

“三角头”就是毒蛇？ 被咬后应“提着死蛇就诊”？ 这些误区千万别信！



怎么判断蛇有没有毒？说到这个话题，很多人第一反应就是看头部形状，但有人说要看牙齿咬痕；

而说到精准判断使用哪种蛇毒血清，很多人脑海中又会出现新闻中那些提着死蛇就诊的“勇士”；

……

这些说法或做法靠谱吗？记者带着这些问题采访了专家。



漫画：严勇杰

1 “三角形脑袋”不一定是毒蛇 根据牙印判断也不靠谱

日常生活中，不少市民认准一个辨蛇“金标准”：三角形脑袋的是毒蛇，圆脑袋的就是无毒蛇。但在专家看来，这种判断方式并不严谨，极易误导大众。

作为一名有20多年野外探索经验的自然摄影师，张海华长期关注宁波本地蛇类，也曾无数次与蛇相遇。他说，蛇的头部形状不能作为判定毒性的绝对依据，比如舟山眼镜蛇、眼镜王蛇、银环蛇、环纹华珊瑚蛇、福建华珊瑚蛇等剧毒蛇的

头部形状都不是三角形。“本地最典型的反例就是银环蛇，它头部偏椭圆，外形看着温顺，致死风险却极高。”

对于普通市民来说，短时间内快速识别毒蛇比较困难。他更建议大家在野外偶遇蛇类时，统一按高危毒蛇对待，缓慢远离、绝不触碰，才是最安全的选择。

被蛇咬伤后，不少人会低头查看伤口牙印，试图通过牙孔形态判断是否为毒蛇咬伤。这一判断方式，同样存在很大安全隐患。

宁波市中医院皮肤医美（蛇虫伤救治）中心主任叶静静告诉记者，临床上一般不以牙印判定蛇毒类型。“部分毒蛇排毒量小、咬痕浅淡，肉眼几乎无法分辨；户外杂草、碎石造成的皮肤擦伤，也很容易和蛇咬伤痕混淆。”她说，“一旦遭遇银环蛇这类隐匿性极强的毒蛇，会直接错过黄金救治时间。因此，只要明确被蛇咬伤，无论伤口深浅、有无双排牙印，都必须第一时间就医。”

2 “带蛇就医”完全没有必要 可能造成叠加伤害

“很多患者被咬伤后，第一反应就是追打毒蛇、带蛇去医院，觉得只有这样医生才能精准判断蛇种、用好血清，其实没有必要。”叶静静解释，宁波本地常见致伤毒蛇种类固定，储备的抗蛇毒血清品类清晰，医生结合患者受伤环境、伤口症状、凝血及

身体指标，就能快速判定蛇毒类型、精准对症用药，无需借助蛇的实体样本。

更重要的是，人受惊后情绪紧张，追打、搬运毒蛇极易发生二次咬伤，造成叠加伤害。“即便蛇已经被打死，短时间内依旧存在神经反射，依旧有可能咬合伤人，

徒手搬运风险很高。”近期，诸暨就有一位72岁的老人杀死剧毒眼镜蛇，5分钟后断离蛇头突然“复仇”，毒牙狠狠刺入其掌心。

叶静静建议，被咬伤后优先抓紧时间赶往医院，条件允许可在安全距离拍摄蛇的完整照片，给医生诊断提供参考。

3 用嘴吸毒万万使不得 蛇伤捆扎不能一概而论

在各类民间自救方法里，“用嘴吸出毒液”流传最广，也最为危险。这也是叶静静在临床接诊中最常劝阻的错误自救方式。

首先，普通人的口腔黏膜较薄，多数人存在不易察觉的口腔溃疡、牙龈细微出血等状况，毒液一旦接触这些破损位置，施救者很容易被中毒；其次，蛇毒进入人体后会快速渗入血管和深层软组织，仅靠嘴巴的负压，根本吸不出深层毒液，几乎达不到排毒效果；另外，口腔内菌群复杂、细菌繁多，嘴吸的过程还会把大量细菌带入破损伤口，可

能引发创面感染，反而大大增加后续治疗难度。

蛇伤后捆扎伤口也是大众熟知的急救手段，但捆扎方式不对，反而会带来负面影响。叶静静特别强调，蛇伤捆扎不能一概而论，需要根据蛇的毒性类型区分对待，盲目紧扎反而会加剧组织坏死。

