往史,患病前后的精神症状和饲养环境改变等情况进行综合判断,对症实施治疗。

二、救治措施与护理

对犬应激综合征的治疗,首先要创造良好的条件,改善饲养环境,让病犬安静下来。然后对各个系统表现出来的临床症状,有针对性地进行治疗。

(1)抗应激、抗过敏,应用镇静剂能促使惊恐不安病犬安静下来。首选盐酸氯丙嗪 0.8 mg/kgbw,肌肉注射,1~2 次/d,连用 2 日。能抑制脑干网状结构上行激活系统,对大脑边缘系统,大脑皮层,下丘脑,基底节和催吐化学感区均有抑制作用;盐酸异丙嗪(非那根)0.05 g/次,肌注,1 次/d,连用 3 日。能对抗或减弱组织胺对血管、胃肠道和支气管平滑肌的作用,对中枢神经也有较强的抑制和降温、止吐作用;

(2)抗菌消炎要贯穿整个治疗过程。首选硫酸卡那霉素 15 mg/kgbw,肌注,2 次/d,连用 4~6 d;新诺明首次 0.2 g/kgbw,内服,维持量 0.1 g/kgbw,2 次/d,连用 4~6 d;倍他米松磷酸钠首次量 5.2 mg 肌注,维持量 1.3 mg/d,连用 3 d;

(3)病犬由于饮食废绝,再加上腹泻,体内失去较多的水分,电解质和酸碱平衡就显得很重要,必须补液。复方氯化钠 30 ml/kgbw,50%葡萄糖 40 ml,11.2%乳酸钠液 5 ml/kgbw,注射用能量合剂 1 支,混合后静脉滴注,1 次/d,连用 3 日;

(4)犬应激综合征的发病原因复杂和表现形式多样,故有很多现象只能对症治疗,缓解临床表现。及时的对症治疗可提高治愈率,延缓病程。呕吐是胃内容物和部分小肠内容物通过食道逆流出口腔的一种复杂的反射动作,发病原因多达几十甚至上百种,应激综合征引起的呕吐,可用甲氧氯普胺 15 mg/kgbw,2 次/d,连用

2 d。可通过阻滞多巴胺受体而作用于延脑催吐化学感应区,发挥强有力的镇吐作用。对于表现出应激性胃或十二指肠出血病例,可选用新凝灵(双乙酰氨乙酸乙二胺)100 mg,肌注,1~2次/d,连用2 d。促使纤维蛋白原变纤维蛋白和血小板释放凝血活性物质,加速血液凝固。中药可选用白芨3 g,制附片6 g,苏梗6 g,白芍10 g,川楝子10 g,炙甘草3 g,制香附3 g,全当归5 g,川贝母3 g,丹参15 g,白檀香3 g,砂仁3 g,玄胡6 g,瓦楞子6 g合煎成汁加红糖喂服,1剂/d,连用3剂;腹泻可选用复方地芬诺酯片,每次1片,3次/d,混于流汁饲料中喂服。直接作用于肠道平滑肌,通过抑制肠黏膜感受器,消除局部黏膜的蠕动反射而减弱肠蠕动,又可增加肠的节段性收缩,延迟肠内容物通过,利于肠内水分吸收。对于有大叶性肺炎,咳嗽、呼吸困难的病犬,可用色甘酸钠特细粉剂,每次0.04 g,用小塑料管吹入犬的鼻孔内,2次/d。抑制由于兴奋刺激感受器而引起的神经反射,使支气管痉挛缓解。中药可用大青叶、金钱草、连翘、栀子、野菊花、紫花地丁各5 g,杏仁、僵蚕各3 g,银花6 g,蒲公英10 g煎水喂服,1剂/d,连用4剂;

(5)将病犬置于安静的环境中,听不到斥责和惊吓声,看不到一些恐怖的制动的工具,如铁笼、套绳、挟狗钳、棍棒、火光等,嗅不到异常气味,如酒精、碘酒、松节油、萘、苯胺等。对于有饮欲的犬,可让其自由饮用白糖盐水,停食48 h后可恢复以往的饮食。

