维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.1

·论 著·

# 腹膜附加带的解剖学观测及其临床意义

孙红斌* 张 凯* 胡滨成* 常万兴**

【摘 要】 **目的** 了解腹膜腔中腹膜附加带出现情况。**方法** 对60例(成人45例、儿童15例)防腐尸体标本的腹膜腔进行观察测量。**结果** 腹膜附加带的出现率分别为:生殖肠系膜襞为5%;回肠膜为11.7%;结肠间膜为15%;横结肠系膜空肠膜为5%;升结肠系膜为8.3%;乙状结肠系膜带为3.3%。**结论** 各种腹膜附加带的出现率在成人与儿童间无显著性差异,它们可使肠管发生扭转或梗阻。

【关键词】 腹膜腔 腹膜附加带 出现率 肠梗阻

**Anatomical study on the accessory peritoneal band** *Sun Hongbin, Zhang Kai, Hu Bincheng, et al. Dept of anatomy, Medical college, Shanghai TieDao University, Shanghai 200331*

【**Abstract**】 **Objective** To explore the frequency of accessory peritoneal band in the peritoneal cavity. **Methods** Peritoneal cavity of 60 cadavers (45 adults, 15 children) were investigated. **Results** The frequency of genito-mesenteric fold was 5%; and ileac membrane was 11.7%; and intercolic membrane was 15%; and mesocojejunal membrane was 5%; and ascending mesocolon was 8.3%; and mesosigmoid membrane was 3.3%. **Conclusion** The frequency of various accessory peritoneal band was no correlations between adults and child, However, they will result in intestinal twist or obstruction.

【**Key words**】 Peritoneal cavity Accessory peritoneal band Frequency Intestinal obstruction

由于胚胎期间胃肠道的转位及其系膜的融合不全,可在腹膜腔内出现一些腹膜附加带,它们在出生后可使肠管发生扭曲或梗阻。这在国内外文献中[1-5]已有报道,但具体描述它们的解剖学资料比较缺乏。因此,我们对此进行了观测,以期为临床提供解剖学参考依据。

## 材料和方法

福尔马林固定标本60例(成人45例,儿童15例),腹部无手术后疤痕,腹膜腔内无明显积液与粘连。以脐为中心"十"形切开腹前外侧壁,依腹腔探查次序寻找腹膜附加带。观察腹膜附加带的出现情况,并予以测量。

## 结 果

一、生殖肠系膜襞 共3例,其出现率为5%,其中儿童2例。此腹膜襞是从小肠系膜终末部延伸至右侧骨盆缘呈三角形索带,长15.7±1.7 mm,宽5.3±1.7 mm,成人1例为女性,它是从小肠系膜终末部延伸至右侧卵巢悬韧带(图1)长4.5 mm、宽20.7 mm。其皱襞内无明显血管。经检验 $P=0.15$,成人与儿童无显著性差异。

二、回肠膜 共7例,其出现率为11.7%,其中儿童2例,成人5例,经检验 $P=1.000$,无显著性差异。此膜为右髂窝的壁层腹膜增厚延伸至距回肠末端5~7cm处的对肠系膜缘。皱襞中未见有明显血管(图2)。其长38.3±5.6(10~60)mm,宽35.2±3.4(23~45)mm。

三、横结肠系膜空肠膜 共3例,其出现率为5%。其中儿童1例、成人2例,此膜从横结肠系膜的后面延伸到空肠近侧段的对系膜缘的腹膜带,此膜中亦未见有明显血管(图3)。经检验 $P=1.000, >0.05$。

四、升结肠系膜 共5例,其出现率为8.3%,其中儿童1例、成人4例,升结肠没有附着于腰部,而是借一腹膜襞悬吊于腰带,观察可见其宽大的肠系膜(图4)。

* 作者单位:200070 上海铁道大学医学院人体解剖学教研室
** 病理解剖学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com



五、结肠间膜 共9例，其出现率为15%。其中儿童2例，成人7例，单纯左侧4例，是降结肠与结肠脾曲附近的横结肠远侧段的腹膜束。单纯右侧3例，是连接升结肠与结肠肝曲附近的横结肠近侧段的腹膜束。儿童左右各1例，此膜中无血管(图5)。我们测量了成人结肠间膜的高宽及长的角度。高26.57±2.58(13.5~55.3)mm，宽49.71±2.08(13.2~75.5)mm，角度37.8°±1.86°(18.1°~68.5°)。

