维普资讯 http://www.cqvip.com

掌皮支，正中神经，解剖，外科手术 局部

R61(4)

分别为 0.3cm、0.4cm，并见胆汁外溢，认定为肝管损伤。作者会诊时见肝门部分离面广，大块组织缺损，胆管远端被扎，与肝管断端缺损间距达 3.0cm。遂行肝管—空肠袖套式 Y 形吻合术。恢复顺利，切口甲期愈合，术后 17 天全愈出院。

讨 论

医源性胆管损伤绝大多数发生在胆囊切除术。本例因慢性胆囊炎的多次发作，胆囊与周围组织粘连，手术时广泛分离并大块切除肝门组织而损伤肝管。因此，胆囊手术时，为防止胆管损伤，准确辨认胆囊管、肝外胆管及胆囊动脉的解剖结构是防范的关键；操作过程中，紧贴胆囊壁在浆膜下分离，避免盲目钳夹、结扎和切除肝门部分尚未辨明的纤维索状组织是必须恪守的操作规程；对于胆囊与肝门部紧密粘连，其解剖和分离困难者，应切开胆囊壁用手指在腔内引导进行剥离也是最安全的操作方法。

胆管损伤的修复和重建，应在良好的麻醉及充分的术野暴露下进行。沿用的术式有胆管修补，胆管对端缝合、胆管十二指肠吻合，胆管空肠 Y 形吻合[1~3]、胆管空肠间置[3]和肝胆管盆式空肠 Y 形吻合术[4]。术式选择应根据胆管损伤的类型、部位，结合局部解剖的条件和病情的程度等具体情况来决定。肝胆管重建的基本原则是：1. 建立通畅的胆肠引流，恢复肝肠循环；2. 减轻吻合口的张力，促进早期愈合；3. 避免胆管狭窄，减少继发病变；4. 防止肠内容逆流，降低胆道感染。

由于本例伤及肝管，胆管大段缺损，况且肝外胆管本身不扩张，故设计肝管—空肠袖套式 Y 形吻合术，能够满足肝胆管重建的基本要求，经临床应用，作者体会具有以下优点：

1. 建立了良好的胆肠通道。凡大于 2mm 的肝管均可与空肠桥袢作粘膜端侧吻合；而小于 2mm 或位置隐匿、损伤后未被发现的肝管（如副肝管）亦可通过袖套式吻合使胆汁引流至肠道。

2. 胆肠吻合口径大，无张力。肝管断端纵行切开，扩大了吻合口径，并且外翻与空肠吻合，使粘膜对合整齐，愈合瘢痕小，胆管狭窄的发生机率低。经袖套式吻合后有效地减轻吻合口的张力，有利于愈合。

3. 具有抗逆流作用。传统的胆肠 Roux－y 术，虽然要求空肠桥袢大于 40cm，但仍有不同程度的返流[4]。本术式将肝管在空肠桥袢上制作了粘膜下隧道，使吻合口上增设一道抗逆流装置，从而降低逆流性胆道感染率。

鉴于本术式的优越性，肝管毋需放置支架管，病程短，恢复快，是修复肝管损伤比较理想的一种手术方法。

参考文献

1. 李永年，周宏良．肝外胆道损伤的预防和处理．浙江医学 1984；6（2）：73.
2. 杨忠义．防治胆管损伤的几点体会．实用外科杂志 1992；12（1）：38.
3. 林攀天，朱汉民，钱允庆．胆管损伤的预防和治疗．实用外科杂志 1985；5（7）：367.
4. 董文忠，赵九恩，陈晓峰，等．7 例医源性胆管损伤的处理体会．实用外科杂志 1991；11（2）：93.

