维普资讯 http://www.cqvip.com

正中神经掌皮支血供的显微解剖

衡阳医学院　申家兴　唐国华
（湖南衡阳，邮政编码 421001）

R322.97
R329.471

[提要] 在 50 例上肢标本，观察了正中神经掌皮支的血供，结果是正中神经掌皮支的营养动脉是来自尺动脉干、桡动脉干，掌浅弓及桡动脉掌浅支的分皮，共 135 支，平均每条掌皮支为 2.70 支营养动脉，其营养动脉进入神经方式有伴入型、直入型及肌支型三种，营养动脉进入神经的方位有 4 种方向，即由外侧、内侧、前方和后方进入神经。

[关键词] 血供；正中神经掌皮支；显微解剖。

正中神经掌皮支是正中神经在屈肌支持带附近的一个分支，在腕部、手掌手术处理滑膜囊肿、腕管综合症减压术等时，很易伤及此神经及有关血管，造成神经营养失调，分布区感觉异常及功能障碍。有关正中神经及分支的血供资料不多[1,2]，本文就掌皮支血供的来源进行局部解剖观察，以期积累国人资料，为手外科手术要点提供形态学的依据。

材料与方法

采用完整成人手部材料 50 例，在前臂中、远段找到桡动脉及尺动脉，经生理盐水冲洗血管，部分新鲜材料还用肝素冲洗血管，防腐后，从动脉持续高压注入 ABS，在肉眼及手术显微镜下（目镜 10×1），解剖观察神经的营养动脉。

观察结果

50 例的正中神经掌皮支，是正中神经在腕远纹的近侧部位时，从此神经干桡侧发出的，发出后经掌长肌腱和桡侧腕屈肌腱之间的深面、穿出腕掌侧韧带至屈肌支持带掌间并分支，或经屈肌支持带及掌腱膜深间随即穿出并分支，一般发出 1～3 支，分布于鱼际及手掌中部的皮肤。

一、掌皮支的营养动脉：50 例中其营养动脉的来源有：

1. 尺动脉干：定供应掌皮支的主要动脉，尺动脉发出至神经的营养支有 1～3 支，1 支有 40 例（80%），2 支有 5 例（10%），3 支有 2 例（4%）。

2. 桡动脉干：亦是供应掌皮支近侧段的主要动脉之一，其动脉发出营养支有 1～2 支，其中 1 支有 37 例（74%），2 支有 5 例（10%）。

3. 掌浅弓：由掌浅弓发出营养支至神经，有 1～2 支，其中 1 支有 10 例（20%），2 支有 5 例（10%）；参予供应掌皮支远侧份。

4. 桡动脉掌浅支：由掌浅支发出营养支至神经有 1～2 支，1 支有 8 例（16%），2 支有 2 例（4%）。参予供应掌皮支的远侧份。

二、营养动脉进入神经的方式：营养动脉的分支进入神经的方式有三种形式：

1. 伸入型（营养动脉到达神经之前，该动脉的分支先与神经伴行一段距离后才进入神经。）50 例中发现 36 例，有 1～3 支，其中 2 支多见，有 22 例（44%）。1 支有 13 例（26%），3 支一例（2%）。

2. 直入型（营养动脉的分支以最短距离行向神经，并直接进入神经。）50 例中发现 42 例，有 1～2 支，其中 1 支多见，有 28 例（56%），2 支有 14 例（28%）。

3. 肌支型（营养动脉从邻近肌穿出进入神经。）50 例中见 19 例，均为 1 支（38%）。

三、营养动脉进入神经的方位：营养动脉的分支进入神经的部位，分为四类，见表 1。

表 1. 营养动脉分支进入神经的方位

	方　位	支　数	%
I	外侧	60	44.44
II	内侧	56	41.49
III	前方	16	11.85
IV	后方	3	2.22
	合计	135	100.00

讨　论

一、50 例成人正中神经掌皮支是由正中神经在前臂桡侧发出，行于前臂远侧时，位于桡侧腕屈肌腱与掌长肌腱之间深面，伴随正中神经主干走行一段距离，然后分开，经腕部至于手掌穿出掌腱膜、随即发出分支，分布鱼际及掌中部的皮肤，而掌皮支的营养动脉是由尺动脉干及桡动脉干发出