比如针对五步蛇等血循毒的毒蛇咬伤，可在伤口近心端适当加压捆扎，保留一指宽松度，定时松解，避免毒素快速扩散，但绝对禁止死死勒紧肢体。长时间紧扎会阻断局部血液循环，加重淤

血、肿胀，加速软组织坏死，延长康复周期。而针对眼镜蛇这类细胞毒的毒蛇咬伤，原则上不建议进行肢体捆扎。眼镜蛇毒液本身腐蚀性极强，会持续侵蚀皮肤、肌肉组织，捆扎造成的血液循环受阻，会进一步加重局部组织缺血坏死，大幅扩大溃烂面积，甚至增加后期植皮的风险。

叶静静提醒，不管被哪一种毒蛇咬伤，保持冷静是第一要务。及时、规范的就医处置，是规避蛇伤致残、致死风险的唯一有效方式。

记者 庞锦燕 通讯员 陈君艳

女子隐忍4年 突发昏迷，命悬一线 良性脑瘤同样凶险

很多人误以为，良性脑瘤无需担忧，可以长期静养观察。殊不知，生长在颅内关键区位的良性肿瘤，如同隐匿的定时炸弹，即便性质温和，持续膨胀压迫中枢神经、脑干与血管，依然会诱发致命危险。

4年前查出天幕脑膜瘤的朱女士（化名），便因心存侥幸拖延治疗，最终突发昏迷，脑疝濒危，所幸经宁波泰康脑科医院专家团队精准施救，成功摘除巨大肿瘤，闯过生死难关。

“隐形炸弹”潜伏4年

4年前，朱女士在当地医院查出颅内有一颗“天幕脑膜瘤”，报告单上明明白白写着“良性”。她松了口气：“良性嘛，又不痛不痒，拖拖无妨。”此后她出现头晕、走路发飘、偶发头痛等症状，都归咎于“年纪大了”“没睡好”。

直到一个半月前的夜晚，朱女士突然栽倒在地，呕吐、神志不清……再送医时，她的肿瘤已悄然长成7厘米×6厘米的“巨块”，骑跨中后颅窝，持续压迫脑干；急性脑积水、吸入性肺炎接踵而至。当地医生直言，如果不进行手术，她恐怕撑不过这两天。

家人把朱女士托付给了宁波泰康脑科医院神经医学学科带头人、神经外科主任殷玉华教授。彼时她已处于脑疝前期，呼吸心跳随时可能停摆。医院紧急开启绿色通道，CT确认急性脑积水与巨大占位；通过对症治疗稳住生命体征后，麻醉、呼吸、老年、内分泌以及神经外科等多学科专家共同会诊，制定救治方案。

良性并非绝对安全

据悉，朱女士得的是颅内相对少见却极为刁钻的天幕脑膜瘤。天幕也叫小脑幕，是硬脑膜在大脑与小脑之间张开的“穹顶布帘”，天幕脑膜瘤就生长在这张帘子上，占有所有脑膜瘤3%~6%，好发于中老年女性，绝大多数为良性。

它最狡猾的地方在于“静音”。肿瘤生长极慢，早期不痛不痒，靠挤压脑脊液和脑组织给自己腾空间，等患者感到头晕、步态不稳、视物模糊时，往往已经长得很大。

殷玉华主任团队借显微镜放大视野，沿膜性界面钝锐结合分离，保留窦壁、避让神经。经过4个多小时后，最终把那颗包绕横窦、窦汇、紧贴脑干的良性脑膜瘤完整剥离，实现了病灶全切。对于良性脑膜瘤而言，肿瘤全切意味着长期治愈的可能。

术后一天半，朱女士顺利转出ICU；术后两周，她已经可以坐起，肢体障碍渐退，目前正在康复治疗。

头晕呕吐不能硬扛

朱女士的惊险，给所有“良性瘤子拖延派”敲了钟：脑膜瘤虽良，但位置决定命运。天幕脑膜瘤多为良性、生长缓慢，早期症状隐匿，常以头晕、间断头痛、步态不稳为首发表现，极易被忽视。但因毗邻脑干、核心静脉窦与神经中枢，随肿瘤增大，会逐步引发脑积水、颅内高压、脑疝等致命危象。

殷玉华主任提醒，查出颅内良性脑膜瘤切勿盲目拖延、心存侥幸，需定期复查、遵从专科评估建议，符合手术指征时一定要及时干预，避免小病灶拖成大危机，守住颅脑健康底线。

记者 林伟 通讯员 孙昊天