（收稿：1995—02—27）

8—11

正中神经掌皮支的局部解剖

沈阳医学院 姚万才 王效杰

（辽宁沈阳，邮政编码 110031）

R602

R323.71

A

〔提要〕本文对 50 侧成年人的正中神经掌皮支进行了局部解剖学研究，结果如下：50 侧均存在掌皮支，自正中神经桡侧发出，位于掌长肌和桡侧腕屈肌肌腱之间的深方，发出点距离“0”点即远侧腕横纹 46.0mm。掌皮支穿出前臂筋膜处距离 0 点 19.6mm。掌皮支经腕横韧带前方行向手掌，穿出掌腱膜处距离 0 点 8.3mm。掌皮支长度即起点到第一分支间距离为 48.5mm。掌皮支起点宽 1.2mm。掌皮支距舟骨结节垂直距离 8.2mm。掌皮支主要分支分布区域，有 3 个分支

维普资讯 http://www.cqvip.com

的 28 侧（56.0%）；无内侧支，只有外侧支和中间支 11 侧（22.0%）；无中间支，只有内侧支和外侧支 4 侧（8.0%）；只有外侧支 4 侧；只有中间支 3 侧（6.0%）。另见 8 侧（16.0%）掌皮支发出深支与正中神经肌支吻合，1 侧（5.0%）掌皮支与前臂外侧皮神经吻合。

〔关键词〕掌皮支；正中神经；腕管综合症。

手掌和腕部手术，如腕管综合症减压术，滑膜囊肿、腱鞘炎、肿瘤、外伤等手术处理，很容易伤及正中神经掌皮支，优其腕部横切口时[1-6]，由此而引起感觉丧失，功能障碍甚至产生痛性神经瘤[3]。有关此神经，国外早有报道，但国内有关资料甚少。本文就正中神经掌皮支的来源、行程、主要分支分布情况及手外科注意要点进行较详细的局部解剖学研究，以期为国人体质人类学积累资料并为手外科提供解剖学依据。

材料与方法

采用经过常规防腐固定的成人上肢 50 侧（左 30 侧，右 20 侧，男 29 侧，女 21 侧）。肉眼或在 20 倍双目放大镜帮助下进行解剖，游标卡尺测量。为保护皮神经不受损伤，先按手掌内侧缘与手掌中轴线之连线中点纵行切开手掌皮肤（图 1），然后依次按 B、C、D 线切开，剥离并向桡侧翻转皮肤。以远侧腕横纹作为“O”点，O 点近侧为负值（－），远侧为正值（＋）（图 2）。

