维普资讯 http://www.cqvip.com

方法，一类即传统的剖腹阑尾炎切除术，其中包括顺行和逆行切除两种，此处不赘述。另一类为近几年新开展的经腹腔镜行阑尾切除术，此类术式目前国内尚未有报告，但就目前见到的有限文献报告，欧美地区经腹腔镜切除阑尾是安全的，方法较剖腹阑尾切除术简单，手术时只需在脐部下腹戳3个小孔（以留置鞘管通过腹腔镜，孔径在10毫米以内）下进行，术手并发症很少，病人痛苦轻，恢复快，住院时间短。Bcgan 指出，经腹腔镜行阑尾切除必须由具有娴熟的内镜下的手术操作技术的医生施行，以减少并发症的发生，特别是对于阑尾与周围有明显粘连和腹膜后位阑尾者，效果更佳。

但是，据报道在阑尾切除术中因处理不当造成阑尾切除术后早期手术者时有发生，如误伤回肠、升结肠等，这可能与病情危重、局部炎症严重、组织脆性增加、解剖部位不清及基本技术欠佳有关。阑尾残端保留过长，但阑尾根部腔内粪石梗阻，解剖变异（如狭窄，亦可致残株炎的发生）。对于阑尾术中误切的问题，时有报导，此问题一方面是技术问题，另一方面也包括对阑尾切除术未有引起重视，所以，为了减少阑尾炎手术中的意外，我们必须把阑尾炎的诊治水平，在现代医技发展的基础上来一个新的技术革命，在诊治中，首先要吸取新的技术知识，来提高术前诊断的准确性，同时更应加强对外科基本功的训练，熟练掌握回盲部的解剖。另外，应教育和告诫青年外科医师，提高对阑尾炎手术重视的认识，千万不可以为阑尾切除术是一个"小"手术而掉以轻心。在术中杜绝误将其它组织当作阑尾切除的事件发生。

参考文献

1. 徐恩多主编，局部解剖学，第3版，北京：人民卫生出版社 1988；112；113.
2. 王根本，金保纯等编译，临床解剖学，北京：人民卫生出版社 1990；84.
3. 吴阶平等主编，黄家驷外科学，第4版，北京：人民卫生出版社 1986；1133.
4. 裘法祖主编，外科学，第3版，北京：人民卫生出版社 1989；471.
5. 韩子玉主编，局部解剖学实习与纲要，辽宁科学技术出版社 1990；99～102.
6. 徐恩多，杨凌洪，阑尾的胚胎发育与阑尾异位，实用外科杂志 1992；4；197.
7. Regan，PJ. Laparossaple appendectomy Can J sung 1991；34；256.

（收稿，1994—06—02）

颈椎病后路脊髓前外侧解压术的解剖学基础

上海铁道医学院解剖教研室 胡滨成

上海华东医院骨科 李连生

（上海共和新路，邮政编码 200070）

[提要] 作者用50具成人尸体，按手术方法及程序就手术野进行了解剖，对皮肤的神经支配，皮下组织及肌层的血供，椎弓板，椎管以及神经根和脊髓进行了观察，并提出手术时应注意的事项。

[关键词] 颈椎病；解压术；解剖学。

后路脊髓前外侧解压术是我们从1988年起自己设计的，是在直视下施行的一种治疗颈椎病的手术，此手术可以同时解除脊髓和神经根的压迫症状，近五年来，经治疗80例，效果很好，我们除总结手术方法及临床病例外[1]，还对手术的有关解剖内容总结如下：

维普资讯 http://www.cqvip.com

材料与方法

利用 50 具成人尸体（男性 26 具，女性 24 具）按手术方法及程序，解剖观测手术野的层次及内容。

结　果

1. 切口：颈部后正中切口，切口长 10～15cm；切口长 10cm 者：从寰椎后结节至第 2 胸椎棘突尖端。切口长 15cm 者：从枕外隆凸至第 2 胸椎棘突尖端见图 1。

2. 切口下层次及内容：

（1）皮肤与浅筋膜：项部皮肤较厚与浅筋膜紧密相连，而浅筋膜的厚度可因个体发育，营养情况，性别和年龄而有所差异，一般皮下脂肪较厚呈片状，浅筋膜中有枕大神经（第 2 颈神经后支的内侧支）穿头半棘肌后，在上项线水平处穿斜方肌至皮下，分布于上项线附近的皮肤，在切口上端可碰到此神经。第 3 枕神经（第 3 颈神后支的内侧支），在第 3 颈椎关节突后方经头半棘肌及项半棘肌之间穿夹肌及斜方肌，分布于上项线以下，颅后下部近正中线的皮肤并与枕大神经之间有交通，在切口上端也可碰到。第 4、5 颈神经后支的内侧支沿颈椎棘突的两侧分布于第 3 至第 7 颈椎切口两旁的皮肤，第 1、2 胸神经后支的内侧支则分布于切口的下端（图 1）。浅筋膜中还有浅血管；在切口的上段有颈浅动脉及颈深动脉发出的分支，浅静脉有皮下静脉网，此静脉网回流至颈浅、深静脉及椎外静脉丛。

