维普资讯 http://www.cqvip.com

头静脉变异1例

潘 征[1]，卢 涛[2]，姚 琦[2]，吴杨霄[2]，张 伟[3]（第三军医大学：1. 训练部教务处；2. 学员旅5队；3. 基础医学部解剖学教研室，重庆 400038）

[关键词] 头静脉；变异；解剖学
[中图分类号] R322.123 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0135-01

头静脉汇入腋静脉变异较少见，头静脉汇入腋静脉的属支胸腹壁静脉尚未见报道。作者在解剖一老年男性尸体标本过程中，发现头静脉变异一例，现报道如下。

1 材料与方法

男性尸体标本一例，年龄约60岁，身长167 cm。常规方法解剖显露上肢皮下组织及浅静脉，见右头静脉由掌背侧静脉网起始，绕过前臂桡侧至前臂掌面，向上至肘关节下侧与肘正中静脉和贵要静脉交通，且在此有一浅层分支绕至肱三头肌外侧头与长头之间与上臂的深静脉相通，而不是在前臂与深静脉相通，之后头静脉上升至肱二头肌与肱桡肌之间，经过前臂外侧皮神经浅面，向上循肱二头肌外缘向上，并且在此段，头静脉有6.3 cm的栓塞。之后头静脉变细，当其行至腋窝底时穿深筋膜，而不是由三角肌胸大肌间沟穿深筋膜，之后汇入胸腹壁静脉，而不是直接汇入腋静脉或锁下静脉。此汇入点与胸腹壁静脉汇入腋静脉的汇入点相距约2.4 cm。在上臂的头静脉并无其他属支（图1）。

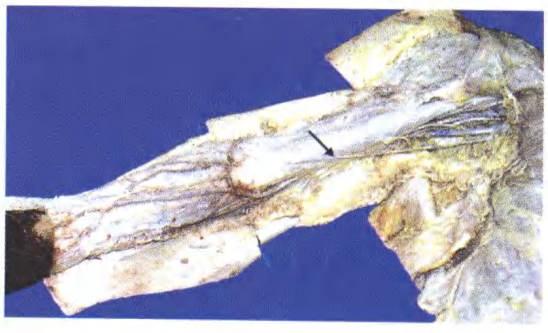


图1 右头静脉（→）变异照片

2 讨论

根据《中国人体质调查》[1]对头静脉末端注入不同静脉的分析，此例变异不属于其中五种类型之一，介于Ⅰ型（腋静脉型）和Ⅴ型（缺如型）之间，是一极少见变异类型。临床上由于头静脉的起始位置十分恒定，位于桡骨茎突背侧的浅筋膜内，即使在此看不见头静脉也可以在这里作头静脉切开。当肱静脉有血栓性静脉炎时，头静脉就成为上肢重要的血液回流途径。因此，在乳腺癌根治术或肩关节手术时，均应妥善保护好头静脉，不可盲目切断、结扎，以防止血液回流障碍。此外，在三角肌胸大肌间沟内，头静脉易于显露，可作紧急静脉切开之用。在现代外科手术中，头静脉常用作心导管插入静脉，导管通过头静脉、腋静脉和锁骨下静脉然后通过上腔静脉进入心脏。本例变异将影响头静脉在临床上的应用，且此变异使贵要静脉的外径变粗，提高了临床实施PICC置管术的成功率[2]。

[收稿日期] 2007-01-23 [修回日期] 2007-03-05

[参考文献]

[1] 中国解剖学会体质调查组. 中国人体质调查[M]. 上海：上海科学技术出版社，1986.
[2] 聂绪发，严振国. 临床应用表面解剖学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1998.115.

（编辑：余汇洋）

胰腺转移性鳞癌1例

杨达荣，徐红梅（合川市人民医院病理科，重庆 合川 401520）

[关键词] 胰腺；鳞状细胞癌；病理诊断
[中图分类号] R735.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0135-02

胰腺恶性肿瘤中绝大部分是胰腺导管腺癌，其它少见类型如囊腺癌，乳头状癌，恶性胰岛细胞瘤等。胰腺原发性鳞状细胞癌临床十分罕见[1-2]。本院于2006年3月收治了一例胰腺转移性鳞癌，现报道如下。

