维普资讯 http://www.cqvip.com

胸导管；淋巴结；

7-8

局解手术学杂志 1993 年第 2 卷第 2 期总第 6 期

胸导管末段与魏尔啸淋巴结的关系

广西医科大学解剖教研室 劳 明 黄巨恩
（广西南宁，邮政编码 530027）

R323·2

【提要】 在 50 例尸体标本上观察了胸导管末段与魏尔啸淋巴结的解剖关系。其中 44 例胸导管末段在注入静脉系统过程中，魏尔啸淋巴结位于其一侧，多在外上方，两者分界清楚；4 例胸导管末段分成两支，一支直接注入左静脉角，另一支连于魏尔啸淋巴结，再经一短管连于左静脉角（即胸导管末段中间淋巴结）；2 例胸导管末段被肿大的魏尔啸淋巴结包裹。本文就观察所见讨论了它们的临床意义。

【关键词】 胸导管末段；魏尔啸淋巴结。

魏尔啸淋巴结（Virchow node）是锁骨上淋巴结中紧邻左静脉角处的淋巴结，其肿大常提示胃癌或食管下段癌肿的转移，当取这些淋巴结活检时又时常损伤胸导管末段，造成乳糜漏[1]。关于胸导管末段与魏尔啸淋巴结的解剖关系，目前资料尚少。本文可为解剖学和临床工作者提供参考资料。

材料和方法

50 具 10% 福尔马林固定的尸体（成人 45 具，儿童 5 具），在颈根部左侧逐层解剖暴露左静脉角，胸导管末段和魏尔啸淋巴结。游标卡尺测量，绘图记录。

结果和讨论

胸导管末段（颈段）的位置、数目和终止部位等已有许多报道[2,3]，在其毗邻结构中，与魏尔啸淋巴结存在有以下三种关系。

一、胸导管末段一侧淋巴结 50 例中占 44 例（88%），可见到单干的胸导管在注入左静脉角等处的过程中，魏尔啸淋巴结位于其一侧，几乎均在外上方，淋巴结绿豆样或花生米样大小，境界清楚，3～5 个不定。也见到肿大融合成团块的淋巴结。两管或多管合为一管终于左静脉角的胸导管，魏尔啸淋巴结的位置与单干的基本一样。多数标本可解剖见到纤细的淋巴输出管连于胸导管末段，胸导管末段与魏尔啸淋巴结可分辨开。在左静脉角处进行操作，只要意识到它们的位置关系，一般不会因取这类淋巴结而损伤胸导管的。胃癌或食管下段癌肿转移而致的左锁骨上淋巴结肿大可能就是这种胸导管一侧的淋巴结。

二、胸导管末段中间淋巴结 4 例（8%），胸导管约平第一胸椎水平分为两支，一支注入左静脉角（压扁宽平均 0.41cm），另一支（压扁宽平均 0.23cm）连于魏尔啸淋巴结，该结借一短管（压扁宽平均 0.25cm）连于左静脉角，相当于魏尔啸淋巴结间插在胸导管末段的一个分支上。淋巴结 1～3 个，花生米样大小，一例淋巴结融合成团（见附图）。关于胸导管中间淋巴结，国外小谷正彦[4]报道为 29%，国内刘牧之[5]报道为 2.9%，小谷正彦认为癌细胞经胸导管转移引起左锁骨上淋巴结肿大是顺行的，显然是考虑到魏尔啸淋巴结位于胸导管的行程中。综合上面提到的魏尔啸淋巴结的位置，有理由认为胸导管内的淋巴进入魏尔啸淋巴结可以是逆行的，也可以是顺行的。对于胸导管中间淋巴结，手术摘取肯定会损伤胸导管。



附图 胸导管中间淋巴结

△胸导管末段另支 ⇩魏尔啸淋巴结位于胸导管的分支上。1. 左颈内静脉（已翻向前下方）2. 左锁骨下静脉 3. 左无名静脉 4. 左静脉角

维普资讯 http://www.cqvip.com

本文 4 例胸导管中间淋巴结标本，胸导管末段均为分支状，两分支口径均相对较小。因此，凡遇口径较小的胸导管末段应考虑有无分支。魏尔啸淋巴结间插在胸导管的分支上文献报道尚少，从淋巴结所在管道口径相对淋巴输出管粗．分叉从下向上走行看，该管道与淋巴 输出管是不同的。

三、胸导管末段周围淋巴结 2 例（4%），解剖见肿大的魏尔啸淋巴结融合成团块状的拇指头大小填充在左静脉角处，一时找不到胸导管末段．待切开淋巴结后．才见胸导管末段在注入左静脉角的过程中被这些肿大的淋巴结紧紧地包裹住。两例标本均为女性成人，皮下脂肪丰富，其中一例有胸膜粘连。我们体会到，若遇左静脉角肿大淋巴结群而在附近又找不到胸导管末段时．应考虑是否为肿大淋巴结包裹了胸导管。该管单干，口径较粗（压扁宽平均 0.45cm）。提示剪切这类淋巴结时．极易损伤胸导管末段，值得注意。

参考文献

1. 孙宗鲁．临床外科的常见失误及其防范，第 1 版 北京：北京大学出版社 1984：41.
2. 杨春林，等．胸导管类型，解剖学报 1981；12（4）：360.
3. 王维华．胸导管颈段的应用解剖学，安徽医学院学报 1985；3：13.
4. 王云祥．实用淋巴系统解剖学，第 1 版 北京：人民卫生出版社 1984：213.
5. 刘牧之，等．胸导管颈胸段显微外科解剖学及其临床意义，中华显微外科杂志 1989；12（3）：166.

Relationship Between The Cervical portion of Thoracic Duct and Virchow Node

Lao Ming Huang Ju En

(Department of Anatomy, Guangxi Medical University, Nanning)

The relationship between the cervical portion of the thoracic duct and Virchow node was studied in 50 cadavers. They are classified into 3 type.

One side node the thoracic duct was examined in 38 cases. when the thoracic duct opened into the vein, there existed the virchow node beside it, often lateral side. The cervical portion of the thoracic duct was bifurcated. one trunk emplied into the left jugular venous angle, the other trunk was intervened by virchow node in 8 cases. There are swelling virchow node around the cervical portion of the thoracic duct in 4 cases. And their clinical significance was dicussed in this paper.

Key Words cervical portion of the thoracic duct; Virchow node.

小趾展肌神经的局部解剖学研究

天津武警医学专科学校解剖学教研室 潘曦东 张玉和 姚 班 陈金源 刘文彪

（天津市河东区，邮政编码 300162）

【提要】 在 40 侧成尸标本上观测了小趾展肌神经的来源，走行及其感觉支的数目和分布，设计了“座标法”，确定小趾展肌神经的体表投影位置，为治疗顽固性足跟痛而采用的“小趾展肌神经部分切除术”或“小针刀闭式松解术”提供了理想的切口部位，进针点及深度。本文认为仅切断小趾展肌神经的感觉支是治疗足跟痛的最佳术式。

【关键词】 小趾展肌神经；足跟痛。

顽固性足跟痛是一种常见病、多发病，病因复杂，目前缺乏有效的疗法[1]。1992 年包聚良等报道[2]小趾展肌神经与跟痛症有关，并采用部分神经切除术治疗顽固性足跟痛，取得了较好的疗效，此法简单安全、疗效可靠、复发率低，易被病人接受。有关小趾展肌神经的解剖虽有报道[3]，但结合该神经部分切除术或小针刀闭式松解术的开展，仍有针对性要点需要研究．为此，本文对小趾展肌神经的走行、体表投影及其感觉支的数目和