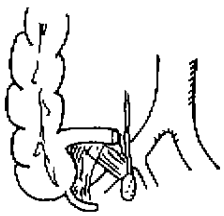


图1 生殖肠系膜襞

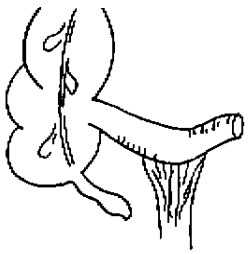


图2 回肠膜

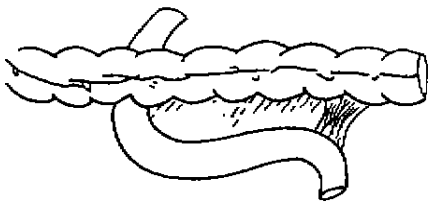


图3 横结肠系膜空肠膜

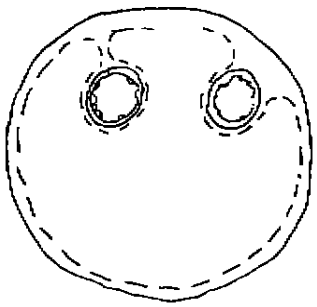


图4 升结肠系膜

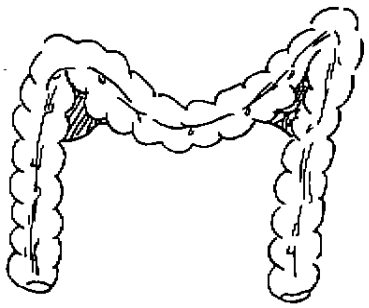


图5 结肠间膜

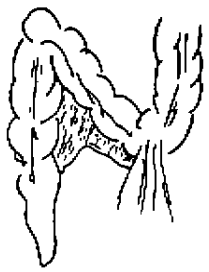


图6 乙状结肠系膜带

六、乙状结肠系膜带 共2例，其出现率为3.3%，其中成人2例，占4.4%，P=1.000，>0.05。为位于左髂窝厚而短的腹膜带，将乙状结肠固定于骨盆缘，为三条以上的小索带构成，此膜中无血管。

## 讨 论

一、形成腹膜附加带的原因

关于腹膜附加带的形成，较多学者认为是胚胎异常学说。也有人认为与进化有关，还有人认为与炎症有关[3]。根据我们的解剖观察，各种腹膜附加带的出现率在成人与儿童间无显著性差异。因此Fisher Exact Test (left, right, 或 z-Tail)，P值皆大于0.05。胚胎时肠道在转位的发育过程中，经历一个非常复杂的位置改变，在此迁徙中，原始腹侧系膜和背侧系膜消失。而发生次级系膜。原始系膜的一部分不消失，次级系膜的发育有小的变化，结果形成出生时就存在的腹膜附加带或膜，虽然它们出生时就存在，但较少引起症状，而在成年人则常见其导致症状。

二、出现腹膜附加带的临床意义

胚胎期间，由于胃肠道的转位及系膜融合不全等原因，可在腹膜腔内出现一些腹膜附加带或膜，这些腹膜附加带往往可使肠管发生扭曲或梗阻。这些腹膜附加带并不随出生和生长消失，附一部分可伴随终身外，

维普资讯 http://www.cqvip.com



其余在各种诱因作用下，可构成狭窄性肠梗阻发生的基础[6,7,8]。有人认为肠扭转既是绞窄性又是闭袢性肠梗阻，其一般病情重，发展快[9]。急性肠扭转术前诊断符合率为30.8%，病死率为7.7%。故绞窄性肠梗阻手术前应充分考虑到有腹膜附加带出现的可能。如生殖肠系膜皱襞可将阑尾埋藏起来，也可将盲肠缚住，也可使阑尾扭转成角，常成为阻塞性阑尾炎的原因，结肠间膜可使结肠形成所谓"双筒枪"结构，可造成肠内容流动的部分梗阻。有系膜的升结肠可使盲肠及肝曲从腰部下坠，虽然有些系膜的人可能从不感到不舒服，但可以产生使十二指肠阻塞、盲肠扭转及回盲套叠等。回肠膜、横结肠系膜空肠膜及乙状结肠系膜带皆可使该处肠管扭转而致梗阻。所以腹腔内常见的腹膜附加带或膜具有特别重要的临床意义。