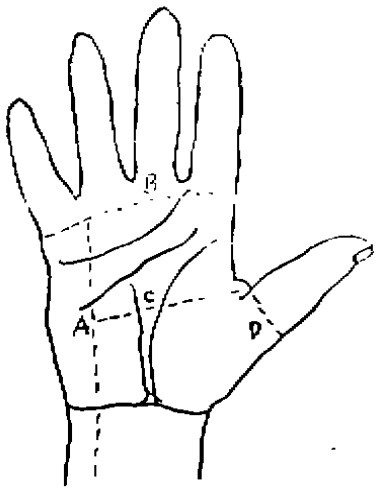


图 1. 解剖掌皮支剥皮示意图

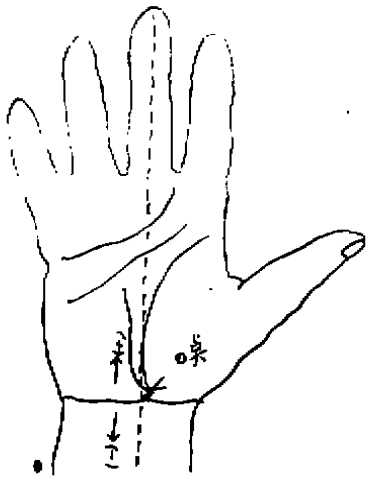


图 2. 测量掌皮支参照 O 点示意图

结 果

50 例均存在掌皮支，全部自正中神经桡侧发出，位于掌长肌腱与桡侧腕屈肌肌腱之间深方。发出点距离 O 点－46.0mm（SD±22.6），最大值－2.3mm，最小值－79.2mm。掌皮支发出后，伴随正中神经母干远行，掌皮支离开正中神经穿出前臂筋膜处距离 O 点－19.6±12.5mm，极值为－28.7 和－3.0。掌皮支穿腕横韧带或在腕横韧带掌侧面向手掌方向走行，穿出掌腱膜处距离 O 点 8.3±3.4mm，极值为 15.3 和 4.2。掌皮支长度即自起点到第 1 条分支间的距离为 49.8±25.3mm，极值为 97.3 和 24.8。掌皮支起点宽度 1.2±0.9mm，极值 2.7 和 0.4。掌皮支距舟骨结节中点的垂直距离为 8.0±3.0mm，极值 4.0 和 13.1。掌皮支的主要分支及分布区域，有 3 个分支的 28 侧（56.0%），其外侧支分布于大鱼际区，内侧支趋向于小鱼际区，中间支分布于掌心区（图 3）。有 2 个分支的 15 侧（30.0%），其中只有外侧支和中间支，而无内侧支的 11 侧（22.0%）分布于大鱼际区和掌心区（图 4）；无中间支，只有内侧支和外侧支的 4 侧（8.0%），分布于大、小鱼际区（图 5）。有 1 支的 7 侧（14.0%），其中只有外侧支的 4 侧（8%）（图 6）；只有中间支的 3 侧（图 7），但常从中间支上发出数条小分布于主干的内、外侧。另外，有 8 侧（16.0%）掌皮支发出深支与正中神经肌支相吻合（图 5）。有 1 例掌皮支发出返支与前臂外侧皮神经相吻合（图 5）。

维普资讯 http://www.cqvip.com

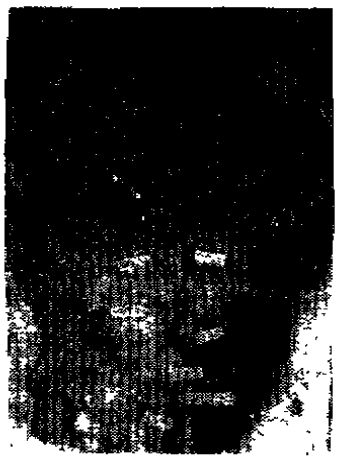


图 3. 掌皮支分外、中、内 3 支型



图 4. 掌皮支分外、中 2 支型



图 5. 掌皮支分外、内 2 支型

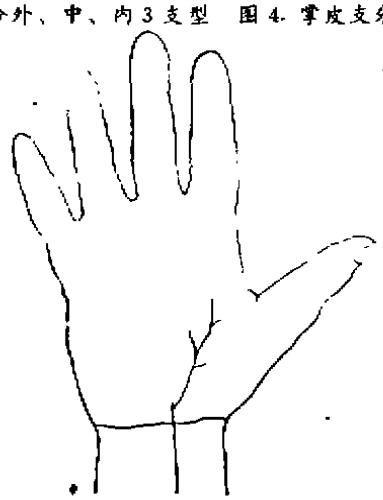


图 6. 掌皮支只有外侧支 1 支型

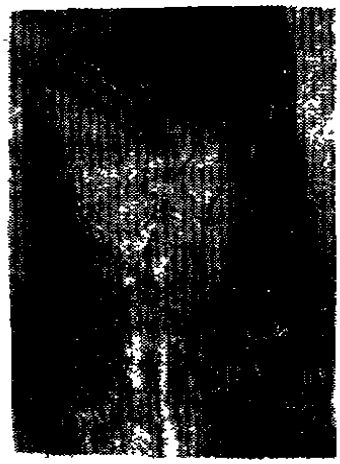


图 7. 掌皮支只有中间支 1 支型

讨 论

掌皮支为正中神经在前臂发出的最后一条分支，在本文的 50 例侧中均存在，而且都发自正中神经的桡侧，在掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间深方伴随正中神经母干走行较长一段，然后分开，这些与有关文献完全一致[1-3]；发出点距远侧腕横纹距离，本文 46.0mm，Bezerra[3]的 45.6mm，Rorert 的 50.8～76.2mm[1]较接近。掌皮支位于舟骨结节内侧，距舟骨结节 8mm 左右，没见有关文献报道，这些对腕部手术避免伤及掌皮支或许有一定参考价值。

掌皮支穿出掌腱膜后随即发出分支，本文以 3 支为多，50 侧中有 28 侧（56%）分为外、中、内 3 支，而 Bezerra[3]报道的以 2 支为多（66%），3 支的只占 34%，Taleisinik[2]的只有 1 个较大的外侧支。本文的 50 侧中有外侧支的 47 侧（94%），外侧支多位于第 1 掌骨内侧且与其平行，其远端不超过第 1 掌指关节。有中间支的 44 侧（88%）；有内侧支的 35 侧（77%），内侧支为 3 支中最小的一支，一般不超越第 4 掌骨的尺侧缘。