4. 犬心跳骤停

一、发病原因与症状

犬心跳骤停是指由许多种不同的原因引起心脏突然丧失有效收缩和血泵功能,全身有效循环中断,各血管供血中断,引起组织器官急性缺血、缺氧、代谢障碍等。

某些药物或者毒物可直接、间接作用于犬的心脏,引起心跳骤停,如重度急性对硫磷、内吸磷、甲拌磷等高毒类有机磷农药中毒;短时间内吸入大量的芥子气、光气、氯化苦、氯化氰、西埃斯等毒气;麻醉药如乙醚、氯仿、硫喷妥钠等使用量过大或用药时速过快,治疗心律失常时病犬对硫酸奎尼丁、洋地黄类、盐酸普鲁卡因酰胺等药物过敏;急性中毒并发心源性休克、感染性休克、大出血、高钾血症、低钾血症及严重酸中毒等都能导致心跳骤停。

心跳骤停是心脏突然失去了泵血功能,导致循环完全停止的临终前状态,而不是心电与心脏的活动完全消失,在这时如能迅速采取有效的心肺复苏措施,有的犬是能够救活的。犬心脏骤停前先兆有心率极度缓慢或心动过速,身躯两边摇晃似难以维持平衡感,神志异常,后肢跗关节逐渐弯曲,尾紧贴肛门,股二头肌、腓肠肌极度紧张,两前肢腕部弯曲跪地,头向上仰,双眼睁大,眼球上吊,呆然凝视,瞳孔开始扩大,很快出现心律高度不齐等。在骤停时的临床症状还可见病犬意识突然丧失或突然昏迷,被毛湿润,大小便失禁,有时也可能是一阵短暂的全身抽搐之后出现意识丧失,砰然倒地。接着呼吸变为微浅断续呈叹息样或停止,瞳孔完全散大,眼球偏斜,黏膜变成灰色紫绀。听诊心音消失或心室颤动,颈总动脉、股动脉扪不到,颈动脉血压不能测得。

二、救治措施与护理

争分夺秒,立即将犬的头部放低,抬高后肢,增加回心血量。在进行胸外心脏按压之前,可在病犬的左侧胸部第 5、6 肋骨下 1/3 处猛力叩击 2~3 次,每次间隔 1~2 s,此种物理能可转变为电能,使心跳复苏。如拳击后心跳不能恢复,应及时进行胸外心脏按压:让犬呈右侧卧位,清除口鼻腔及咽部的分泌物。术者左手掌放在犬左侧胸中部肋骨与肋软骨交界处,右手交叉压在左手掌背上,术者肘关节伸直,用力向下、向中间按压胸壁,挤压胸腔,其力度以胸廓下陷 3~6 cm 为宜,频率为 40~60 次/min。用人工方法恢复心脏泵作用的同时,臀部肌注安钠加 2 ml,在左前肢内侧头静脉注入肾上腺素 0.3 mg、异丙肾上腺素 0.4 mg、阿托品 2.5 mg、地塞米松磷酸钠 2 mg,并保留此静脉通道,继续不断输入 5%碳酸氢钠、5%葡萄糖液等。胸外按压还可与口对口、口对鼻的人工呼吸同步进行。

按压一般在 5~10 min 见效,能扪到股动脉及颈总动脉的搏动,这是血流的证明;因脑组织缺氧而扩大的瞳孔此时缩小,应该是有效的表现。不缩小反而变大,多系复苏无效;瞳孔缩小随之而来的两上眼睑抖动并反复睁眼;肌肉张力增强,首先是前肢开始挣扎、尾稍跷动,出现第一个吞咽动作;再出现自主呼吸或神志逐渐恢复。如果恢复心跳后出现频繁的室性早搏时,可经前肢三角肌注射利多卡因 50 mg,5 min 后可慢慢恢复窦性心率。

心脏骤停复苏后,除对引起心脏骤停的有关疾病与原因予以处理外,还要每 2~4 h 测一次体温,如持续在 39℃ 以上,说明颅脑受损或脑出现水肿,应采取降温措施,如将犬放到 40℃ 左右的温热水中,使其皮肤血管扩张散热;用 40% 的酒精擦拭犬体,作用也同上。用冰袋置前肢腋下或后肢腹股沟处,血管开始收缩,但继后血管扩张散热;用 4℃ 左右的盐水灌肠或用 25% 的安乃近滴鼻或