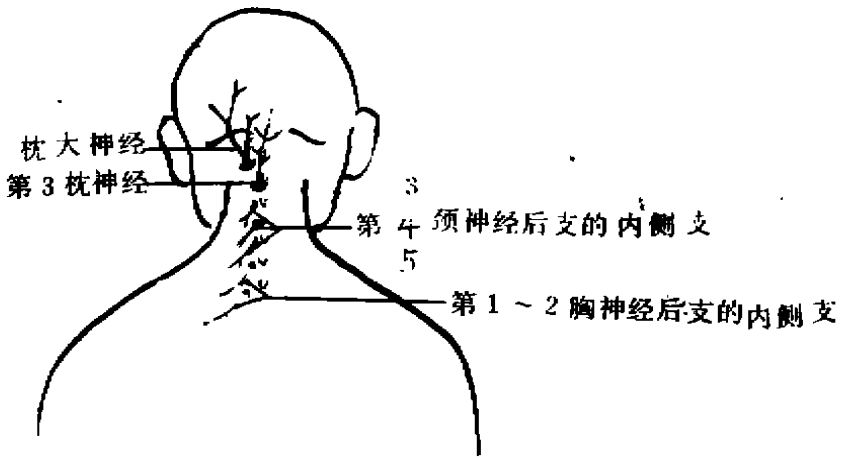


图 1.　浅筋膜的神经

（2）深筋膜：覆盖在斜方肌表面，并形成中、深层肌鞘。

（3）肌层：从切口上端至切口下端，由浅而深肌肉可分为三层；浅层肌为斜方肌上份的起始部分，中层肌有菱形肌部分起点、头夹肌、头半棘肌及项半棘肌，深层有棘肌及多裂肌（图 2、3）。在切口的最上端深层还有枕下肌群；包括头上斜肌、头下斜肌、头后大直肌及头后小直肌（图 4）。以上肌肉除斜方肌由副神经支配外，其余诸肌均由第 1 颈神经至第 5 颈神经后支的外侧支支配。肌肉的血供：枕下肌群由枕动脉降支发出的浅支及椎动脉枕下部发出的肌肉供应；而斜方肌、菱形肌、头夹肌、头半

维普资讯 http://www.cqvip.com

棘肌、项半棘肌、棘肌及多裂肌由颈横动脉的降支，颈深动脉的肌支及枕动脉降支的深支供应。肌层内的静脉属于颈深静脉及椎外静脉丛的属支；颈深静脉在第 7 颈椎横突处进入椎静脉。而肌层最深处的椎外静脉丛在椎间孔处与椎内静脉丛相吻合形成椎静脉丛注入椎静脉外，而椎静脉丛上端穿硬脊膜经枕骨大孔与乙状窦相沟通。