掌皮支虽然是一条较小的皮神经，但由于手的运动十分灵活而复杂，因此掌皮支损伤不仅可以引起感觉迟钝或丧失乃至痛性神经瘤[1,3]，而且也可以产生感觉性运动失调或运动不能[7]。另外，由于掌皮支内含有支配汗腺分泌的交感神经纤维，所以掌皮支损伤又可以影响手掌部的汗腺功能[7,8]。因此，当腕掌部手术时，当尽量避免横行切口，当纵行切开时，应在环指纵轴的尺侧（如图 1 所示），以免伤及掌皮支。有报道[2]腕管减压

维普资讯 http://www.cqvip.com

652(5)

11—12 肝，尾状叶胆管，形态学，外科手术

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

肝尾状叶胆管形态及外科临床

淮阴市中医院外科 梁怀清

解放军 169 医院外科 杨东山

（江苏淮阴，邮政编码 223001）

R602

A

〔提要〕本中观察了 32 例成人肝尾状叶胆管的形态及开口位置，并按开口的数目和分布归纳为 4 型，其中 94%（30 例）开口于肝门胆管。观察其中 19 例尾状叶胆管与肝总管角度，发现尾状叶右管与肝总管角度较尾状叶左管与肝总管角度小。指出尾状叶胆管结石形成与尾状叶胆管解剖特点有关。提出在尾状叶胆管结石的治疗上应根据尾状叶胆管及肝脏病损的不同情况作相应处理，方可获满意效果。

〔关键词〕尾状叶；尾状叶左管；尾状叶右管。

在胆道外科中，通常认为肝尾状叶小，尾状叶胆管病变所引起的肝脏病损影响不大，以致不少人对尾状叶胆管结石与狭窄的临床重要性认识不足，对其治疗也缺乏深入研究。为此本文对 201 例成年肝的胆管结石病人合并尾状叶胆管病损的 32 例进行解剖观察，以期为尾状叶胆管手术时提供解剖学基础。

临床资料

本组男 21，女 11。年龄 19～51 岁，平均 36 岁。32 例肝尾状叶胆管均有结石，其中尾状叶右管 22 例，左管 8 例，双侧结石 2 例。有 24 例合并尾状叶胆管狭窄（右 17，左 7）。32 例中尾状叶胆管纤维化 6 例（左 2，右 4），其中 3 例尾状叶右管与右肝同时有纤维化者均有肝门右移与后移。

肝尾状叶胆管的形态

1. 尾状叶胆管开口数目与分布：肝尾状叶胆管的开口可分为 4 型。Ⅰ型为尾状叶左右管分别开口于左或右肝管，Ⅱ型为尾状叶左右管分别或

术后疼痛不止，实际并非减压失败，而是由于术中伤及了掌皮支。有人认为[1]掌皮支痛性神经瘤，从根部切除掌皮支为好。由此可见充分掌握掌皮支的起点，行程及其主要分支分布对手外科有其重要性。

参考文献

1. Carroll RE、Green DP. The sigmificance of the palmar cutaneous nerve at the wrist , Clin Outhop 1977; 83: 24—28.
2. Taleianik J. The palmar cutaneous branch of the median nerve and the approach to the capal tunnel, An anatomical stuoly , J Bone Joint Surg (Am) 1973; 55: 1212—1217.
3. Bexerra AJ, et al. An anatomical study of the palmar cutaneous branch of the median nerre. SRA 1986; 8: 183—188.
4. William FB, et al. Compression meuropathy, Clinical Orthopaedics and Related Research 1982; 163, 21—32.
5. Inglis AE, et al. Median nerve neuropathy at the wrist , Clinical Orthopaedics and Related Research 1972; 83, 49—54.
6. Falconer DM, et al. Anatomic Variation in the motor and aensory supply of the thumb Clinical Orthopaedics and Related Research 1985; 195, 83—96.
7. Moberg E, et al. Objective methods for determining The funetional value of sensibility in the hand, The journal of Bone and joint surgery 1958; 3/40; 454—475.
8. Verdugo MJ, et al. Vasomotor innervation of the skin of the hand; a contribrtion to the study of human anatomy J, Anat 1993; 182; 361—368.

（收稿：1994—06—02）