地塞米松 5 mg 加入 10% 葡萄糖液中静注,虽然效果较慢,但退热性质温和,比较安全可靠。无论采取何种降温措施,低温可减轻脑水肿。力争在最短的时间内将体温降至 38℃ 左右,维持正常体温。另外,由于心脏停跳致使组织缺氧,无氧代谢乳酸增多而引起代谢性酸中毒,故病犬复苏后要继续纠正酸中毒。碳酸氢钠是应用最广、作用最快、效果最好的一种纠酸药。心脏骤停后易并发感染,其中以呼吸道感染和败血症最为常见,可选用对肝、肾损害不大的抗菌药物,如青霉素 G 肌肉注射,1 次量为 2~4 万 IU/Kg-bw,2 次/d。

虽然抓紧时间,方法也正确,运用所有抢救措施已尽力,但抢救时间已过 40~60 min 以上,病犬毫无起色,则可放弃一切抢救措施。

5. 犬颅脑损伤

(附一例继发硬膜外血肿报告)

一、发病原因与症状

犬的颅脑损伤是其脑组织和颅骨受到钝性冲撞或者强大的外力打击后而发生的以意识和运动障碍为特征的脑病。车祸是颅脑损伤的重要原因,从高楼坠落也不乏其数,而枪伤则多发生在狩猎犬、军犬、警犬中较多,一旦子弹穿过头部,特别是开放性的贯通伤,头皮软组织撕裂、穿破、颅骨呈粉碎状或洞穿骨折,硬脑膜受损破裂,脑组织和脑脊液在颅腔内与外界相交通时,一般都当场死亡,无法救治。

1967年7月23日,一只5岁年龄,体重32 kg的雄性军犬连中3弹(冲锋枪),子弹从额和嘴的移行部进,又从右颈部出,形成进口3 cm×4 cm,出口7 cm×8 cm,据说当时还有心跳和微弱呼吸,但笔者3 min后赶到时已经死亡。而闭合性颅脑损伤如原发性脑干伤、广泛脑挫裂伤、颅内血肿、创伤性水肿等,如急救处理及时和得当,成活率还是能提高的。

1. 头皮损伤 头皮表面皮肤层损伤,出血或形成头皮血肿,病犬神志清醒。局部隆起、波动,压痛明显。头皮撕裂伤出血较严重,局部加压包扎,及早清创缝合。血肿较大者常需多次穿刺抽出积血。

2. 单纯性脑震荡 犬受伤后引起中枢神经系统功能暂时性障碍,如意识立即消失,但数秒钟或数分钟能清醒,伴有呕吐,体温、脉搏、呼吸正常,瞳孔无变化,对光反射正常,血压短时间可偏高。给犬禁食,可静注50%葡萄糖溶液50 ml,如轻微躁动,可皮下注

射盐酸哌替啶0.5~1 mg/Kgbw,8 h后可给水喝。

3. 颅骨损伤 犬的颅骨具有一定的弹性,当受到强大外力打击时,轻者只引起头颅暂时变形,重者造成颅骨骨折,主要是线性骨折和凹陷骨折。结合膜下、眼眶、乳突等处皮下出现淤斑。颅底与鼻窦及中耳鼓室相邻,骨折时自耳或鼻孔流出血液或脑脊液。线性骨折与颅底骨折本身无需特殊处理,但均因属开放性骨折,应给予抗菌素治疗,预防感染。

4. 脑挫裂伤 犬受伤后致使脑组织实质性损伤,出现持续性意识障碍,昏迷不醒达数日,或烦躁不安、偏瘫。呼吸不规则,脉搏缓慢细弱,血压不稳定,瞳孔两侧不等大,对光反射消失,吞咽反射不存等。注意保暖,给予脱水治疗,如静注50%葡萄糖溶液50 ml、20%甘露醇100 ml。降低颅内压。这类病犬病情变化快,要密切观察病情的发展,如出现脑受压症状时,如抽搐、瘫痪、感觉障碍,要及时进行手术。

