维普资讯 http://www.cqvip.com

精索静脉曲张；外科手术；精索静脉；局部解剖

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

肠吻合术。过去通常经胸部或胸腹联合切口，也有人采用劈胸骨入路。这些手术方式固然操作方便，切除彻底等许多优点，但对一些年老体弱，特别是心肺功能不全的患者确有一定的危险性。所以经腹部切口入路则可避免手术损伤大，并发症多等不利因素，有利于病员的早日康复，操作又不十分困难。几年来我们对上述病例根据胃镜检查病变情况和 x 线钡餐摄片对照，选择性地采用了经腹手术经路，不同程度地缩短了手术时间，由 4～6 小时缩短到 3～4 小时。住院时间从术后住院 20～26 天缩短为 12～23 天，平均为 17 天，也没发生出血、感染和吻合口瘘等并发症，更无手术死亡率。

2. 从解剖上看，腹腔食管长约 2～3cm，该段食管前面为膈食管浆膜的返褶部[1]。在游离食管下段时，首先切开返褶部浆膜层，然后用手指沿食管肌层外结缔组织层向胸部方向作钝性游离，切断两侧迷走神经后，向腹腔内轻轻持续牵引食管下段可达 5～6cm[2]。所以在贲门以上 3.5～4cm 横断食管后还有 2～3cm 左右长度食道残段和胃远段管状口作吻合并无困难。

3. 在进行食管和远段胃作吻合时，由于部位较深，为了便于暴露术野我们采用“胸肋悬吊拉钩”，使胸廓拉高并使肋弓分开，显露非常满意，操作又十分方便。同时对吻合操作也进行改进：(1) 在贲门以上横断食管前先用直角钳紧贴膈面钳夹食管，将胃肠减压管退至钳夹以上，但不上齿，用备好的纱带或粗丝线扎住钳柄控制钳夹的适宜松紧度。食管横断后在钳夹部以下食管残段的长度大约缩至 1.5cm，然后与胃行吻合术。先与食管作后壁间断缝合，针距 0.3～0.4cm，边距 0.4～0.5cm，左右两侧拐角作内翻，在直视下将胃肠减压管通过吻合口插入胃内 10cm 左右，于是行前壁全层内翻或间断对边缝合，(2) 后壁加强缝合：将吻合部两侧组织稍向右翻转，用食管外结缔组织层和胃壁浆肌层间断缝合数针以加强后壁左侧，再用此法加强后壁右侧。这样后壁很快与后腹壁愈着，不易致漏。(3) 前壁加强缝合：将膈肌食管裂孔前缘留下之浆膜和胃浆肌层作间断缝合。我们认为用上述方法吻合有如下优点：①用直角钳控制食管端，吻合时不出血，手术野清楚，减少污染腹腔，操作方便。②吻合口前壁加强时用膈肌浆膜对胃浆肌层缝合能起到浆膜化作用，不易形成吻合口瘘。③前壁全层间断终究事内翻组织少，吻合口通畅性好，不易狭窄。

4. 本组所遇 1 例，食管残端有癌细胞残留，回忆本例手术时发现食管下段组织质地偏硬，缝合时有易脆感，未引起重视，如采用胸膜联合切口扩大切除范围或可避免，应引以为戒。所以贲门癌如已侵及食管 2cm 以上，从切除病变安全范围虑，应慎用本手术方式，切不可勉强[3]。

参考文献

1. 张文泽. 贲门癌手术切口进路问题，见徐光伟主编. 胃癌，第 1 版，人民卫生出版社 1987.
2. 曾照时，等. 贲门癌经腹根治 85 例体会，实用外科杂志 1990；10 (3)：147.
3. 郭幸达，等. 纤维内窥镜观察范围后经腹作贲门癌根治术 30 例介绍，上海医学 1981；4：13.