维普资讯 http://www.cqvip.com

的分支供应神经的近侧份，而尺动脉干、掌浅弓及桡动脉的掌浅支发出分支供应神经的远侧份。这提示我们神经有节段来源的血供，寻找神经血供可按节段寻找有关血管的分支；在腕、掌部疾病作切口，横切口更易伤及皮下的掌皮支及营养动脉，作纵切口时，应在环指纵轴的尺侧，以免伤掌皮支及伴行营养支，一旦损伤，会产生神经分布区感觉迟钝或丧失乃至痛性神经瘤，同时由于神经缺血，微循环不足，神经营养失调[2~7]。

二、营养动脉分支进入神经方式，有三种，多见伴行型及直入型，少见肌支型，但一条神经可以同时有两种方式的营养动脉的分支进入，在分离神经时，要注意这些进入的方式。

三、营养动脉分支进入神经的方位，有四种，即从内侧、外侧、前方、后方进入神经，但多见从内侧、外侧进入，同时每条神经可有 1～2 种方位进入，所以，游离神经时，尽量注意两侧的营养动脉，这样损伤营养动脉机会相对会减少些。

参考文献

1. 姜保国，等. 正中神经血供的显微外科解剖学，解剖学杂志 解剖学术年会文摘汇编 1988；9：188.
2. 申家兴，等. 正中神经腕管段及返支血供的显微外科解剖，中华手外科杂志 1989；5：31.
3. 姚万才，等. 正中神经掌皮支的局部解剖，局解手术学杂志 1995；4（2）：8.
4. Carroll RE, Green DP. The Sigmificane of the palmar cutaneus nerve at the wint. clin outhap 1977；83：24—28.
5. Taleisnik J. The palmar cutaneous branch of the median nerve and the approach to the capal tunnel. An anatomical study, J Bune joint surg (Am) 1973；55：1212.
6. Bexerra A J, et al. An anatomical study of the palmar cutaneous branch of the median nerve, SRA 1986；8：183.
7. Taylox GI, et al. The Flee Varcuouzed nerve gralt：A Further experimental and clinic application of microvarcular. plart Reconriuct surg 1976；57：413.

（收稿日期：1996—05—07）

腹膜后盲肠并腹膜后升结肠 1 例

广州医学院第二附属医院 龚连梅
（广东广州，邮政编码 510260）

患者，男，42 岁，因转移性右下腹疼痛 10 小时入院。体检：右下腹麦氏点明显压痛、反跳痛，局部有腹肌紧张。诊断为急性阑尾炎并局限性腹膜炎，急诊行阑尾切除术，手术取右下腹麦氏切口，切开腹膜时见腹膜与其深部的结缔组织紧密附着，很难分开，即在原切口内侧 1cm 处另行切开腹膜，顺利打开腹腔，见腹腔内无炎性渗出物，亦无大网膜移行，在腹腔内靠外侧可见升结肠，沿升结肠带向下寻找阑尾时见结肠带逐渐变宽，最终与侧腹膜融为一体，无任何间隙和分界。在结肠带与侧腹膜融合部的上方可见回肠末端与结肠相连接，欲探查结肠旁沟时见升结肠一侧肠壁与前腹膜纵向紧密粘着，不能剥离。术者在初次切开腹膜处的外侧 1cm 再次切开腹膜，见有稀薄脓性分泌物从切口涌出，吸净脓液，见阑尾在此切口内，呈坏疽改变，表面附有少量脓苔。显露阑尾根部，见阑尾位于盲肠后外侧，直径约 1.5cm，长 6cm，尖端游离并指向外上方。盲肠形态正常，无明显炎症。常规切除阑尾，包埋阑尾残端，依次缝合外侧和内侧两腹膜切口。术中见升结肠壁和盲肠壁均完整、光滑，由于切口所限，未向肝区探查。

讨论：据文献报告，腹膜后阑尾较多见，而腹膜后盲肠和腹膜后升结肠则较少见。此例病人腹膜后盲肠和腹膜后升结肠同时存在。由于急性阑尾炎导至大量炎性渗出，使腹膜外疏松结缔组织剥离，侧腹膜向内侧推移，形成一个以升结肠为内侧壁，盲肠为下壁，侧腹膜为前壁的封闭的腹膜外腔隙，阑尾炎症局限在腔隙内不向腹腔扩散。

（收稿日期：1996—06—18）