维普资讯 http://www.cqvip.com

24-26 外科干 肠系膜上静脉 11

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

简军之

肠系膜上静脉外科干的应用解剖与临床

第三军医大学应用解剖与手术学教研室 李彦

陈维佩 审阅

（四川重庆，邮政编码 630038）

R322.45

目前治疗门脉高压症常用分流术有门腔分流术，脾肾静脉、脾门静脉分流术及肠腔分流术等，其中肠腔分流术，由 Regnolds 和 Clatwarthy 五十年代首倡以来，一系列国内外医务工作者相继对肠腔分流术疗效进行观察，他们都认为此术治疗门脉高压症其减压效果好，脑病并发率及术后死亡率低，故在临床推荐应用，同时，为了解决此术解剖学变异的难题，法国解剖学家 Gillot 在 1964 年对肠系膜上静脉进行了较为详细的报道，并首先将该静脉可供吻合的一段命名为外科干，此后，许多学者对外科干的变异进行过观察与报道，并且许多临床医务工作者根据外科干的特点，选择了多种术式，至于这些术式的选期疗效如何，还有待进一步观察，现就外科干的应用解剖与临床综述如下：

一、外科干的应用解剖：1. 定义，外科干这一名称是由 Gillot 首先提出，指上方自 Henle 干* 注入处，下方至回结肠静脉注入处的一段肠系膜上静脉本干。后来高根伍等把外科干的上界上延至脾静脉和肠系膜上静脉汇合处。多数学者沿用 Gillot 的定义。在万氏 84 例标本中，认为外科干的下界比较恒定，上界变化较大，主要表现为右结肠静脉的位移，在离位时可形成 Henle 干或 Henle 与其他静脉的合干，占 70%。在中位时单独汇入肠系膜上静脉，占 23%。低位时与回结肠静脉合干，占 7%，也就是约 30%没有 Henle 干。此时，外科干为回结肠静脉汇入处上至第一右侧支汇入处的静脉本干。2. 可供吻合的外科干的理想条件，以美国解剖学家 Holgoke 的四个标准为基础，集多家要点归纳为：①外科干的长度≥2cm；口径≥0.6cm，且无栓塞；②吻合以上没有与外科干口经相近的左侧属支汇入外科干；③无肠系膜上动脉分支从外科干的腹侧或背侧越过；④肠系膜上动脉与外科干无过分重叠。3. 外科干的长度与外径的观察与测量：许多学者根据 Gillot 的外科干定义对教学用尸体进行解剖测量（见表 1），由此表可见，国人肠系膜上静脉外科干的长度及口经基本上都符合吻合的理想条件。4. 外科干左侧属支的观察：外科干左侧属支可能为小肠的静脉或肠系膜上静脉左侧支，当此属支口径近主干大小时，吻合建立在分叉以下，就会致大部分血流超越吻合口流向门脉，以致术后减压效果不佳。Holgoke1975、1980 年前后报告 9/67 例属支口径与主干口径相近大小占 35%；陈氏 53 例中出现 32%，因此术中要留意左属支，以便选择适当手术方式。5. 外科干；毗邻的观察①与下腔静脉的位置关系：各家报道一致认为外科干比较恒定位于下腔静脉的左前方或正前方，故吻合时外科干的右后侧和下腔静脉的左前侧显露就尤为重要，其中下腔静脉容易显露，而外科干由于常有与其相邻的肠系膜上动脉及其右侧分支的骑跨或跨越，影响外科干的右后侧显露。上述可见两者间距较近，可选用侧侧吻合或搭桥术（桥长 7cm 便可以）。②与肠系膜上动脉主干的关系：诸多文献都分类讨论，戴、陈氏的分类比较可取，其分类如下：无重叠型：即肠系膜上动脉主干在外科干左侧；不影响外科干显露，这是吻合的最佳类型；部分重叠型：即外科干上或下段有动脉本干骑跨，此型需小心解剖分离，仍可暴露手术野；重度重叠型：外科干全程被动脉本干过分骑跨，使手术部位不能很好显露以致丧失手术机会者。由下表可见国人在这两者关系方面，不会对手术带来大的困难。③与肠系膜

