维普资讯 http://www.cqvip.com

尺神经沟肘管尺神经的观测及临床意义

易德保* 刘文国* 张大顺*

【摘 要】 **目的** 为探讨肘管综合症的发病机制 **方法** 测量肱骨尺神经沟的深度、肘管直径、尺神经肘管段直径。**结果** 肱骨尺神经沟深度为0.36mm；上肢肘管平均直径为0.55mm；尺神经肘管段平均直径为0.24mm。**结论** 尺神经肘管段全部嵌入尺神经沟内，嵌合得越紧，发生肘管综合症的可能性越大。

【关键词】 尺神经沟 肘管 肘管综合症

The measurement of ulnar nerve radialis, the elbow tube, the ulnar nerve and clinical significance *Yi Debao, Liu Wenguo, Zhang Dashun. Department of anatomy, Shaoyang medical schaol, Hunan 422000*

【**Abstract**】 **Objective** The study is to provide basic information of elbow tube syndrome. **Methods** We measured depth of ulnar nerve radialis and diameter of elbow tube and ulnar nerve in the elbow tube. **Results** The depth mean of ulnar nerve radialis is 0.36mm. The diameter mean of elbow tube is 0.55mm. The diameter mean of ulnar nerve in the elbow tube is 0.24mm. **Conclusion** All of ulner nerve in the elbow tube is embed in ulnar nerve radialis. It is embed tightly to facilitate developping elbow tube syndrome.

【**Key words**】 Ulnar nerve radialis Elbow tube Elbow tube symptom complex

自1958年Feindel提出肘管综合症后，有关肘管综合症的发病机制尚未完全揭示[1~2]。因而进一步探讨肘管综合症的发病机理，有着重要意义。本文对50例成人肱骨的尺神经沟、50例成人的肘管和尺神经肘管段进行形态学观察和测量，为研究肘管综合症的发病机制提供解剖学资料。

材料和方法

选用成人肱骨50例(右28例，左22例)，以肱骨内上髁与肱骨滑车内侧缘两者最高点连线为标志，用游标卡尺测得尺神经沟的深度。在50侧(左右各25侧)经福尔马林固定的上肢标本上，以肱骨内上髁和尺骨鹰嘴最高点连线为标志，测量肘管的直径和尺神经肘管中段的直径。

结 果

测得的尺神经沟的深度、肘管直径、尺神经肘管段的直径结果详见附表。

附表 尺神经沟深度、肘管直径、尺神经肘管段直径测量结果(mm, $\bar{x} \pm s$)

	尺神经沟深度	肘管直径	尺神经直径
右侧	0.38±0.18(0.21~0.69)	0.58±0.07(0.51~0.68)	0.25±0.06(0.19~0.35)
左侧	0.36±0.16(0.19~0.53)	0.52±0.08(0.47~0.63)	0.23±0.07(0.17~0.35)

尺神经沟的深度与尺神经直径的比值为1.5:1，肘管直径与尺神经的直径的比值为2.3:1。

讨 论

一、成人肱骨的尺神经沟深度与尺神经肘管段的直径比值为1.5:1，说明尺神经可全部嵌入尺神经沟内。如果肘管后壁的韧带肥厚，尺神经沟的深度与尺神经直径的比值越接近，肘管内的压力越高，产生肘管综合症的可能性也就越大。

二、成人的肘管直径与尺神经的肘管段直径之比为2.3:1，尺神经在肘管内有一定的活动范围。发生肘管综合症的解剖学因素与正常肘管的容积大小关系不大。

参 考 文 献

1. 彭峰，陈德松. 肘部尺神经卡压的解剖研究进展. 中国临床解剖学杂志，1998，16(1)：92.
2. 朱姣媛，易德保. 肘管尺神经内压测量及其临床意义. 中国局解手术杂志，1998，7(4)：215.

