1 材料与方法

10%福尔马林固定成年男尸1例,年龄约60岁,常规方法解剖显露肝门区,追踪动脉来源、观察记录其行程和毗邻关系,数码相机拍照,利用游标卡尺测量其外径和长度。

2 结果

腹腔干在膈肌主动脉裂孔下方发自降主动脉前缘,发出肝总动脉(外径9.0 mm)、脾动脉、胃左动脉。肝总动脉向右行3.65 cm处,外径8.2 mm,分为胃右动脉和肝固有动脉,外径分别为4.2 mm和7.8 mm。肝固有动脉在肝下缘前行4.10 cm,外径6.8 mm,分为肝左动脉和肝右动脉,外径分别为3.8 mm和6.0 mm。肝左动脉支配肝左叶,肝右动脉向右下行2.60 cm处,外径5.5 mm,发出胃十二指肠动脉(外径4.5 mm),然后又向右上行走,在胆总管内侧发出分支,分别支配肝右叶和胆囊。

3 讨论

肝门区解剖结构复杂,变异较多,常增加手术难度[1]。胃十二指肠动脉变异少见,临床意义常不被重视,但对进行肝动脉插管、肝脏介入治疗、肝动脉造影检查或肝移植术等操作时具有重要参考价值[2]。作为肝动脉发出的肝外组织的供血动脉,提醒临床医生在肝、胆和上腹部其他器官手术时,务必对此类变异了解清楚。在肝脏手术阻断肝门时,如果没有分辨而一并阻断,势必引起严重的术后并发症。



1:肝总动脉;2:胃右动脉;3:肝固有动脉;4:肝左动脉;5:肝右动脉;6:胃十二指肠动脉;7:胆总管

图1 胃十二指肠动脉起始变异

[参考文献]

[1] 杜 斌,程建青,范红斌,等. 肝固有动脉变异1例[J]. 局解手术学杂志,2006,15(4):269.

[2] 丁家明,李慧君. 肝动脉变异及其临床意义[J]. 肝胆外科杂志,1998,6(1):58-60.

(编辑:余汇洋)

主动脉-肺动脉-肺静脉联合畸形报道1例

冉 荻[1],郝枭雄[1],梅 强[1],郑润泉[1],唐 焘[1],刘光久[2] (第三军医大学:1. 学员旅四队;2. 基础医学部人体解剖学教研室,重庆 400038)

[关键词] 主动脉;肺动脉;肺静脉;骑跨;变异

[中图分类号] R322.1; R541.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0427-02

正常情况下,肺动脉干为一粗而短的动脉干,在相当于左侧第3胸肋关节后方起自右心室,在升主动脉根部的前方向左后方斜行,至主动脉弓下方分为左、右肺动脉。肺静脉左、右各有一对,分别称为左上、左下肺静脉和右上、右下肺静脉。这些静脉均起自肺门处,收集左、右肺叶静脉的血液,注入左心房。我们在解剖一具未成年男性尸体标本时发现主动脉-肺动脉-肺静脉严重畸形变异,现报道如下。

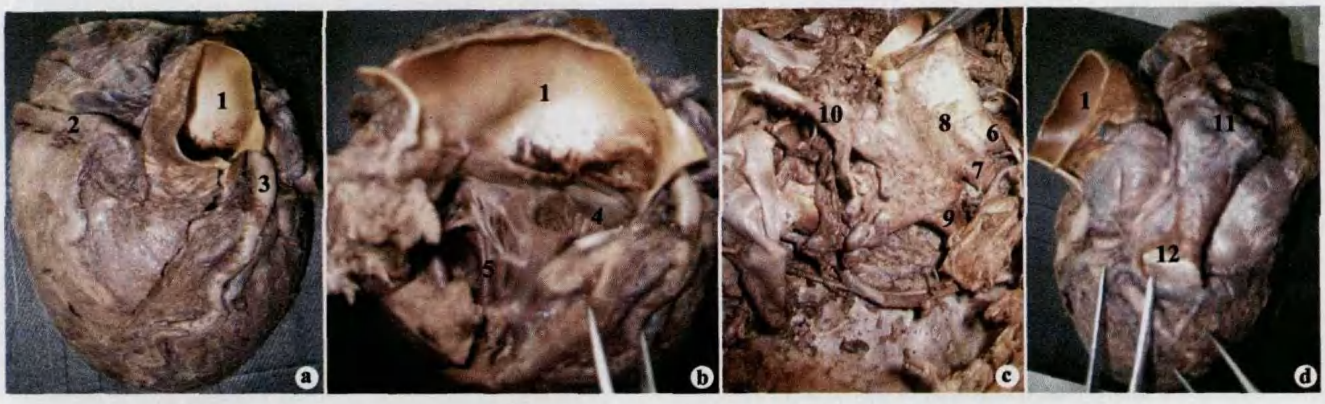
1 材料与方法

经10%福尔马林固定的未成年男性尸体标本1具。通过常规方法解剖显露胸部中纵隔各结构,仔细观察心脏及出入心脏的大血管起始、走行、分支等情况,测量血管管径,并记录和拍照。

