臂丛神经变异1例

林佰东,秦向征,邵立志,崔春兰,曾繁利,黄 建,王再欣,杨剑峰 (延边大学医学院2008级研究生,吉林 延吉 133000)

[关键词] 臂丛神经;变异;局部解剖学
[中图分类号] R745.41 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0360-01

臂丛由 C_5、C_6、C_7、C_8、T_1 神经前支组成。臂丛的根、干、股、束及分支皆可存在变异[1-3]。我们在解剖中发现1例右侧臂丛神经位置、形态变异,但此种变异报道较少,现报告如下。

1 材料与方法

经甲醛固定的中年男性尸体标本1具,发育正常,外观无任何畸形。解剖显露两侧腋窝及臂部结构,游离臂丛的根、干、股、束及分支。观察臂丛组成和分支情况,测量各部直径。

2 结果

通过解剖观测,本例右侧臂丛由 C_5、C_6、C_7、C_8 和 T_1 神经根组成无异常。在 C_5、C_6 距椎间孔约60.0 mm处形成上干,直径约5.4 mm;C_7 形成中干,直径约6.5mm;C_8、T_1 在41.0 mm处分成下干,直径约0.55 cm。上干在64.0 mm处分成前股和后股。中干在72.5 mm处分成前股和后股。上干和中干的前股在距椎间孔121.5 mm处形成外侧束,继而分成较细的肌皮神经和粗大的正中神经。上干和中干的后股在距椎间孔94.0 mm处形成后束,继而分成肩胛下神经、胸背神经、腋神经和较粗大的桡神经。下干未分股,直接形成内侧束,在距椎间孔102.0 mm处分成前臂内侧皮神经和较粗的尺神经。正中神经与尺神经无吻合支(图1)。正中神经、尺神经、桡神经在臂部走行及分布未见异常。左侧臂丛未见异常发现。



1:上干;2:中干;3:下干;4:桡神经;5:正中神经;6:前臂内侧皮神经;7:尺神经

图1 臂丛神经变异(右侧)

3 讨论

从本例变异情况来看,如果上臂丛(C_5~C_7)损伤,正中神经会出现完全麻痹,其支配肌肉即瘫痪;如果下臂丛(C_8、T_1)损伤,则肘部尺神经麻痹,手的全部内在肌功能丧失,肱三头肌、指伸肌也可能丧失功能。本例臂丛变异出现率虽然较低,也可供临床检查诊断、臂丛神经阻滞麻醉及手术中参考,并对解剖学形态变异资料的收集及数值的增补有重要的意义。

[参考文献]

[1] 王 齐,黄美贤,李鉴轶,等.臂丛后束变异1例[J].中国临床解剖学杂志,2008,26(3):343.
[2] 李 艳,李建华.神经刺激仪肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的临床观察[J].局解手术学杂志,2007,16(1):31-32.
[3] 于 利,张卫国.臂丛神经血管变异致胸廓出口综合征1例[J].医师进修杂志,2005,28(7B):62.

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2009-06-10 [修回日期] 2009-07-15

14例破伤风临床治疗体会

何 胜,李小安 (成都军区总医院感染科二病区,四川 成都 610083)

[关键词] 破伤风;治疗;体会
[中图分类号] R633.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0360-02

破伤风是由破伤风梭菌侵入伤口,产生强烈的外毒素引起的感染性疾病,平均病死率为20%~30%。我科于2006年至2009年收治14例破伤风患者,采取不同治疗措施获得了100%的治愈率,现报告如下。

[收稿日期] 2009-05-10 [修回日期] 2009-07-10

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组14例,其中男10例,女4例,均为农民及农民工。年龄32~47岁,平均38.2岁,其中锈钉扎伤6例,刀割伤3例,玻璃划伤3例,竹签扎伤2例。除1例锈钉扎伤有明显伤口外,其他病例伤口大多已经愈合。