5. 颅内血肿 病犬伤后常出现中间清醒期,而再次出现昏迷,这种病犬如不及时处理,死亡率高。《中国兽医杂志》2004年第八期刊登的《犬颅脑损伤继发硬膜外血肿》一例报告,说此犬从四楼坠落,多处受伤,但致命处尚未涉及,再加上治疗及时,主人护理得当,故有幸存活下来。现摘录如下供参考:2001年6月22日,短毛吉娃娃犬,雄性,1.5岁,体重6 kg。主诉当日洗澡后放在4楼的窗台上晒太阳,不幸失足坠落,头先着地在一堆零乱的红砖上,坠落高度约为17 m,坠地后未动弹一下,以为死亡,但后见仍有呼吸,嘴角有呕吐物流出,后肢稍有轻微抽搐,故来就诊。当时病犬呈昏睡状态,意识不清,两眼半睁,舌头向右侧稍外露,嘴角流出混有血丝的黏液。肛门有粪便痕迹,小便失禁,呈蛙式状卧。呼吸快而浅,38次/min,心率慢且弱,60~68次/min,体温39℃,颈动脉血压175/90 mmHg。眼角膜反射存,双侧瞳孔散大,左上颚第一、二切齿折断,牙龈出血。左颞顶部由前向后有长2.3 cm裂伤,创

缘整齐小出血,与伤口同向可用手触摸到一长约 1.8 cm 的颅盖骨单发线性骨折。左前肢桡骨 1/3 处平面横行骨折、肿胀。

二、治疗措施与护理

清除口腔内呕吐物和鼻腔分泌物,牵出舌头,放入海绵牙垫,保持呼吸通畅。于前肢内侧头静脉注射 50% 葡萄糖液 30 ml、醋酸地塞米松 10 mg。头裂伤处剪毛清创,碘酒和酒精消毒后作帽状腱膜和皮肤两层缝合包扎。跌打丸 15 g 用白酒溶解成糊状敷在桡骨断裂处,并杉木皮用胶布固定。青霉素 G 钠 80 万 U 肌肉注射,2 次/d,维生素 K₃ 4 mg,肌注,2 次/d。嘱其抬高头部并作冷敷,禁食一天,注意观察意识状态和肢体活动情况。第二天上午 8 时复诊得知初诊 3 h 后,上眼睑轻微颤动,后肢呈游泳状划动,排出少量稀大便。6 h 后,两眼常睁开,舌头能进出自如,呼唤其名字时,尾和耳有摆动反应,神志较为清醒。但清晨 4 时起,双目紧闭、头向右侧歪斜抬不起,呼唤无反应,四肢抽动不安,嘴角流出混有血丝的黏液。当时检查病犬昏迷不醒,痛刺激迟缓,左前、后肢出现轻瘫。呼吸减慢,24 次/min,有点头呼吸样,血压 195/110 mmHg,心率 48~52 次/min,心音低钝,体温 40.8℃。右侧瞳孔大于左侧,对光反射消失,上睑下垂,眼裂变小,双眼球向右侧方向注视。据以上状态,瞳孔变化及其他眼症,判断右侧脑硬膜外血肿形成。处理:从犬的右眼内眦(大眼角)向头顶部引垂直线,再从两耳内侧根处连线,在两线交叉点剃净毛,碘酒消毒后,用颅骨锥并将锥体上的螺旋帽固定于距锥头 1.5 cm 左右,穿入皮下组织,经帽状腱膜下疏松组织、骨膜至颅骨。颅骨板一旦被钻通,顿觉阻力消失感,即进入硬膜外,感觉到血肿存在。用 14G 肝穿刺针以同样深度刺入颅骨下拔出针芯,接上 50 ml 玻璃注射器,抽引出暗红色血液 35 ml 左右,引流完毕注入新凝灵 200 mg,拔出穿刺针用消毒敷料包扎颅骨钻孔处。20% 甘露醇 60 ml、地塞米松