右甲状腺下动脉及左椎动脉起点变异 1 例

张 桦[1],杨鹏远[1],邹盛婷[1],杨 冰[1],甘胜伟[2],孙善全[2] (重庆医科大学:1. 2011 级临床本科 2 系 2 班;2. 人体解剖学教研室,重庆 400016)

[关键词] 甲状腺下动脉;椎动脉;变异
[中图分类号] R322.123 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0568-02

作者在解剖学教学过程中,发现右甲状腺下动脉及左椎动脉起点变异 1 例。该变异对临床颈部外科具有一定的参考意义,为积累解剖学资料,现报告如下。

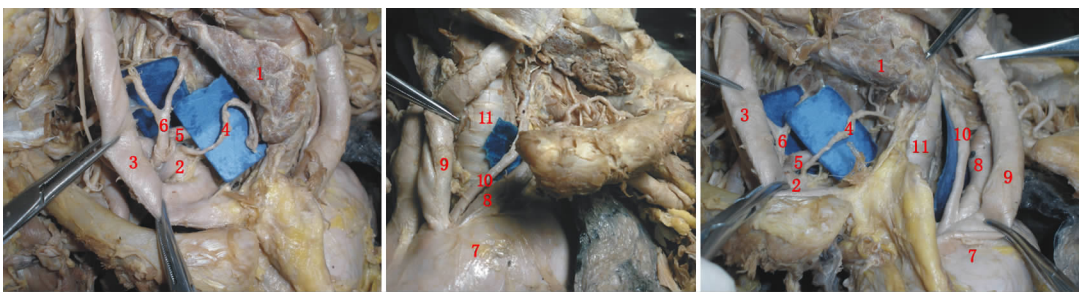
1 资料与方法

10% 甲醛固定的女尸 1 具,年龄约 65 岁,身高约 160 cm,解剖出颈部各层次,充分暴露甲状腺区及颈根部,修洁血管、神经,观察拍照并使用游标卡尺测量相关数据。

2 结果

2.1 右甲状腺下动脉起点变异

本例标本主动脉弓外径约 4.14 cm,较正常值(3.4 cm)明显偏大[1]。其弓上右侧发出头臂干后分为右颈总动脉及右锁骨下动脉,右颈总动脉未见明显异常(图 1)。距离头臂干分叉 1.5 cm 处可见右锁骨下动脉发出 1 条外径 0.21 cm 的分支,向内上方走行于右椎动脉及右颈总动脉之间,呈弓形行跨过气管食管沟,到达甲状腺侧叶中部后面并进入甲状腺,证实其为右甲状腺下动脉。此动脉总长度为 7.60 cm,较正常值(6.0 ± 0.2) cm更长。距离该动脉起点前外侧 0.4 cm 处可见另一外径 0.32 cm 的动脉发出,向上行 1.0 cm 即分为 2 支,分别行向上方及后方深部,据其走行判断为右颈升动脉及右颈横动脉,因此其主干即为右甲状颈干。本例标本中右甲状腺下动脉的变异在于其直接起于右锁骨下动脉,而未发自公认的甲状颈干,其左甲状腺下动脉未出现变异。



1:甲状腺;2:右锁骨下动脉;3:右颈总动脉;4:右甲状腺下动脉;5:右椎动脉;6:甲状颈干(无甲状腺下动脉分支);7:主动脉弓;8:左锁骨下动脉;9:左颈总动脉;10:左椎动脉;11:气管

图 1 右甲状腺下动脉及左椎动脉起点变异

2.2 左椎动脉的变异

本例标本中,左椎动脉直接起于主动脉弓上缘,位于左锁骨下动脉及左颈总动脉起点之间,起点处外径 0.40 cm。其发出后与前正中线呈 40°向左斜跨气管(在 7 至 9 气管软骨之间约 2.5 cm)后沿气管左侧向上走行,至第 6 颈椎水平进入颈椎横突孔内垂直向上走行。其右椎动脉起于右锁骨下动脉,未出现变异。

3 讨论

关于甲状腺下动脉及椎动脉的变异已有报道[2-5],但是在同一标本两侧出现变异,且甲状腺下动脉直接起于锁骨下动脉者尚未见报道。甲状腺下动脉及椎动脉的起始、行程和分布情况与此部位甲状腺手术、气管切开和颈部其它手术关系密切。本例甲状腺下动脉起自锁骨下动脉的变异提示:在临床行甲状腺切除术处理甲状腺下动脉时,与起于甲状颈干的同名动脉相比,变异动脉内压力必将增大,切断时残端结扎线脱落而出血的可能性将会增大[6],并且其与右喉返神经位置关系更密切,甲状腺下动脉结扎也易导致喉返神经的损伤,需要加以重视;同时,由于变异的右甲状腺下动脉及椎动脉起点偏内侧,特别是本例椎动脉斜跨气管前方,进行气管切开或颈根部手术时,应注意此变异的存在。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405053
[基金项目] 重庆市教委教改基金资助(09-2-061)
[通讯作者] 甘胜伟,E-mail:406970700@cqmu.edu.cn
[收稿日期] 2014-04-07 [修回日期] 2014-04-29

[参考文献]

[1] 张敏宏,郭 伟,刘小平,等. 国人升主动脉及主动脉弓的 CT 解剖研究[J]. 中华普通外科杂志,2009,24(1): 42 - 44.
[2] 赵振东. 甲状腺外科解剖学研究[J]. 川北医学院学报,1989,4(3): 9 - 13.
[3] 邓树权, 李慧梅. 甲状腺下动脉发自胸廓内动脉一例[J]. 四川解剖学杂志,2005,12(1): 12.