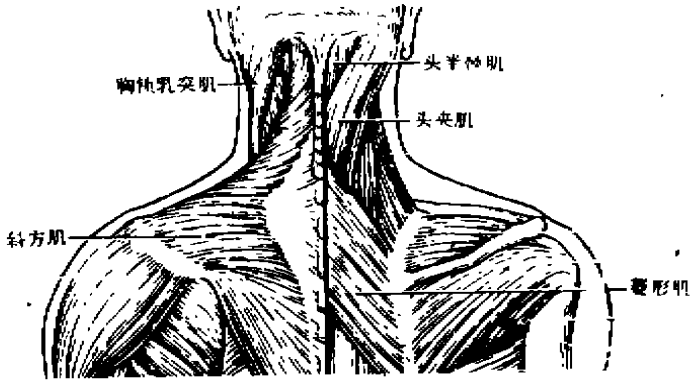


图 2. 肌层

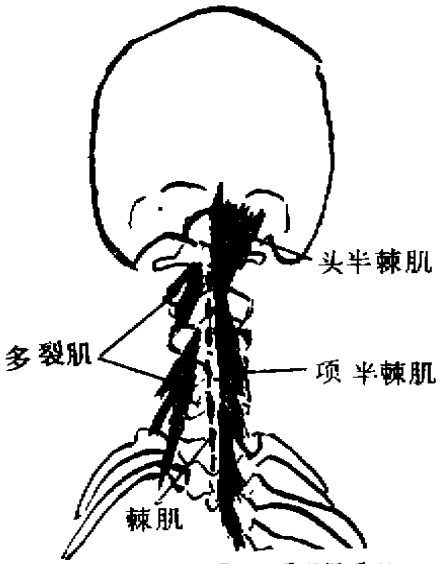


图 3. 项部深层肌

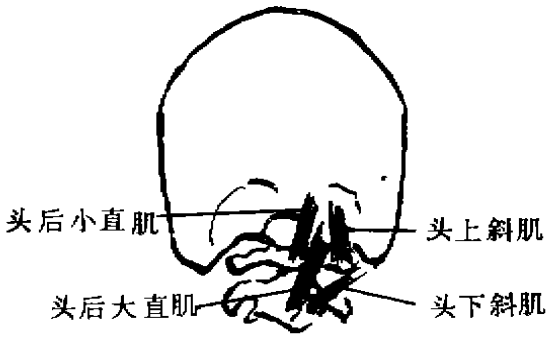


图 4. 枕下肌群

（4）椎骨及其韧带层：切断椎弓板的位置：在暴露的椎弓板与横突交处及上、下关节突的内侧切断椎弓板，同时将棘突也切断，但由于横突在手术野中不显露，所以截断椎弓板的位置在距后中线（棘突尖端）1.5cm 处，截断椎弓板后，在截断的上、下两端切断棘上韧带、棘间韧带及黄韧带。（而我们在尸体上是将第 3 颈椎至第 7 颈椎的椎间板切断）。

（5）掀起椎弓板的最大可动度：从完全截断椎弓板的一侧将椎弓板掀起[1]，最大可动度在 1.4～3.64cm 范围内，平均为

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.37cm。

(6)暴露椎骨的长度：在6～8.7cm范围内，平均为6.32cm。

(7)椎管内硬膜外腔内脂肪密度：少量者28例占56%，中等量者20例占40%，大量者只有2例占4%。

(8)硬膜外腔内椎内静脉丛情况：只能观察到椎弓板与脊髓间静脉丛情况：少量者24例占48%，中等量者14例占28%，静脉丛量多者12例占24%。

(9)切开神经根管内口，游离神经根，一般在切口下可以看见4～5支颈神经根，它们是颈4、5、6、7或颈8神经根，按手术方法及要求，用神经剥离器将硬脊膜推向对侧，此时可见硬脊膜与椎体后缘之间可呈一小的间隙，我们称为"后路间隙"，在尸体标本上我们还可用神经拉钩将一侧的硬脊膜提起，观察相应节段椎体后缘情况，在"后路间隙"内能见椎体后缘的宽度；能见椎体后缘全部者有6例占12%，能见椎体后缘2/3者有27例占54%，能见椎体后缘1/2者17例占34%，后纵韧带在此间隙内见到的情况是：全部后纵韧带的宽度均能看见者有15例占30%，有25例可见后纵韧带的2/3占50%，只能看见后纵韧带1/2者10例占20%。

(10)椎间盘突出情况：有颈椎间盘突出现象者共5例占12%，其中3例椎间盘突出在第5颈椎、2例在第6颈椎。

讨　论

手术层次清楚，切开皮肤与浅筋膜后，分离椎旁肌前不要使麻醉药物过多的进入肌肉内，因椎骨两旁的肌肉内血供来源仍然比较丰富[4,5]，尤其是在切口上端，肌肉深面的静脉丛穿硬脊膜经枕骨大孔与颅内的静脉窦相沟通[3]，若麻醉药物从静脉进入，可很快到中枢神经系统，会导致严重的麻醉并发症。在做椎弓板浸润麻醉时，每一个椎弓板的药物用量不能超过2ml，注射速度要慢，以防止药物从椎间孔渗入到硬膜外腔，造成高位硬膜外麻醉，使手术失败。用风动锯切开神经根管内口松解脊神经根时，要特别谨慎小心，以免损伤脊神经根和脊髓，尤其是在切开椎间孔后壁并向外侧延伸时，要高度注意，因椎间孔的外侧就是横突孔[2,5]，其间有椎动、静脉，若风动锯将椎动、静脉损伤，后果是不堪设想的。

手术后用石膏颈托固定3个月，使椎骨两旁被剥离的部分肌肉与椎弓板充分粘连愈合牢固，有利于保证颈段脊柱的稳定性及功能。

参考文献

1. 李连生，等．颈椎病后路脊髓前外侧解压术．上海医学　1991；14：19。
2. 胡滨成．颈椎椎间孔、椎间管、钩突和横突孔的观察测量及应用，上海铁道医学院学报　1994；8：4.
3. Gardner E et al. AnaTomy：Second Edition WB. Saunders Company 1963.
4. 河北新医大学．人体解剖学下册，人民卫生出版社　1978.
5. 郭世绂．临床骨科解剖学，天津科学技术出版社　1988.

