1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,18岁,学生,因反复右下腹部疼痛,伴腹泻6个月,一直按"慢性阑尾急性发作治疗",近4 d症状加剧伴发热,于2005年11月8日到我院治疗。入院检查,体温38.1 ℃,脉搏104次/分,血压13.3/9.31 kPa,消瘦,腹平坦,右下腹肌紧张,可触及边界欠清之固定肿物,压痛明显。B超检查右下腹可探及一不均质肿物,钡灌肠检查于盲升结肠部见一段长约6.0 cm肠腔狭窄,并可见充盈缺损。胸部正位片示心肺无异常,CT检查示右下腹不均质肿物,并肠腔狭窄。因病人拒绝做纤维结肠镜检查,拟诊为盲肠肿瘤,阑尾周围慢性炎性包块,做剖腹探查术。

1.2 方法

剖腹探查见盲升结肠部有1个7.0 cm×6.0 cm肿物,质硬,表面高低不平,阑尾与肿块粘连,但无明显炎症表现,肠系膜充血肿胀,系膜多枚肿大淋巴结。手术采用右半结肠切除,术后病理报告证实为升结肠克罗恩病。

2 结果

术后经抗炎、对症、补液、营养支持等治疗,住院15 d后治愈出院,随访6个月未见复发。

3 讨论

克罗恩病的病因及发病机制迄今尚未明确,过去又称"局限性肠炎"或"肉芽肿性肠炎",为不明原因的非特异性肠炎。本病从口腔至肛门的消化道均可受累,高加索发病率较高,亚洲人发病率较低。好发于回肠末端,呈节段性、多发性。克罗恩病在我国尚缺乏流行病学资料,而升结肠克罗恩病更少见。由于结肠克罗恩病缺乏特异性症状,诊断较难,故极易误诊。克罗恩病是消化道慢性肉芽肿性炎症,可累及胃肠道任何部位,而以末端回肠最常见,临床表现不典型,可有腹泻、腹痛、低热、体重下降等。腹痛常位于右下腹或脐周围,一般为痉挛性痛,多不严重,常伴局部轻压痛,部分病人可出现不完全性肠梗阻症状。起病常较缓慢,病史多较长,少数病人发病较急或在急性阶段,易误诊为急性阑尾炎。本文病例在术前误诊,甚至在手术中也没正确认识和诊断,应引起重视。虽然B超、CT技术可为克罗恩病的诊断提供影象学依据,但不能定性,消化道造影与内镜检查无疑是克罗恩病的重要方法,而病理组织活检则是确诊的最终依据。本例经钡餐灌肠造影,虽未发现典型的"鹅卵石"征或呈线样征,但提示肠腔狭窄、肠壁僵硬,加之对本病的认识不足,仅片面地考虑结肠肿瘤的可能,使诊断思路狭隘,最终导致误诊[3]。

结肠克罗恩病多数需手术探查,术前未能做出诊断,如术中发现典型受侵肠段的表现特征:肠系膜增厚、系膜淋巴结肿大、肠腔狭窄、肠壁僵硬,基本可明确诊断,必要时可考虑病理活检予以证实。一经确诊,在病人病情允许的情况下,手术切缘应距病变至少3.0 cm以上,包括增厚的肠系膜及肿大的淋巴结一并切除。另外,克罗恩病人多为慢性消耗、贫血、营养不良、低蛋白血症等,故同时应重视营养支持等综合性治疗。

[参考文献]

[1] 吕冬华,黄 斌,宋效成. 克罗恩病20例临床分析[J]. 内科,2008,3(3):364-366.

[2] 牛军民,张宝杭,缪金透,等. 以急性腹痛表现的克罗恩病7例诊治体会[J]. 中国中西医结合外科杂志,2008,14(3):294-295.

[3] 李传真,杨铁成,刘美娜. 结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合28例诊治体会[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):112.

(编辑:张天飞)

主动脉弓分支及主动脉弓位置变异

甘翼搏[1],杨 磊[1],李文俨[1],陈 聪[1],王 杰[1],李 晨[1],朱楚洪[2] (第三军医大学:1. 学员旅二队;2. 基础医学部解剖学教研室,重庆 400038)

[关键词] 主动脉弓;分支变异;动脉韧带位置移行

[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)02-0145-02

本文作者在解剖一具成年男尸时,发现主动脉弓上三大分支以及主动脉弓与气管、食管的位置存在变异,经查阅相关文献资料,国内报道很少见[1]。现报告如下。

1 材料与方法

10%福尔马林固定成年男尸1具。常规方法解剖其胸部时,发现主动脉弓上三大分支以及主动脉弓与气管、食管的位置存在变异,仔细观察其毗邻关系,认真做好观察记录,并用数码相机拍照。