1 临床资料

患者男性，54岁。因无明显诱因出现左侧腹部持续性隐痛2月余，以“腹部包块：①胰腺肿瘤；②胰腺炎”于2006年3月2

[收稿日期] 2006-12-23 [修回日期] 2007-01-30

维普资讯 http://www.cqvip.com

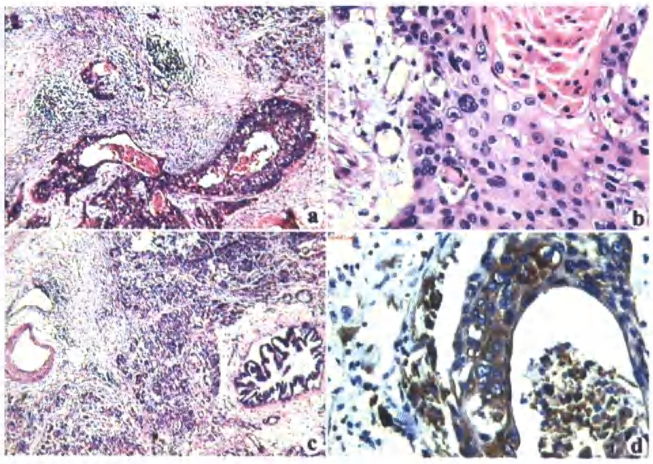
日入院。无吞咽困难，无恶心呕吐，大小便正常。食管癌根治术史3年。查体：巩膜无黄染，全身浅表淋巴结无肿大，皮肤、口咽、双肺、肛门未发现阳性体征，右侧胸廓第5肋处可见一长约30 cm后外侧切口。左上腹扪及一包块约7 cm×7 cm，质较硬，不活动，边界欠清。实验室检查：WBC 8.73×10^9/L，Hb 110.6 g/L，白蛋白40.3 g/L，总胆红素12.2 μmol/L，直接胆红素5 μmol/L，HBsAg+，HBeAb+，HBcAb+，血生化正常。小网膜囊积液肿瘤标记物：AFP2.30 ng/ml，CEA>550 ng/ml，CA_{125} 52.90 u/ml，CA_{19-9} 674.60 u/ml，淀粉酶173.0 IU/L。全消化道钡餐检查提示：①食管癌术后，胸4吻合口通畅，未见异常；②十二指肠降部憩室；③胃排空较差，蠕动减弱，其余胃肠道未见器质性病变。腹部B超提示：上腹部混合性占位，肝胆胰双肾未见异常。上腹部CT提示：①胃及脾脏之间囊性包块，考虑小网膜囊积液或包裹性积液；②食管癌术后。手术中见胰腺体尾部肿大，约7 cm×6 cm，质硬、脆，包块中心液化坏死，形成空腔，内有黑褐色液体约500 ml，包块与十二指肠水平部和肠系膜根部粘连，深部浸润脾动脉，胃未探及，肝脏、胆囊、脾脏、空回肠、结肠等未探及明显异常。切除胰腺体尾部肿瘤并送病检。术后临床诊断：胰腺恶性肿瘤。

2 病理检查

切除的肿瘤组织大体检查：灰白灰黄色不规则组织一块，大小6.5 cm×4.5 cm×2.5 cm，一侧表面较光滑，一侧粗糙，切面灰白灰黄色，实性，结节状，质硬，粗糙面局灶见直径1.0 cm的囊腔。镜检：胰腺小叶结构尚存，其间散在鳞状细胞癌巢（图1a、b），癌细胞核大，异型性明显，染色质粗，核分裂易见，胞质丰富，红染，细胞间桥清晰可见，有典型角化珠和坏死。囊腔壁组织为玻璃样变的动脉管壁，其周围见癌组织浸润，部份胰腺腺泡萎缩，间质纤维组织增生，淋巴细胞浸润，胰腺各级导管无鳞化现象（图1c）。免疫组织化学染色：CKH癌细胞强阳性（图1d），胰腺上皮阴性，CKL癌细胞阴性，胰腺上皮阳性，CEA阴性。阿尔新蓝染色阴性。病理诊断：胰腺鳞状细胞癌，结合临床，考虑食管鳞癌转移。

3 讨论

多数学者认为胰腺鳞癌很可能是腺鳞癌的一种变形，观察多个组织切片可见到腺癌。针对这一观点，作者对肿瘤进行了多层切面，多处取材，未观察到腺癌成份。免疫组织化学染色，



a,b：显示典型鳞状细胞癌，可见角化珠；c：胰腺各级导管无鳞化现象；d：CKH癌细胞强阳性（SP法）

图1 病理组织检查

CKL、CEA及阿尔新蓝染色癌细胞均阴性，表明无腺癌成份。就胰腺的鳞癌而言，是原发或是转移，从组织学上无法鉴别。由于胰腺可以是其它器官癌转移的靶器官，临床上以胃肠道癌、肺小细胞癌、肾细胞癌转移到胰腺多见，主要通过邻近淋巴结或直接浸润到胰腺。在诊断胰腺原发性鳞癌之前应首先排除其它器官的原发灶[3]。本例患者有食管鳞癌手术史，诊断为胰腺转移性鳞癌是恰当的。B超、CT等影像学检查和临床医生均误诊，可能一方面是胰腺肿瘤影像学上无特征性表现。B超、CT所见的囊性改变，术中证实为肿瘤中心的液化性坏死；另一方面是食管癌术后时间较长，达3年之久，临床表现较突然，无明显诱因，而病变仅仅局限于胰腺。食管癌仅有胰腺转移在临床上较少见。胰腺原发性或转移性鳞癌都属高度恶性肿瘤，预后不良。本例患者术后3个月出现腹腔多发性瘤结节，因血管、脏器粘连成团，已无手术切除机会。

[参考文献]

[1] 黄耿文. 胰腺鳞癌1例[J]. 中国实用外科杂志，2005，25(10)：610.

[2] 车进明，殷月玲. 胰腺原发性鳞状细胞癌1例[J]. 诊断病理学杂志，2006，13(1)：25.

[3] 周慕珩，罗安泰，刘子君. 胰腺肿瘤外科病理学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1999.270.

（编辑：余汇洋）

关于日期的用法

公历世纪、年代、年、月、日和时刻 例如：公元前5世纪、20世纪90年代、1995年6月8日14时30分。

表示年份要写全称，1995年不能写成95年或95年；1953—1958年不能写在1953—58年。年月日可以写成1995-06-08。时刻用“:”分隔的形式。如：13时45分8秒可以写成13:45:08。

（本刊编辑部）