---

* Henle 干：指胃网膜右静脉与右结肠静脉的共干。

维普资讯 http://www.cqvip.com

上动脉分支的关系：外科干的显露可能受到其毗邻肠系膜上动脉右侧分支的影响，这些分支可从腹侧或背侧越过外科干，如果右侧的分支越过外科干的中部就会明显防碍手术的实施。在戴氏50例报道中此种情况即分支越过外乎干中部者17例，占34%这也是术中要多加注意的问题。

表 1. 外科干的长度与外经的测量

作者	例数	长度（cm）	长度符合率（≥2cm 者）	口径	口径符合率（≥0.6cm）
万氏等	84	3.19±0.97（1.3～6.1）	90.48%	1.12±0.44（0.4～2.0）	92.86%
戴氏等	50	3.84（1.0～8.0）	94%	—	—
宋氏等	50	3.6±0.17（0.7～6.4）	84±5.18%	1.13±0.05（0.3～1.9）	98.18%
陈氏等	54	3.5±0.12（2.2～4.9）	100%	1.1±0.04（0.7～1.4）	100%

表 2. 外科干与下腔静脉间距离的比较（cm）

作者	例数	最大距离	最小距离	平均值	备注
戴氏	50	6.0	0.7	2.18	教学标本
邝氏	15	4.0	3.0	—	术中测量
邸氏	10	5.0	3.2	3.97	术中测量

表 3. 肠系膜上动脉与外科干的关系

作者	例数	无重叠型	部分重叠型	重度重叠型
戴氏	50	50%	46%	4%
陈氏	48	68.7%	27.2%	4.1%

诸多学家对以上内容进行研究总结，其中 Holgoke 针对他确定的四个标准吻合条件衡量，认为90%的人从解剖角度可以接受手术，我国戴氏总结认为84%的国人符合手术条件，陈氏统计符合率为83.3%。

二、外科干与临床：1. 外科干的临床显露：①皮肤切口：Bernerd、Nay、stipa 等均介绍剑突至耻骨联合的直切口，有助于同时切取髂静脉作桥接移植物，而高根伍认为患者常有腹水可能漏腹水而使伤口裂开，于是改用横切口，由右肋弓下至脐上 2～3 指再弯向左侧第 8 肋，也能获得满意显露，而且术后无 1 例发生漏腹水等并发症，只是取移植物时另作切口。②深入腹膜后隙的途径：入腹后，Stipa 等主张将升结肠推向左侧，从右结肠旁沟的侧腹膜开口进入腹膜后隙，以显露外科干及下腔静脉，而高根伍等认为，上述操作比较复杂，于是改用肠系膜根部切开途径，即提起横结肠，在肠系膜根部扪及肠系膜上动脉搏动后，在其右侧横行切开后腹膜 6～8cm 便可显露外科干，此法效果好，创伤小，出血少，明显缩短了手术时间。③显露外科干吻合部位：见前面应解，2. 肠腔分流术的发展：外科干以其独特的血液动力学特点及解剖学特点使肠腔分流术成为一种比较简单的手术方法，既能有效降低门脉高压，又能保持肝脏适当灌注，进而防止肝衰，降低脑病并发率。但是有部分学者报道肠腔 H 型搭桥分流术晚期血管闭塞率高（约 25～50%），术后脑病发生率并不低（25～45%），这可能与桥移植物有关（如，人造移植物易形成血栓；邻近组织对搭桥的压迫或移植段的扭曲等），当然侧侧吻合可能避免上述麻烦，张换华对 85 例侧侧分流术总结其手术成功率 98.8%，30 天住院病死率 2.4%，术后脑病发生率为 4.1%，随访 3 月至 8 年，80 例中仅 5 例发生再出血。至于术后并发率，主要与分流量的大小有关，即与吻合口大小以及术后吻合口是否扩张有关。白求恩医科大学陈光等对肠腔侧侧分流术最佳吻合口径的选择进行动物实验研究认为：①肠腔侧侧分流术“等口径”吻合在降压同时不改变门脉血流流向，对肝功能影响小，优于“半口”及“倍口”吻合；故等口径吻合为最佳口径；②大口径分流时肝衰及脑病发生率高；③小口径易导致血栓形成，复发出血率高。当然术后吻合口可能发

维普资讯 http://www.cqvip.com

生扩张，限制环对吻合口加以限制是必要的。总之，肠腔分流术的临床效果还有待进一步观察与肯定。

参考文献

1. 万玉碧，马容敏．胃左静脉和肠系膜上静脉的应用解剖，第三军医大学学报 1984；6（2）：149.

