·个案与短篇·

腹腔干缺如伴肝总动脉变异 1 例

刘琼瑶[1],王 艳[2],林金勇[1],伏 辉[3] (1. 长沙医学院 2011 级临床本科专业;2. 长沙医学院 2012 级临床本科专业;3. 长沙医学院基础医学系人体解剖教研室,湖南 长沙 410219)

[关键词] 腹腔干;肝总动脉;肝总管;肠系膜上动脉;胆囊动脉
[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)02-0112-02

肝总动脉起自腹主动脉的脏支腹腔干,变异较少。作者在解剖 1 具成年女尸时,发现腹腔干及肝总动脉存在变异,为积累国人体质结构调查资料,现报告如下。

1 材料与方法

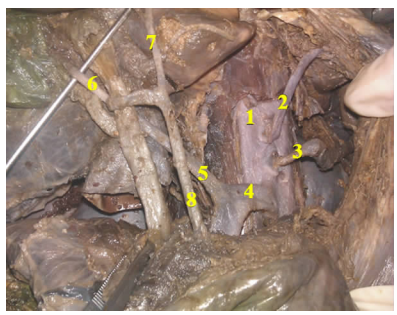
标本为成年女性,身高 162 cm,结构保存完整,已经用甲醛溶液充分防腐固定。采用大体解剖方法,自剑突沿正中线向下绕脐至耻骨联合上缘,沿肋弓向外下切至腋中线;自耻骨联合上缘沿腹股沟向外上切至髂前上棘;从正中线上、下两端的皮瓣转角处向两侧剥离皮肤。暴露腹腔和盆部后发现腹腔干分支、肝总动脉起源及走形变异。数码相机拍照,游标卡尺(精确度 ± 0.01 mm)测量外径长度。

2 结果

腹主动脉在膈的主动脉裂孔 20.42 mm 处由前壁中央依次发出脾动脉、胃左动脉和肠系膜上动脉。胃左动脉向右上方行至胃贲门附近,然后沿胃小弯在小网膜两层折合向右行,并与胃右动脉吻合;脾动脉向右横行经过脾门注入脾脏;肠系膜上动脉自腹腔干发出 29.68 mm 处发出肝总动脉,后者向右上走行于胆囊三角下方并于胆囊三角下方发出肝右动脉,而后绕行肝总管向右横行出胆囊三角后又同时向上发出肝左动脉向下发出胃十二指肠动脉(图 1)。经游标卡尺(精确度 ±0.01 mm)测量发现,胃左动脉外径 2.28 mm,肝总动脉外径 4.36 mm,肠系膜上动脉外径 8.42 mm,脾动脉外径 5.12 mm。

3 讨论

一般情况下,腹腔干为粗而短的动脉干,在膈的主动脉裂空稍下方起自腹主动脉前壁,迅速分为为胃左动脉、肝总动脉和脾动脉三大分支。根据腹腔干分型分析可知,本例变异标本胃左动脉、脾动脉由腹主动脉发出;肝总动脉发自肠系膜上动脉,根据腹腔干分型为Ⅴ型(腹腔干不存在),占(0.21 ±0.12)%[1]。



1:腹主动脉;2:胃左动脉;3:脾动脉;4:肠系膜上动脉;5:肝总动脉;6:肝右动脉;7:肝左动脉;8:胃十二指肠动脉

图 1 标本前面观

肝总动脉发自肠系膜上动脉,根据目前肝固有动脉变异 Michels 分型法可知:该例标本同时伴有肝动脉 Michels Ⅸ型(肝总动脉起自肠系膜上动脉型,占 2.5%)变异。据有关文献报道:肝动脉解剖变异率占 24%[2],肝总动脉来源于肠系膜上动脉约占 1.5%[3]。笔者认为,此类变异较为罕见,尤其腹腔干缺如伴肝总动脉变异,在肝、胃、胰、十二指肠等相关脏器的手术过程当中,应加以注意[4]。腹部肝胆外科手术方案的制定和胆道插管护理等临床操作、肝癌患者经导管动脉内化疗栓塞术(TACE)治疗方案的制定与实施应注意这一解剖异常[5]。同时,在有关 CT 和 B 超影像诊断分析,胃癌根治术、胰头癌根治术、肝门部胆管癌根治术时[6],因需要行淋巴结清扫,腹腔干、肝总动脉、胃左动脉、脾动脉常需要骨骼化游离,故此标本的考察对临床上该类手术也具有一定的指导意义[7]。此外,该例标本肝总动脉绕过肝总管,两者相互压迫,可能会导致十二指肠供血不足和胆汁流出不畅,从而增加了十二指肠溃疡和胆管结石的发生率。所以该例标本的报道对十二指肠溃疡和胆管结石发病机制的研究也具有一定的解剖学意义。

[参考文献]

[1] 中国解剖学会体质调查委员会. 中国人解剖学数值[M]. 北京:人民卫生出版社,2002: 288.
[2] 姜 楠,张 剑,李 华,等. 不同切取方法对肝移植供肝动脉解剖变异的损伤分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2010,16:488 -491.
[3] 黄志强,黄小强. 肝胆胰外科聚焦[M]. 北京:人民军医出版社,2005:201.
[4] 安淑红,孙丰刚,赵振美. 肠系膜上动脉分支及腹腔干变异 1 例[J]. 中国临床解剖学杂志,2008,26(4): 379.

doi:10.11659/jjssx.08E014014
[基金项目] 长沙医学院大学生研究性学习和创新性实验计划项目,长医教[2014]10 号
[通讯作者] 伏 辉,E-mail:815972842@qq.com
[收稿日期] 2014-08-19 [修回日期] 2014-09-03

[5] 杨 飞,李智岗. 肝动脉的解剖变异及其临床价值[C]. 第五届中国肿瘤学术大会暨第七届海峡两岸肿瘤学术会议、国际肿瘤细胞与基因治疗学会会议、第二届中日肿瘤介入治疗学术会议论文集,2008:250.