[4] 高崇敬. 颈部肌三角区粗大的异常动脉[J]. 临床应用解剖学杂志, 1985,3(2): 127.
[5] 李 彦,李晓林,陈维佩. 椎动脉变异 1 例[J]. 局解手术学杂志, 1994,3(3): 71 -72.
[6] 黄石顺,林伟强. 甲状腺术后出血原因分析及治疗[J]. 岭南急诊医学杂志,2008,13(2): 119 -120.

(编辑:魏 源)

改良型气管垫安置法在喉癌术后早期换药中的应用

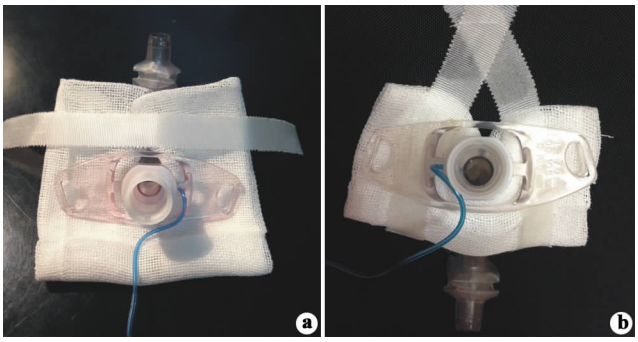
彭 雪,黄茂华 (第三军医大学西南医院耳鼻咽喉头颈外科,重庆 400038)

[关键词] 气管垫安置法;改良型;喉癌术后
[中图分类号] R767.91;R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0569-01

喉癌术后为了避免气管套管托盘与皮肤摩擦造成气管造瘘口周围皮肤破损,临床上使用气管垫保护造瘘口周围皮肤[1]。常规包扎方法敷料较厚,气管套管系带显得过紧,更换气管垫时可能使气管套管产生活动或者移位,引起患者伤口疼痛、咳嗽、憋气,加重了喉癌术后患者的痛苦。为此,我们根据经验将传统的气管套管垫安置法进行改良,临床应用效果满意,现报告如下。

1 材料与方法

材料有气管垫、无菌剪刀、3M 绸缎胶布、镊子、换药盒。常规安置法将"丨"形气管垫中间部分稍分开垫在套管的托盘下,两端穿过套管托盘,并固定(图 1a)。改良型安置法用镊子取出气管垫,无菌剪刀将其"丨"型开口方向的两条纱布条剪至 2 ~3 cm,再用 3M 绸缎胶布分别从纱布块底部或者中心部贴至开口方向纱布条上并延长出 4 ~5 cm。更换气管垫时,前同常规方法将"丨"形气管垫中间部分稍分开垫在套管托盘下端位置,注意勿将 3M 绸缎胶布打折,或粘在其他位置。再用镊子引导将 3M 绸缎胶布在套管托上端从缝隙较宽处拉出,并固定于颈部敷料上(图 1b)。疗效评价:观察更换气管垫方法时患者的 SpO_2 的数据监测,操作时患者是否出现刺激性咳嗽以及反应程度,换药期间伤口是否出现疼痛及疼痛评分,患者对换药的主观感受 5 个指标进行统计对比。



a:常规安置法;b:改良型安置法

图 1 2 种安置法比较

2 结果

使用改良型气管垫安置法时,患者 SpO_2 的监测数据波动小,仅在 1% ~3% 之间,患者出现刺激性咳嗽、伤口疼痛情况较常规安置法少且程度较轻,患者主观感受改良型气管垫安置法较常规安置法更好。

3 讨论

在气管切开术后佩戴气管切开套管早期,患者常出现不适,易发生刺激性咳嗽。这个时期护理上应尽量减少对气管套管的牵动和气道的刺激。但更换气管垫是气管切开术后一项常规且重要的护理操作,气管垫作用旨在吸收气管造瘘口处分泌物,保持造瘘口周围皮肤相对清洁干燥,促进伤口愈合,并使患者感觉舒适[2],在术后初期其作用尤为重要。

气管切开术后早期由于颈部伤口的加压包扎,使得更换气管垫的空间狭小,难度增大。操作时对气管牵动力度和移动幅度增大,且不易控制,导致患者在更换气管垫是出现刺激性咳嗽,甚至憋气,患者出现不配合或者拒绝更换气管垫。不及时更换气管垫,容易造成纱布与组织粘连,在更换时引起新生组织的损伤增加疼痛,造成恶性循环[3],同时增加了护理工作量和患者的痛苦。

改良型气管垫安置法在操作过程中常规的气管垫两端被 3M 绸缎胶布代替,减小了穿过体积,减小了操作空间的限制,从而可以减小对气管套管的牵拉幅度,最大限度的降低套管活动对气管的刺激,因此可以减少患者的刺激性咳嗽的次数,同时有利于患者颈部伤口的愈合。改良型气管垫安置法轻松容易,同时减少了患者的痛苦与恐惧感,可以积极配合,缩短换药时间,提高了工作效率,但操作过程中仍需严格遵循无菌原则。

[参考文献]

[1] 赵会玲,吕 虹,余 蓉. 改良气管套管垫安置法对喉癌术后患者适用性的研究[J]. 华西医学,2009,24(8):2162 -2164.
[2] 王 玲,胡 霜,杨玉娟,等. 气管切开术后两种不同换药方法的效果探讨[J]. 中国医药导报,2008,5(2):123.
[3] 彭 雪,黄茂华,陈润新. 一种防气管切开管内套管脱出的新方法[J]. 局解手术学杂志,2010,19(6):464.

(编辑:左艳芳)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405054
[收稿日期] 2014-03-15 [修回日期] 2014-03-30