维普资讯 http://www.cqvip.com

标准差的统计分析，可以估计出颈丛浅支各分支浅出范围中点的可能分布范围。即：OB/AB的均数±标准误为(0.57±0.31)，99%可信区范围(X±2.48)为0553～0.567，本文提出OB/AB总体均数可信区范围之间的区域为颈丛各分支浅出范围中点的表面投影区。临床作颈丛浅支阻滞麻醉时，先要找准颞骨乳突和胸锁乳突肌锁骨头后缘为体表标志，进针部位宜选择在胸锁乳突肌后缘距乳突最低点(6.8±0.6) cm处，进针的深度为(0.8±0.1) cm。颈丛深支阻滞麻醉，进针部位也可在同一处进行，因为C_4B的距离(6.5±0.8) cm与OB的距离相近，所以从同一穿刺点可达第4颈椎横突，进针的深度为(2.0±0.2) cm。切勿进针过深以免麻药误入蛛网膜下腔引起全髓麻醉。进针的方向应对向第4颈椎横突，不宜向前偏斜，误入颈血管鞘内，造成对鞘内结构的毒性反应。根据文献研究的结果，经胸锁乳突肌前缘中点进针至第4颈椎横突，注入4～5 ml染料，观察到颈丛周围的颈血管、迷走神经、颈交感干都被染色，说明5 ml以上就有引起周围重要结构的麻醉和毒性作用[3]，因此，注入的麻药剂量不宜过大避免并发症的发生。本文认为颈丛麻醉的进针部位宜选择在胸锁乳突肌后缘颈丛各分支浅出范围中点，其优点有：①定位体表标志易于找准确；②经此点进针不易损伤甲状腺血管，同时可作为颈丛浅、深支阻滞麻醉的进针点。当进行颈丛深支阻滞麻醉时，进针深度达0.8 cm时，可适量注入麻醉剂以增强颈丛深支阻滞麻醉效果。

[参考文献]

[1] 李慧友，柏树令．甲状腺手术颈丛阻滞麻醉点的研究进展[J]．解剖科学进展，1998，4(01)：33－36.
[2] Winnie AP, Ramamurthy S, Durrani Z. Interscalene cervical plexus block: a single-injection technic[J]. Anesth-Analg, 1975, 54(3): 370－375.
[3] 李慧友，柏树令，刘德成，等．一个新的甲状腺手术麻醉点的解剖学基础及临床应用[J]．中国临床解剖学杂志，1998，16(03)：193－196.
[4] 朱昭鑫．颈丛神经阻滞术局麻药用量的探讨[J]．中华麻醉学杂志，1985，5(4)：210.
[5] 陈文荟．甲状腺手术颈丛神经阻滞方法的选择[J]．淮海医药，1998，16(02)：15.
[6] 余桃英．颈椎2、3、4三点注药法行颈丛神经阻滞用于甲状腺手术体会[J]．江西煤炭科技，1998，02：56.
[7] 曾慧皋，冯强．颈丛麻醉的实用解剖及其临床应用[J]．衡阳医学院学报，1994，22(02)：145－148.

(编辑：兰阳军)

·个案与短篇·

双胆囊管变异1例

刘晓辉，李桂良，宋文周 (临沧市第二人民医院外二科，云南 临沧 677000)

[关键词] 双胆囊管；变异
[中图分类号] R575.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)05－0259－01

肝外胆管的先天性解剖变异是造成医源性胆管损伤的重要原因[1]，应当予以重视。胆囊管的解剖变异较大，胆囊管缺如、胆囊管开口于十二指肠、双胆囊管、胆囊后胆囊管为较罕见的胆囊管解剖变异[2]。现就1例双胆囊管变异报道如下：

患者，女，31岁。因胆囊结石、慢性胆囊炎于2004年8月4日入院。经相关检查无手术禁忌证，于2004年8月7日在静脉复合全麻下行腹腔镜胆囊切除术。术中见胆囊少许粘连，三角区有肥厚及片状粘连，胆总管未见。解剖胆囊后下三角，游离出胆囊管粗约2 mm，近端生物夹远端钛夹夹闭后剪断，解剖Calot三角发现其内有一约3 mm管状结构，来源不清，同远断端胆囊管似相连，因解剖不易唯恐损伤变异胆管，遂中转开腹。开腹后，逆行切除胆囊，至三角区时结扎胆囊动脉，仔细解剖此管状结构，见其于第一肝门部汇合较高，打开胆总管探查，其直径约6 mm，左右肝管可探及。沿管状结构可探入肝总管，遂明确此为第二胆囊管。予结扎该管，胆总管放置16F T管后关腹。术后两周经T管造影见左右肝管及肝内胆管清晰可见，胆囊管残端因被T管横臂遮盖未见显影。予拔出T管出院。随访5个月，患者无畏寒、发热、腹痛、黄疸等症状。

胆囊管的解剖变异增加了胆囊切除术的复杂性。单纯胆囊结石合并有胆管解剖变异时，术前诊断困难，因B超无特异性，术前行ERCP或MRCP检查并无必要。唯有手术时熟悉胆道正常解剖及胆管变异，细心解剖，遵循不明确的组织不电凝、不切断的原则，才可能最大限度地避免医源性胆管损伤。双胆囊管变异时，若遗漏了第二胆囊管的处理，则术后可发生胆漏、胆汁性腹膜炎等严重并发症。在腹腔镜下行胆囊切除术时，若胆囊炎症不重，三角区解剖清楚，借助腹腔镜的放大作用，可很清楚地看清进入胆囊的结构，但对其性质及来源仍不敢十分肯定。本例因切断胆囊管后发现三角区内另一管状结构来源不清，不予离断，镜下解剖恐带电作业损伤变异胆管，故予中转开腹，沿此管解剖追溯至汇入肝总管处，最终明确为第二胆囊管，续将其结扎处理。本病例若有条件，术中经此变异胆囊管行造影检查，亦可明确而避免中转开腹。

[参考文献]

[1] 董家鸿．胆管先天性解剖变异与胆管损伤[J]．中国实用外科杂志，1999，19(8)：453－454.
[2] 韩永坚，刘牧之．临床解剖学丛书：腹、盆部分册[M]．北京：人民卫生出版社，1996. 290－292.

[收稿日期] 2005－04－08 [修回日期] 2005－05－16

(编辑：兰阳军)