(下转304页)

* 作者单位：422000 湖南省邵阳市卫校解剖学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

充分的思想准备，术中渗血较多且常为静脉血，如能果断地决定行胆囊切开取石造口术，不强求切除胆囊，将减少肝损害和保证安全。有报道门静脉高压病人因胆囊结石行胆囊切除术，不慎缝扎肝总管。

（三）若不慎将重症肝炎和肝周围炎病人由于胆囊的水肿、肥厚、淤滞并发热、黄疸诊断为急性胆囊炎，应看作是不幸的事情。此时除了小片肝组织活检外，任何手术如胆囊造口或胆总管造口术都是在不幸的剖腹手术中再增加有害无益的肝肌损害及负担

二、胃

在B超未普及前，由于检查方法的局限，胆囊结石易被误诊为胃十二指肠疾病。而今，B超已成为许多腹部疾病检查的重要方法，胆囊结石与胃癌症状所似处颇多。临床医生常因得到胆囊结石的诊断而满足，缺乏对胃癌的警惕。对于一个右上腹病的患者我们习惯于首先B超检查，如胆囊内有结石则易诊断为结石性胆囊炎，忽略了无症状胆囊结石的存在，或两病并存的情况。

三、胆囊

探查胆囊时我们必须注意到自己探查的结果是否与术前症状、体征、检查结果相符。

（一）胆囊癌：不少胆囊癌病例缺乏特异性症状，术前未作出确诊，而多在因胆石病或其它胆道疾病作胆囊切除时发现。因此，手术医师在术中要对每一个切除胆囊标本进行大体检查，先观察胆囊的大体轮廓，有无异常；随后探查胆囊壁，有无局限性增厚区、硬结或肿块；最后解剖开胆囊壁，观察其粘膜是否光滑，有无隆起样病变，息肉或肿块。遇有疑问时，取出病灶组织作冰冻切片或块速石蜡切片检查。因为术中偶而发现的胆囊癌多属早期病变，手术切除效果好。

（二）胆囊罗-阿氏窦穿孔：术中探查发现胆囊张力高，颈部有结石嵌顿、术中肝下有稀薄胆汁，而不含肠内容物残液，周围脏器正常者，应想到本病。在慢性胆囊炎约90%病例存在有罗-阿氏窦[3]。当慢性胆囊炎急性发作时，可因胆囊内压力增高而发生穿孔，致胆汁外漏，引起胆汁性腹膜炎。但不累及其它部分，肉眼亦不见胆囊穿孔[4]。如果对此认识不足、术中由于肉眼不见胆囊穿孔，探查空腔脏器又未发现穿孔，既延长手术时间，又增加不必要的损伤，由于不能找到穿孔部位，给术者心理上造成很大负担。

（三）Mirrizi综合征：它的临床表现与胆囊结石伴胆总管结石等梗阻性黄疸十分相似，术前鉴别十分困难，确诊率为8.2%～20%[5]，术中探查若有以下情况应考虑本病：(1)胆囊三角区粘连较重，胆囊颈结石嵌顿，胆囊管开口异常。(2)胆囊-胆管瘘。(3)肝脏胆汁淤积，而胆总管不扩张。这时即不必要进行胆总管探查，胆囊切除加胆总管探查引流的死亡率为2.5%，明显高于单纯胆囊切除术的0.25%[6]。对患者术前黄疸，肝内胆管扩张心中有数，并对即将进行的手术方式，有所估计，如缝合修补术，胆肠吻合术。

四、胰腺

一般情况下，胆囊癌，中上段胆管癌及肝癌不易漏诊，而胆总管下端癌及胰头癌因病灶隐蔽，不易发现。对此，简单而有效的方法是对每一例患者都应通过文氏孔，用食指与拇指的双合诊仔细触摸胆总管下端及胰头部，对胆总管取石后仍发现其下端不很通畅，可采用造影，或刮取活检，或切开十二指肠降段，以明确胰腺情况。

参 考 文 献

1 裴法祖.重视术中意外损伤的预防和处理.中国实用外科杂志，1996，16：451.
2.黄志强 胆道手术的腹内探查.见：黄志强胆道外科手术学.北京：人民军医出版社，19991 48.
3.武忠弼，主编.病理学.北京：人民卫生出版社，1990.324.
4.金庆丰，主编.胆道疾病.上海：上海科学技术出版社，1979.3.
5.Becker CD, Hassler H, Terrier F, et al. Preoperative diagnosis of the Mirrizi syndrome. Am J Roentgenology, 1984, 143：591.
6.顾悼云.胆总管探查，引流术.见：黄志强胆道外科手术学.北京：人民军医出版社，1991.198.

（收稿：2000-07-04）

（上接328页）

3.马学义，刘美音，卢其源，等.肘管综合症的临床与解剖学研究.中华骨科杂志，1994，14(2)：755.
4.杨运平，徐达传，许本柯，等.肘管的应用解剖学研究.中国临床解剖学杂志，2000，18(1)：8.

（收稿：2000-05-16）