a:右侧面观;b:背面观

图1 保留骨骼的胎儿全身及胎盘血管联合铸型

3 讨论

妊娠16周以上的胎儿标本即可制作胎儿全身血管的铸型标本[1],但妊娠16周胎儿大部分骨骼尚未硬化,不宜制作保留骨骼的铸型标本;妊娠32周除头骨外,胎儿大部分骨骼已经硬化发育完全,故保留骨骼的胎盘胎儿血管联合铸型标本应选择胎龄32周以上终止妊娠且脐带未剪断无破损的胎盘胎儿标本。

在脐带根部,2条动脉之间通常有一交通支,且胎儿、胎盘血管的行程较短,灌注的阻力较小,故插管只需在脐静脉和其中的1条脐动脉双向插管[1];动、静脉插管点不要在同一横断面,错开插管,在近胎儿处行脐静脉双向插管,在近胎盘处行脐动脉双向插管,这样腐蚀后插管处不需再粘接即可保证胎盘与胎儿的整体性和连贯性。若需要重点显示头颈部的血管,可在颈总动脉和颈内静脉分别插管[4]。

胎儿动静脉血借静脉导管、卵圆孔及动脉导管直接相通,灌注时动、静脉容易串色,且胎儿脑部、脏器血管壁较薄,若灌注量太多,易造成动、静脉铸型同一颜色,使整个铸型较密,且易造成肺部血管、脑血管、静脉窦破裂,导致填充剂渗入肺部、脑部组织,影响标本质量。因此,灌注时宜脐动、静脉插管同时灌注,防止动静脉铸型同一颜色,以32周胎儿标本为例,通常总的灌注量约为180 mL。

保留骨骼的腐蚀方法可选用自然腐蚀法和碱液腐蚀法[5],自然腐蚀法对骨质损伤小,骨骼保留完整,标本制作的周期较长,通常需1.5年以上,易造成工作环境的污染;碱腐蚀法制作标本的周期缩短,易破坏骨骼。由于胎儿的骨骼尚未完全硬化,单纯的碱腐蚀法对胎儿骨骼会有较大程度的破坏。用饱和$Ca(OH)_2$的乙醇碱液的方法进行腐蚀,其中乙醇对脂肪分解消化,有效降低了皂化物的生成,提高了碱腐蚀速度;加入饱和氢氧化钙溶液后,可保护骨骼不受碱腐蚀,碱液与骨质反应生成的$Ca(OH)_2$能沉淀在骨表面,形成$Ca(OH)_2$保护膜,阻止OH^-对骨质的破坏,保护骨骼。此外,亦可结合碱液腐蚀的自然腐蚀法[6],制作保留骨骼的胎儿血管铸型标本,即将标本先期用碱液腐蚀5 h后,用流水冲洗掉腐烂组织,用弱酸中和后置于盛水的槽中进行自然腐蚀。

[参考文献]

[1] 李长征,张家栋,谢永财,等.胎儿全身血管铸型标本的制作[J].解剖学杂志,2009,32(4):560.

[2] 李长征,石 瑾,易 剑,等.改良自凝牙托材料在肢体管道铸型中的应用[J].解剖学杂志,2003,36(1):104.

[3] 聂 政,谢拥军,李 磊,等.胸腔原位心肺联合铸型标本的制作[J].局解手术学杂志,2010,19(6):536-537.

[4] 马玉祥,杨 铭,周晓辉,等.胎儿全身动脉和头颈部静脉联合铸型标本的制作[J].解剖学杂志,2010,33(3):320.

[5] 李忠华,王兴海.解剖学技术[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997:173.

[6] 肖钊明,李泽宇,刘 畅,等.结合碱液腐蚀的自然腐蚀法[J].中国临床解剖学杂志,2010,28(6):704.

(编辑:左艳芳)

股外侧浅静脉与大隐静脉汇成静脉窦变异1例

张丽康[1],孟 镔[1],吴启潭[2],孟迪生[1] (1.安徽理工大学医学院临床外科应用解剖教研室;2.淮南市第一人民医院普通外科,安徽 淮南 232001)

[关键词] 大隐静脉;股外侧浅静脉;股静脉

[中图分类号] R322.123;R543.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0700-02

《局部解剖学》所述,大隐静脉及其5条属支常发生变异,它们汇入大隐静脉的形式有不同的类型[1],较常见为腹壁浅静脉起自旋髂浅静脉为25.6%。下肢静脉血栓形成是常见的外周血管疾病,约占外周血管疾病的40%[2]。而股外侧浅静脉与大隐静脉伴行并汇合成静脉窦尚无报道。作者在为一位患者施行右下肢大隐静脉高位结扎及剥脱手术时,发现股外侧浅静脉与大隐静脉相伴行,并在隐静脉裂孔处汇合成静脉窦,然后由静脉窦发出内外两支汇入股静脉。现报告如下。