Anatomy observation in anterolateral decompression of spinal cord through posterior app oach cervical spondylosis

HU BIN—CHENG

Department of Anatomy., Shanghai Rail Way Medical college

shanghai 200070

50 cadavers were studied in order to observe the anatomy of this operation, include skin incision, fascia, muscles, vertebral canal, spinal

维普资讯 http://www.cqvip.com

臀部肿瘤；血管瘤，解剖，外科手术

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

cord and nerve roots , as well as the relation of this operation is that the procedures are done under direct vision , thus ensuring safety safety and completeneses of decompression.

Key words: Cervical spondylopathy , Decompression, Dissection.

(收稿：1994—09—14)

16—17

臀部巨大血管瘤的局部解剖学基础和手术处理

湖南医科大学附属第三医院外科 陈道瑞

(湖南长沙，邮政编码 410013)

R730.21

R739.950.5

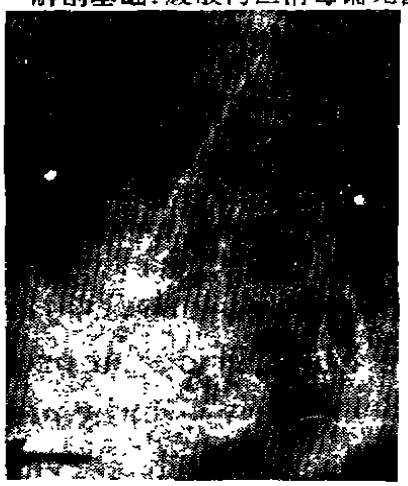
A

[提要] 经股动脉穿刺插管造影，显示 2 例臀部巨大血管瘤的供应血管为髂内和骶中动脉。术中首先结扎上述动脉，再切除臀部血管瘤，2 例均未输血。术后观察 2 年未复发。

[关键词] 臀部；血管瘤；解剖；手术。

作者曾收治 2 例臀部巨大血管瘤。根据经股动脉插管造影结果，结扎双侧髂内动脉和骶中动脉后顺利切除肿瘤。效果良好，现报告如下。

解剖基础：腹股沟区消毒铺无菌巾后，经右股动脉穿刺插管至腹主动脉 L3～4 平面，快速注入 60%泛影钠 40ml 并连续摄片。见盆腔内一团块异常不规则血管影。其主要供血动脉为一侧髂内动脉及其分支臀下动脉、阴部内动脉等和骶中动脉。图 1 中可见右髂内动脉较对侧增粗变直，骶中动脉右支稍粗，左髂内分支臀下、阴部内动脉末端呈螺旋状增粗。图 2 可见右髂内静脉早显且增粗。



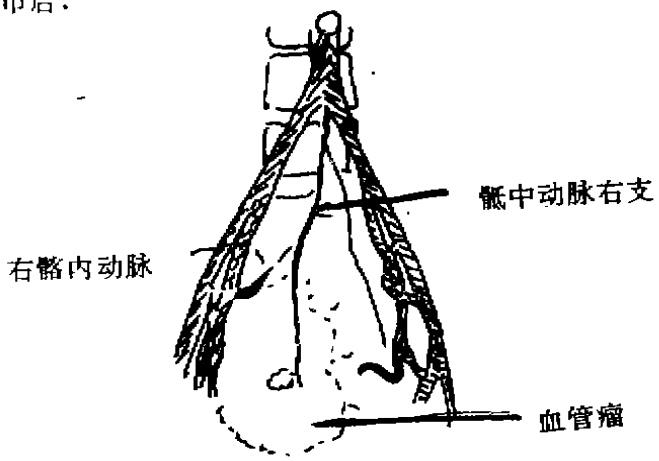


图 1. 血管瘤的动脉供应

临床资料：1991～1992 年收治 2 例臀部巨大蔓状血管瘤。男女各 1 例，分别为 17 岁和 16 岁。肿瘤均位于右臀靠近中线，约 12×12×10cm3 和 14×15×10cm3。肿瘤表面皮温升高，略可压缩并有博动感，听诊有血管杂音，第一例曾在当地医院手术切除，病理诊断为“海绵状毛细血管动脉瘤”。但数月后肿块复发，且生长迅速。

手术时采用气管插管全麻，仰卧，剖腹。结扎双侧髂内和骶中动脉并确认其远端博动消失。缝合腹壁，改俯卧位，见肿瘤略缩小。沿肿块外侧正常皮肤切开，并结扎有关血管，向深部解剖至肿块基底。然后将血管瘤向内侧翻起，连同部分肌肉在骶骨表面一并切除。术中出血少，2 例均未输血。随访二年未复发。