1.2 治疗方法

敞开伤口,清除伤口内异物和坏死组织,并用3%过氧化氢或1:5 000的高锰酸钾冲洗和湿敷。已愈伤口不再处理。早期应用破伤风抗毒素中和游离毒素。对于皮试阳性者使用破伤风免疫球蛋白,一次深部肌内注射,同时应用青霉素钠静滴,每日2次;甲硝唑1.0 g静滴,每日2次,连续10日。肌肉痉挛者,气管切开后使用500 mL盐水加200 mg地西泮持续静滴,控制患者的痉挛症状。

2 结果

本组14例全部治愈出院,无并发症。

3 讨论

破伤风是以牙关紧闭,强直性痉挛、全身肌肉阵发性痉挛为主要临床特征,平均病死率为20%~30%,重症患者的病死率可以高达70%。其死亡原因有呼吸道并发症,如窒息、吸入性肺炎、肺不张、气道内分泌物阻塞以及继发感染、顽固痉挛所致的全身衰竭和心力衰竭。因此,控制痉挛是破伤风治疗的关键环节,本组病人一方面使用破伤风抗毒素中和游离毒素,密切观察有否血管炎性变态反应[1-3];另一方面使用地西泮有效控制痉挛症状,且在以后的恢复过程中没有发现不良反应。痉挛比较频繁时,可以24 h维持使用地西泮,滴速以控制患者在接近浅昏迷的状态为宜。但全天用量不应超过420 mg。此外,还可以选用苯巴比妥,保持室内安静,避光也是减少患者痉挛发作必要措施。保持呼吸道的通畅和有效的营养支持是治疗成功的又一关键环节,本组中的重症患者均及时的给予气管切开,同时专门抽调了护士加强患者的护理。轻症患者可给予留置胃管鼻饲补充营养,重症患者静脉补充白蛋白、脂肪乳、多种维生素以及各种微量元素,维持水电解质平衡。有效抗生素的应用不仅能杀灭破伤风梭菌,而且可防治肺部感染,本组主要是大剂量使用青霉素,不仅价廉而且效果佳。

[参考文献]

[1] 朱同丽. 注射破伤风抗毒素致血管炎型变态反应2例原因分析及处理对策[J]. 中国厂矿医学,2008,21(5):621.

[2] 秦志群,尹兴平. 67例破伤风抗毒素过敏反应的临床分析[J]. 医学信息,2008,21(11):2103-2104.

[3] 宫叶琴,黄双丽,曲治权. 破伤风抗毒素临床应用存在问题分析与对策[J]. 中国误诊学杂志,2008,8(26):6545.

(编辑:蒋登金)

安定及丙泊酚用于无痛人流368例体会

张民生,张文君 (奎屯市妇幼保健院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 无痛人流;安定;丙泊酚

[中图分类号] R169.42; R614.24 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0361-02

人工流产是终止早期妊娠的方法之一,也是避孕失败的补救措施之一。但受术者往往因疼痛而恐惧,给受术者带来沉重的心理压力。我院采用安定、丙泊酚静脉麻醉行人工流产术,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005年8月至2009年3月,我院收治要求无痛人流人员368例,年龄18~42岁,体重42.0~70.6 kg,孕龄6~10周。术前均做盆腔B超检查了解孕囊大小及位置,常规做血常规、心电图、肝肾功能检查,无异常者待手术。

1.2 方法

受术者术前禁食水6 h以上,取膀胱截石位,建立静脉通道,由麻醉师备好氧气常规吸氧,使用心电监护仪检测血压、心率、呼吸以及氧饱和度。根据孕妇体重配置药量,先静脉注入安定注射液5~10 mg,而后静脉注丙泊酚乳液2.0 mg/kg,约20~30 s内注入,待受术者意识消失后开始手术。术中根据受术者对手术反应的刺激及手术时间的长短,必要时再分次静注丙泊酚20~50 mg,手术时间5~10 min,术中密切观察生命体征,术后待受术者完全清醒转至观察室,休息30 min左右无异常便可离开。

2 结果

368例术中经过顺利,镇痛效果满意率为100%,除镇痛效果好以外,同时还具有受术者无恐惧,苏醒快且平稳,宫颈松弛度好,子宫收缩好,出血量少等优点。术中有3例出现呕吐,麻醉师将其头部转向一侧,暂停手术操作即好转。

[收稿日期] 2009-07-20 [修回日期] 2009-08-28