## 参 考 文 献

1.韩永坚，刘牧之主编.临床解剖学丛书.腹盆部分册.第1版.北京：人民卫生出版社，1992：147.
2.河北医大学.人体解剖学.第二册.第1版.北京：人民卫生出版社，1978：877.
3.徐恩多，何维为，于频主编.外科解剖学.第1版.沈阳：辽宁教育出版社，1992：560.
4. Berrardi R. Anpmalies of intestinal fixation and position in the adult, SGO, 1980, 151(4): 561.
5. Jskiewenski S, et al. Anomalies of rotation and fixation of the primitive midgut, Anat Clin, 1981; 3(2): 107.
6.徐达传，钟世镇，刘牧之等.回盲部的形态观察.解剖学杂志，1985，8(4)：334.
7.侯全言.肠道回转异常及其临床意义.北京医学，1981，(2)：25.
8.王茂华，孙晓毅.先天性肠管肠系膜发育异常与绞窄性肠梗阻临床分析.重庆医学，1994，23(6)：357.
9.陈润成，周发水，梁柳森.急性肠扭转39例诊断与治疗.广州医药，1997，28(2)：22.

(收稿：1999-08-30)

·个 案·

# 浅析经腋窝胸腔引流

原志平* 刘德若** 张建英*

在胸部疾病的急救和治疗中，胸腔引流术为常规操作技术，已为广大临床医师所掌握。经锁骨中线第二肋间(气体引流)及经液中，后线第六至第八肋间(引流液体)为常规穿刺部位。我科自1990年8月以来经液窝置管引流气体及液体，与传统方法比较有较多优点，临床应用效果满意，现予以简要总结。

一、临床资料

1.本组共96例，男69例，女27例，年龄15～69岁；其中自发性气胸35例，创伤性血气胸61例；反复胸腔引流二次以上15例，其中有两例自发性气胸反复置管引流分别达8次和15次。有两例双侧有腋窝同时置管引流。

2.方法：于患侧腋窝尖部下方约2cm，胸大肌后缘，局部麻醉，将注射针头刺过胸膜，估计胸壁厚度并试探抽液，收集标本供常规检验。切开皮肤约1cm，带芯套管垂直刺入胸腔，有突破感后拔出针芯，套管接无菌小封瓶即可。或用止血钳钝性分离肌层，沿肋骨上缘分入胸腔，将一有侧孔橡胶管或硅塑管插入胸腔约3～4cm，接无菌水封瓶固定。

二、结果：全组病人未发生与操作有关之损伤；血气胸均引流彻底，无残留气、液，肺完全复张。

三、讨论

1.传统的胸腔引流术有许多缺点。在锁骨中线第二肋间穿刺排气，穿刺部位靠近纵膈，其内侧有胸廓内血管以及未完全压缩之肺组织，容易造成穿刺损伤。置入的引流管尖端容易摆动刺激纵膈神经及肺组织，造成剧烈胸疼和呼吸困难。前胸壁有胸大小肌，女性尚有乳腺组织覆盖，穿刺径路长、损伤大，术后疤痕明显，可见影响美容，心理负担重。需要反复多次穿刺者，手术区域小受到限制，同一部位容易导致胸腔炎性粘连。前胸置管病人带管活动不便。

2.经腋窝置管引流时局部肌层薄，容易定位穿刺，远离上述重要结构，血气胸时，肺组织向肺门萎陷，距腋胸壁距离最远，穿刺安全，肺组织完全复张后引流管才可能与肺组织接触，因而管腔不易堵塞，对肺组织刺激小，不易产生炎性粘连。我们有两例分别置管达8次和11次，后经胸腔镜证实仍无明显粘连。传统观点认为腋中，后线第七、八肋间置管引流液体为低位引流，我们认为患者创伤后多取卧位或半卧位，腋下为相对低位，加之胸腔为一密闭腔，随着肺脏膨胀，将血、气均挤向低压区(置管部位)，可经引流管不断排出。实践证明，腋窝置管引流无论排气或排液效果均良好，无残留气液之虑。该方法简便、实用、切口隐蔽，手术疤痕完全被内收的上肢挡住，美容效果好。同一部位可反复置管，患者乐于接受，值得推广应用。

(收稿：1999-09-14)

* 作者单位：043300 山西河津山西铝厂医院外科
** 北京中日友好医院博士