维普资讯 http://www.cqvip.com

剥成功后，将放血管末端置于生理盐水空瓶中约 10 cm，将止血钳夹于输液管端。血液缓缓流入储血瓶内，储空瓶内血液达到 400 ml 刻度，停止放血。将输液侧止血钳打开夹于放血管侧，进行静脉补充同等量的低分子右旋糖酐，使体内血容量没有变化。在放血过程中，如因血液粘滞及血管不充盈等原因造成血液流出不畅，可间断用止血带结扎在穿刺处上方 10 cm 处，通过阻断静脉血回流，使采血处静脉血液丰富，血管充盈，有利于静脉血流出，使放血顺畅。

2. 注意事项：①血管的保护，采血针头粗，采血次数多，每次采血后应在针眼处以无菌纱布包扎，按压 5～10 min，防止皮下瘀血。②防止血栓栓塞，由于血液粘滞，需要多次加压放血，血液流经的针头或放血管内可能有血栓形成，遇到此种情况，放血完毕应将针头拔掉，重新穿刺后输入低分子右旋糖酐，避免经采血针头输液将血栓带入静脉内形成血栓栓塞。3. 做好放血的监护，由于采血量大，血容量迅速下降，尤其是初次放血，全身器官对失血耐受差，易发生休克晕厥，如出现冷汗，心率加快，血压异常，应立即停止放血。

（三）心理护理

真性红细胞增多症没有特效治疗方法，此病病程较长，给患者身心造成很大痛苦。由于放血量大，病人有恐惧心理，向病人讲明静脉放血的意义，同时补充等量低分子右旋糖酐，使体内血容量没有变化，解除患者的顾虑。

（四）出院指导

嘱病人出院后注意加强营养，保持乐观情绪，防止着凉，预防感冒。注意皮肤粘膜的保护，注意观察有无齿龈出血，鼻衄，头晕头痛，皮肤有无瘀点、瘀斑，有无呕血、便血，肢体活动情况，定期复查血常规，如有异常及时就诊。

小结：通过对这一例真性红细胞增多症的护理，使我对这一罕见病例有了较全面的认识，掌握了真性红细胞增多症的症状体征，护理要点，尤其是静脉放血的护理，对病人的康复起到直接有效的作用。

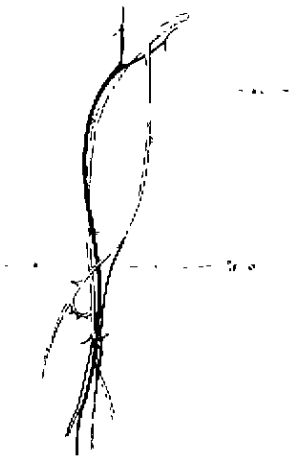
（收稿：2001-05-30）

肱动脉变异一例

王艳梅* 洪永华* 朱建华* 杨开明*

在一例成人上肢右侧分离神经血管束时，见其变异典型，于相关资料中无记载。现报道如下。

于腋动脉第二段发生肱动脉浅、深两干，深干口径稍粗、正中神经内、外侧头夹深干于其浅面合并为正神经，并伴深干沿肱二头肌内侧下降至肘正中，经肘窝正中向下，深干延续为尺动脉，沿途发出肱深动脉及尺侧下副动脉。浅干沿上臂尺侧浅面下行，横越肘窝浅面向下延续为桡动脉，沿途发出尺侧上副动脉，并于髁间线上 1cm 发出浅正中动脉，该动脉向下经肘窝正中行于前臂正中浅面，与正中神经体表投影一致，下段行于尺侧腕屈肌腱外侧并于正中神经伴行穿腕横韧带入腕管至手掌，与尺动脉末端吻合为掌浅弓。桡、尺动脉于髁间线下 4cm 处借一凸向下的弓形支吻合，自弓形动脉凸侧发出 3 支关节支参与肘关节网构成。吻合弓上 2cm 处桡动脉发出桡侧返动脉，吻合弓下 2cm 尺动脉发出骨间前动脉、骨间后动脉，尺侧返动脉及一支深正中动脉，该支深正中动脉在正中神经主干桡侧下行 3cm 后，于正中神经深面与其伴行 5cm 并随正中神经一小分支进入指浅屈肌。桡动脉主干沿前臂桡侧下行于肱二头肌腱内侧至桡骨茎突并于该肌腱深面浅出至手背，沿第二掌骨肌间隙延续为第二掌背动脉至食指尺侧延续为食指尺掌侧固有动脉，末端不参与掌深弓。桡动脉行程至桡骨茎突下手背时发出拇指尺掌侧固有动脉，穿第二掌骨肌间隙至拇指尺掌侧，其还在穿桡侧腕屈肌腱前发出拇指桡掌侧固有动脉，穿拇短展肌、拇短屈肌与拇对掌肌之间，至拇指桡掌侧延续为拇指桡掌侧固有动脉，而拇主要动脉缺如。掌浅弓发出 3 条指掌侧总动脉，1 条小指尺掌侧固有动脉及一条食指桡掌侧固有动脉。



附图 肱动脉变异

本例报道与以往文献报道不同，附图肱动脉变异有以下几点：1. 双肱动脉浅干发出浅正中动脉向尺动脉末端吻合掌浅弓；2. 双肱动脉深、浅干向下分别延续为尺、桡动脉，并于髁间线下 4cm 有弓形吻合。3. 桡动脉末端延续为食指尺掌侧固有动脉而没有参与掌深弓、食指桡掌侧固有动脉来源于掌浅弓、中指、无名指、小指的掌指侧固有动脉也来源于掌浅弓。4. 拇主要动脉缺如，由桡动脉直接发出拇指桡掌侧固有动脉和拇指尺掌侧固有动脉。

* 作者单位：671000 云南省大理医学院解剖教研室