(收稿：1995—02—27)

26—27

精索静脉局部解剖在临床外科精索静脉曲张的应用

齐齐哈尔医学院局解手术学教研室 梁俊岩 李静平 王 岩

齐齐哈尔医学院第一附属医院泌尿外科 吴秀贤√潘 峰 顾长虹

齐齐哈尔北钢集团公司职工医院外科 刘建华

(黑龙江齐齐哈尔，邮政编码 161041)

R699.8; R602

一、精索静脉的局部解剖：精索静脉起自睾丸和附睾，全程流程较远，右侧注入左肾静脉，右侧注入下腔静脉。其主干内均有静脉瓣。

精索静脉全程分为三段，即阴囊段、腹股沟段

维普资讯 http://www.cqvip.com

和腹膜后段。

阴囊段精索静脉呈丛状分布，数目 10～20 条不等。可分为精索内静脉，精索外静脉和输精管静脉。精索静脉与输精管，输精管动脉，睾丸动脉，睾丸及精索鞘膜，提睾肌及淋巴管共同组成精索。精索静脉在腹股沟段大体分为三部分。前部为精索内，外静脉、中部为输精管静脉、后部为提睾肌静脉，三部分静脉之间互有交通。于阴囊根部及浅环附近软组织内与腹壁下浅、深静脉，阴部内静脉、阴部外浅静脉和旋髂浅静脉之间有广泛的交通支、吻合支。于深环附近逐渐汇合成二条静脉。腹膜后段也称睾丸静脉，第侧均为两条。在注入左肾静脉和下腔静脉之前，每侧的两条静脉先汇合成一条，然后左侧汇入肾静脉，右侧汇入下腔静脉。

二、精索静脉曲张的发病原因：复习有关文献资料和我院第一附属医院泌尿外科，齐齐哈尔钢厂职工医院外科接诊和收治的病人资料，应用和实践，总结经验教训。精索静脉曲张绝大多数发生在左侧。原因是左睾丸静脉以直角注入左肾静脉，回流阻力大，流速缓慢，血流淤滞。还有乙状结肠，降结肠充盈时可造成对左睾丸静脉的压迫，也是阻碍血液回流的因素。出现静脉曲张。久之，静脉瓣严重关闭不全，肾静脉血液倒灌注入精索静脉。致使静脉曲张更趋加重。

发生于右侧的精索静脉曲张，基本上属症状性静脉曲张。多在其它疾病或临床证象基础上发生的。例如肿瘤压迫，炎症粘连压迫，妊娠子宫压迫等原因。治疗原发病后，症状自然会减轻或消失。

三、外科治疗技术要点：根据局部解剖学的结构和临床实践，左睾丸静脉血流阻力大和左肾静脉血倒灌主要发病原因。决定外科手术治疗和主要目标是消除睾丸静脉血液倒灌的途经，保存和利用精索静脉吻合支循环通路，疏导原曲张静脉的血液回流。

以下几点是手术治疗基本要领：1. 结扎切断睾丸静脉和精索静脉的位置，应在腹股沟管深环附近或深环稍上方。2. 手术切口采用疝切口。便于将切断的精索脉静近端切除 3～4cm，以阻断睾丸静脉远侧断端血液经腹壁吻合支通路倒灌。切除段主要是静索静脉前部和中部血管，而后部不宜切除，应当保留。因为其主要是提睾肌表面的静脉经腹壁途径回流。别外疝切口便于处理其它一些情况。例如精索静脉曲张患者有一部分合并患有腹股沟疝，可一并处理。3. 阴囊根部上方切口不合理，影响手术疗效。因为精索静脉切断后，远侧端内血液可经腹壁等吻合支倒灌复发。4. 阴囊内曲张静脉一般不必切除。因为其可通过阴部内、外静脉，腹壁浅静永，旋髂浅静脉等途径回流。对已经形成血栓的迂曲静脉团和硬节可以考虑切除。

参考文献

1. 吴阶平．泌尿外科学第 2 版．人民卫生出版社 1978：501—503.
2. 河北新医大学人体断解剖学编写组．人体解剖学第 1 版，人民卫生出版社 1978：1027—1028.
3. 徐恩多．局部解剖学，第 3 版，人民卫生出版社 1990：63.

（收稿：1995—03—10）

27—29

胸锁乳突肌血供的研究

中国医科大学第一临床学院 卢 敏 韩子玉

（辽宁沈阳，邮政编码 110001）

R602

A

〔提要〕本文用 17 具成人尸体，采用三种不同的方法研究了胸锁乳突肌的微血管构筑，具体论述了支配胸锁乳突肌的各动脉来源、走行、分支、分布及血管吻合等情况，并测量了胸锁乳突肌内的血管网网眼密度、网眼面积、测理结果进行统计学处理。

〔关键词〕胸锁乳突肌；微血管构筑。

解剖、外科杂

自从 1955 年 owens[1] 首次将胸锁乳突肌皮