2 结果

解剖观察发现,该标本心脏升主动脉口径28 mm,左心房两侧各仅有一个肺静脉流入口,无上、下肺静脉,其右肺静脉口径25 mm,左肺静脉口径20 mm。粗大的主动脉骑跨在左心室和右心室之间,室间隔明显缺如。在心脏表面,并没有发现肺动脉干。但是在主动脉弓上,除了正常发出左锁骨下动脉、左颈总动脉、头臂干外,其下缘还发出一条细小分支动脉,为未闭锁的动脉导管,延续为代偿肺动脉,沿降主动脉下行,最终进入肺门(图1)。

[收稿日期] 2009-08-21 [修回日期] 2009-09-05



a:前面观;b:前面解剖观;c:心底面观;d.后面观;1:主动脉;2:右冠状动脉;3:左冠状动脉;4:左心室;5:右心室;6:头臂干;7:左颈总动脉;8:主动脉弓;9:左锁骨下动脉;10:代偿肺动脉(未闭锁的动脉导管);11:右肺静脉;12:左肺静脉

图1 变异心脏解剖照片

3 讨论

心脏及大动脉先天畸形变异较常见,有许多个案报道。在法洛四联症中,有肺动脉狭窄的畸形,但是像本例肺动脉干缺如这样的畸形变异却极为罕见。这种畸形变异从组织胚胎学的角度来看,发生的主要原因是动脉干分隔不均,致使肺动脉缺如和室间隔缺损。肺动脉缺如使动脉血与静脉血混流,粗大的主动脉向右偏移而骑跨在室间隔缺损处。这样的畸形变异对肺循环有着极大的影响,致使机体供氧不足,这很可能也是死者过早去世的重要原因。因此,在对此类心血管先天性疾病的诊治中,尤其是在进行心脏动、静脉造影时,应当高度重视此畸形变异的存在。

[参考文献]

[1] 成令忠,王一飞,钟翠平. 组织胚胎学:人体发育和功能组织学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,2003,161.

[2] 路 霖,祁秉文,吴清玉,等. 主动脉弓离断并法洛四联症、右锁骨下动脉及降主动脉侧支起源1例[J]. 中华胸心血管外科杂志,2006,22(5):封3.

(编辑:余汇洋)

隐匿性臀部结核性脓肿的护理体会

朱明明,王 芳 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所创伤科,重庆 400042)

[关键词]结核;脓肿;护理

[中图分类号] R323.44; R632.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0428-02

结核性冷脓肿即结核性脓肿形成后触及脓肿有波动感但并无红、热、痛,故称冷脓肿[1]。既往多反对手术引流而采用内科抗痨治疗,但易形成经久不愈的窦道。近期主张手术治疗,本文就我科2007年7月至2008年8月12例住院患者臀部结核性冷脓肿的术后护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者12例,其中男8例,女4例,年龄25~55岁。病程6个月~3年,无手术及外伤史。查体:臀部包块(10 cm×7.5 cm)~(3 cm×3 cm),无皮肤红肿、静脉曲张,行胸部、腰椎、骨盆平片检查未见异常;痰液抗酸染色、血常规检查未见异常。入院后所有患者均在硬膜外麻醉下行包块探查切除术,其中8例术中见皮下潜行脓肿,有絮状物,怀疑为脓肿感染所致;4例术中见包块为典型干酪样坏死表现。均取标本术后送病理检查,证实为结核性脓肿。经过手术后3周持续冲洗,伤口引流液清亮,引流液抗酸染色未见异常,伤口无红肿及分泌物,皮温正常,无触压痛,拔除引流管后伤口愈合良好,均于4周内顺利拆线,痊愈出院,术后1年未复发。

2 护理方法

2.1 局部伤口冲洗引流的护理

密切观察引流物的质、量及颜色,并及时记录,冲洗时应合理调节滴速,冲洗液根据最终培养决定停止时间。输入管的输液瓶应高于患处约70 cm,引流管宜与一次性负压引流袋相连,

[收稿日期] 2009-08-26 [修回日期] 2009-09-31