2. 戴祥麟，崔功治．肠系膜上静脉—下腔静脉分流术的外科解剖，浙江医学 1982；4（3）：15.

3. 陈守经，等．肠系膜上静脉外科干的解剖测量，中华外科杂志 1982；20（4）：227.

4. Holgoke EA，et al. Surgical anatomy of the mesocaval shant. Surgery 1975；78（4）：526.

5. 高根伍，等．肠系膜上静脉—下腔静脉 H 形自体颈内静脉移植术．中华外科杂志 1978；（2）：112.

6. Stipa S，et al．A technigwe for mesentericocaval shunt，Surg Gynec Obstet 1973；137：285.

7. 张挽华．肠腔静脉侧侧分流术，实用外科杂志 1990；10（4）：179.

8. 陈光，等．肠腔侧侧分流术最佳吻合口径的选择——动物实验研究，中华外科杂志 1990；28（5）：314.

（收稿日期：1994—06—02）

26-27 三叉神经 分支分布范围 12

关于三叉神经的分支分布范围的文献复习

沈阳市第一人民医院 范妮娜

沈阳职工医学院 田 力

铁路沈阳医院 田 伟

（辽宁沈阳，邮政编码 110002）

R322.8

三叉神经是一对粗大的脑神经，由感觉与运动纤维混合组成。由于在基础三叉神经解剖和医学临床领域里对三叉神经及其引起的感觉和运动两部分的麻痹和刺激症状，以及诊断及防治等方面的研究发展很快，这些研究对促进医学发展和应用于医学临床等都有其很重要的社会效益和经济效益，其科学价值很大。所以，根据尸体解剖及临床报告，现将三叉神经的分支分布范围及定位归纳如下：

一、眼神经（感觉性神经）：正常情况下，眼神经通过海绵窦外侧壁，位于颈内动脉外侧滑车神经及动眼神经的下方在将离开海绵窦前分为三支。

（一）额神经（位于眼肌上方）主要分出：1. 眶上神经，经眶上切迹至额部皮肤；2. 额支，在眶上神经内侧分布于额部皮肤；3. 滑车上神经，支配额下部近中线的皮肤；

（二）泪腺神经，司其泪腺的感觉；

（三）鼻睫神经，发小支到筛窦粘肤，鼻下部皮肤、结膜、泪囊、鼻的侧面和眼睑皮肤；

眼神经在面部皮肤的分布范围主要在眼裂以上。

二、上颌神经（感觉性神经）：上颌神经紧靠海绵窦下方，向前经圆孔离开颅腔进入翼腭窝，而后，主干分为眶下神经经眶下裂进入眼眶，后在眼眶底壁下前行，出眶下孔而抵面部。其分支主要有：

（一）眶下神经，最大、经眶下裂入眶，再经眶下沟、眶下管、出眶下孔分出数支；主要分支（1）分布于下睑、鼻的外侧部；上唇和颊部的皮肤；（2）眶下神经在眶下管中发出上牙槽前支，分布于上颌后部的牙齿和牙龈。

（二）蝶腭神经，其分支一部分小支到腭粘膜和腭扁桃体、鼻甲、鼻中隔的粘膜；另一部分小支经切牙至硬腭。

（三）颧神经，分支分布颧部皮肤。

（四）上牙槽后支，自上颌神经发出，在上颌骨体的后方穿入骨质，分布于上颌后部的牙齿和牙龈。

正常情况，上颌神经支在面部皮肤的分布范围大体为眼裂与口裂之间。

三、下颌神经（混合性神经）：下颌神经属于