[6] 黄大元,孟三光,钱继容. 肝的动脉多处变异 1 例[J]. 中国临床解剖学杂志,2002,20(2):85.

[7] 崔 翔,沈 震,许淑华,等. 肝总动脉与肠系膜上动脉合干、脾动脉发自腹主动脉、腹腔干缺如一例报告[J]. 中华肝胆外科杂志. 2011,17(08):655.

(编辑:魏 源)

甲状旁腺全切加前臂自体移植术的护理

颜贤惠,杨 英,曾令娟 (第三军医大学西南医院乳腺外科,重庆 400038)

[**关键词**] 甲状旁腺全切除;护理;甲状旁腺功能亢进;前臂自体移植术

[**中图分类号**] R581.1;R473.6 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2015)01-0113-02

慢性肾功能衰竭(尿毒症期)维持血液透析治疗后,常见的并发症甲状旁腺功能亢进。甲状旁腺功能亢进,可导致全身钙磷代谢紊乱,骨质溶解、异位钙化,造成反复骨痛及心血管并发症,直接影响患者的生存质量。对内科治疗效果不理想的患者,行甲状旁腺全切加前臂自体移植术是一种有效的治疗技术[1-2]。我科共对 6 例慢性肾功能衰竭继发甲状旁腺功能亢进患者行甲状旁腺全切除加前臂自体移植手术,术前的安全护理措施落实到位,术后监测血清钙、甲状旁腺激素水平,及时有效补钙,是患者顺利康复的护理重点。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

2011 年 12 月至 2013 年 12 月我科收治慢性肾功能衰竭并发甲状旁腺功能亢进 6 例患者,均为男性,年龄 24 ~ 45 岁,平均 36 岁。6 例患者每周 3 次经左前臂动静脉瘘处行血液透析,平均透析年限为 4 年。出现甲状旁腺激素显著增高,骨、关节痛,进行性加重,平均年限为 3 年,血钙最高值为 2.86 mmol/L(正常值 2.1 ~ 2.6 mmol/L)。经内科治疗效果不明显,2 例患者伴有高血压。4 例患者在全麻下行左上、左下、右上甲状旁腺全切除加右下甲状旁腺右前臂自体移植术,2 例行右上、右下、左上甲状旁腺全切除加左下甲状旁腺右前臂自体移植术。针对患者术前安全、术后病情观察、血清钙的变化、甲状旁腺激素监测采取了有效的护理措施。

2 结果

术后病理报告均为甲状旁腺腺瘤样增生。未发生出血、神经损伤、感染等并发症。经静脉、口服补钙,未发生严重低钙现象。患者平均住院时间 9 d,出院 1 个月后随访患者恢复好,各项临床症状得到改善。

3 护理讨论

3.1 术前护理

患者由于病程长、合并症多,对术后效果心存疑虑等,往往遵医行为差,容易影响手术效果。因此术前认真分析患者的心理状态,从生活细节入手,关心、帮助和体贴患者,并有针对性地进行心理指导,使患者以良好的心态接受手术。保持地面清洁干燥,保证房间足够照明。常用物品就近放置,便于取用。指导患者穿防滑鞋,适合的衣裤,靠走廊的扶手侧行走,床上活动时使用床栏。保持大便通畅,必要时行甘油灌肠。血透后返回病房时,检查动静脉内瘘处穿刺点有无渗血、红肿。禁止在左侧肢体上测血压、抽血、注射[3]。术前嘱患者进餐 2 h 后,取平卧位,肩下垫软枕,颈后仰,充分暴露颈前区域的颈后伸位,练习从 5 min 开始到能耐受 60 min。在练习过程中如有不适,立即取出肩下软枕予平卧。

3.2 术后护理

术后予持续心电监护,观察心电图 ST 段、QT 间期、T 波的波形变化[4-5]。监测踝部足背动脉血压[6],并可同时测量右腕部桡动脉血压进行对比。在测右腕部桡动脉血压时做到定血压计、定体位、定时测量。观察呼吸频率、节律、深浅度的变化。护士在巡视患者时,询问有无口唇、肢端麻木及四肢抽搐现象。术后每日检验血钙、每 3 d 检验甲状旁腺激素,直至血钙稳定[7]。指导患者有效发音及合理饮水,观察有无声音嘶哑,呛咳等症状[8]。观察颈部伤口有无渗血、出血情况,保持引流管通畅,负压有效,准确记录引流液的量、颜色。静脉补钙时,选择粗、直、弹性好的静脉置留置针,应用输液泵,持续、匀速输入,25% 硫酸镁冷湿敷穿刺静脉,减少化学性静脉炎的发生。一旦发现钙剂外渗,立即停止输入,用注射器连接输液针头稍用力回抽,以减少药物的残留。然后拔针,针眼四周用 2% 普鲁卡因局部封闭[9]。口服补钙时,应将药片碾碎,遵医嘱、及时、规律服用,并做到看服到口。术后限制右上肢活动 24 h,协助患者进食,洗漱等日常活动。1 周内禁止在右侧肱动脉处侧血

doi:10.11659/jjssx.06E014189

[**收稿日期**] 2014-07-02 [**修回日期**] 2014-07-25