2 结果

通过观察发现,该男尸心血管区右侧未见头臂干。右侧锁骨下动脉、右颈总动脉和左侧颈总动脉直接起自升主动脉与主动脉弓移行部,左侧锁骨下动脉起自胸主动脉,动脉韧带连于

[收稿日期] 2009-02-18 [修回日期] 2009-03-03

左侧肺动脉与胸主动脉,与食管、气管平行排列。右侧锁骨下动脉、右颈总动脉位于气管食管右侧,左侧颈总动脉跨过气管腹面。气管和食管位于主动脉弓的腹面(见图 1)。



1:升主动脉;2:右颈总动脉;3:右锁骨下动脉;4:左颈总动脉;5:左锁骨下动脉;6:胸主动脉;7:动脉韧带;8:左肺动脉;9:气管

图 1 位置变异的主动脉弓分支及主动脉弓

3 讨论

据统计,主动脉弓分支类型变异出现率为 3.47%,较为少见[1]。正常情况下的主动脉弓自胸骨角右端后方续接升主动脉,呈弓形弯向左后方,在气管左侧跨越左肺根,下行至第 4 ~ 5 胸椎椎间盘平面续为胸主动脉。主动脉弓的凸侧由右向左发出头臂干、左颈总动脉和左锁骨下动脉三大分支[2]。动脉韧带是连于主动脉弓下缘和肺动脉干分叉处稍偏左侧之间的纤维结缔组织索。

胚胎发育过程中,从心脏发出的动脉形成位于腹侧的主动脉(腹主动脉),它通过弓动脉(最初时左右对称)与位于背侧的主动脉(背主动脉)相连[注:该二者与成体时期的同名血管不同]。腹主动脉起始段向右的分支形成头臂干,进一步分支形成右颈总动脉、右锁骨下动脉。左侧第四弓动脉保留并发育形成弓动脉的弓形部分主体,并向后、向下与背主动脉尾侧段延续。左侧第六弓动脉保留,并与背主动脉靠近左锁骨下动脉的头侧端通连,形成左肺动脉和动脉导管,使左肺动脉通过动脉导管而与动脉弓尾侧端相连。以后其它部分血管退化,升主动脉、降主动脉生长较弓动脉弓形部分快,使头臂干、左锁骨下动脉向弓动脉弓形部分移动[3]。此畸形推测为由于体内外因素的影响而使左侧第四弓动脉在形成过程中发生行程变异,使其经右侧绕至食管气管后侧;同时由于升主动脉扩展变快,将头臂干吸收入其管壁,而降主动脉生长变慢或弓动脉弓形部分生长过快、动脉导管位置迁移也发生差错所致。

在临床上,行气管食管手术时注意防止损伤位于其后方的主动脉弓,在进行颈总动脉介入治疗以及放置支架时要注意主动脉弓分支变异的可能。

[参考文献]

[1] 周显光,黄海龙. 主动脉弓分支变异 1 例[J]. 四川解剖学杂志,2006,14(3):38.

[2] 李 琦,吴景全,黄兴涛. 主动脉弓分支变异螺旋 CT 三维成像解剖学研究[J]. 中国临床解剖学杂志,2008,26(1):52 - 55.

[3] Gielecki JS, Wilk R, Syc B, et al. Digital-image analysis of the aortic arch's development and its variations[J]. Folia Morphol (Warsz), 2004,63(4):449 - 454.

(编辑:侯晓宇)

肌皮神经变异 1 例

周 维,孟 镔,牛鹏辉,曹明炎 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 肌皮神经;变异;系统解剖学

[中图分类号] R322.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)02-0146-02

肌皮神经自臂丛外侧束发出后,向外侧斜穿喙肱肌,经肱二头肌与肱肌间下行,经肱二头肌下端外侧穿出深筋膜,称为前臂外侧皮神经;正中神经沿肱二头肌内侧沟下行,并由外侧向内侧跨过肱动脉,与该血管一起行至肘窝[1]。作者在工作中发现 1 例肌皮神经在臂前区走行异常,与正中神经交通,现报告如下。

1 材料与方法

10% 福尔马林固定的老年女尸 1 具,按正常程序解剖上肢时,发现其左侧肌皮神经与正中神经交通。仔细探察,相机拍照,测量相关结构的直径、长度,并详细做好记录。

2 结果

左侧肌皮神经(直径 1.8 mm)自臂丛外侧束发出后 5.9 cm 处发出肱二头肌支(直径 1.5 mm)继续下行 4.2 cm 处发出前臂外侧皮神经。肌皮神经本干继续下行 2.7 cm 后加入正中神经。正中神经(直径 2.2 mm)内、外侧根自臂丛内、外侧束发出后 22.7 cm 出有肌皮神经汇入(图 1)。在前臂走行正常。同结构右侧无任何异常。

[收稿日期] 2008-12-26 [修回日期] 2009-01-27