[收稿日期] 2012-10-05 [修回日期] 2012-10-25

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,57 岁,以“右下肢静脉呈蚯蚓状改变 20 余年”入院,右下肢浅表静脉迂曲扩张呈蚯蚓状,局部融合成团块,患者站立时症状尤为显著。患侧肢体酸麻胀痛,右小腿内侧中下部及内踝部有轻度肿胀并稍有色素沉着,足背动脉搏动良好。双下肢活动正常,Trendelenburg 试验(+),Perthes 试验(+)。患者为大隐静脉主干型曲张,分支曲张较轻。术前右下肢静脉顺行造影证实深静脉通畅。

1.2 方法

患者采用硬膜外麻醉,平卧位,常规消毒术野,行右下肢大隐静脉高位结扎及剥脱术,在右腹股沟下大隐静脉汇入股静脉处切开皮肤及皮下脂肪层,切口长 3.0 cm,探寻大隐静脉主干,术中见右大隐静脉明显扩张,直径约 1.0 cm。切断并结扎大隐静脉主干及其属支,在距股静脉 2.5 cm 处将切断大隐静脉近端双重结扎,并分段将大隐静脉抽出。再分别在内踝前方及小腿外侧做小切口将曲张血管抽剥出。缝合切口,覆盖敷料,并用弹力绷带包扎。术后嘱患者抬高患肢 30°~40°,术后 24 h 可下床走动,以利静脉回流,避免术后深静脉血栓形成。早期进行踝关节伸曲和旋转运动。术后第 3 天开始换药,第 7 天出院,第 14 天门诊随访拆线。观察并记录大隐静脉走行及属支,用游标卡尺(精确度为 0.01 mm)测量其外径及长度。

2 结果

常规方法切开皮肤后找到大隐静脉根部,发现股外侧浅静脉距隐静脉裂孔下方 2.0 cm 处与大隐静脉汇合形成静脉窦,静脉窦上下缘略凹陷,大小为 17.50 mm × 9.30 mm。汇合处股外侧浅静脉外径 4.27 mm;汇合处大隐静脉外径 10.30 mm。汇合后从静脉窦内又发出内侧支和外侧支 2 条血管,内侧支外径 8.60 mm,外侧支外径 6.20 mm,外侧支从静脉窦发出后即有旋髂浅静脉汇入,汇合处旋髂浅静脉外径 4.20 mm。内侧支与外侧支分别走行约 2.8 cm 和 2.5 cm 汇入股静脉。股内侧浅静脉距隐静脉裂孔 12.7 cm 处汇入大隐静脉,阴部外静脉及腹壁浅静脉分别汇入内侧支。股外侧浅静脉全长 35.2 cm。

1:大隐静脉;2:股外侧浅静脉;3:阴部外静脉;4:腹壁浅静脉;5:旋髂浅静脉;6:静脉窦

图 1 股外侧浅静脉与大隐静脉汇成静脉窦变异

3 讨论

一般情况下,大隐静脉走行较恒定,属支多发生变异,大隐静脉主干及属支曲张常常形成静脉血栓,容易引起肺动脉栓塞,而大隐静脉主干及曲张属支剥脱不全也是静脉曲张复发的主要原因[3]。了解大隐静脉及其属支的变异,对大隐静脉选择高位结扎及剥脱术治疗,以及电凝法治疗都是极其重要的。在大隐静脉曲张手术中,必须要将曲张的大隐静脉抽剥完全,否则残余的曲张血管术后易形成较硬的包块,本例将股外侧浅静脉也抽剥完全。大隐静脉高位结扎及剥脱术治疗中,术者必须对变异的血管加以注意。

[参考文献]

[1] 彭裕文. 局部解剖学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:226.
[2] 张青云,高建国,耿艳侠,等. 下肢深静脉血栓形成的介入治疗进展[J]. 重庆医学,2010,39(13):1750-1752.
[3] 王建忠. 大隐静脉改良高位结扎加分支电凝术治疗大隐静脉曲张的疗效观察[J]. 临床医技, 2012,5(4):114.

(编辑:魏 源)

颈部术后负压引流管的护理体会

张小燕,余 蓉 (四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科,四川 成都 610041)

[关键词] 颈部;手术;负压引流管;护理
[中图分类号] R619;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0701-02

颈部手术后术区常需要有效地引流,以避免或减少手术创腔积液、皮瓣坏死、伤口感染等术后并发症的发生。颈部术后创腔放置引流管是防止由于颈部空间狭小,少量的积血、积液产生气管压迫而导致呼吸困难甚至窒息现象发生的重要措施[1]。尤其对于较大颈部包块及淋巴结清扫术患者,术后应常规放置负压引流管。术后对于引流管的良好护理是患者及时

[收稿日期] 2012-08-10 [修回日期] 2012-09-05