维普资讯 http://www.cqvip.com

出。中部眶脂突出最明显，它经常重叠于内侧眶脂体外侧部的前方。

手术方法

一、上睑袋　根据患者的年龄和眼型用美兰画出重睑的宽度和长度及需去除的皮肤轮廓线，一般平行式采用的较多。我们对眼睑的皮肤采用剪割的方法，一手自行拉紧皮肤，另一手用直而锐的剪刀自眼睑的一侧插入皮下，边剪动边沿线痕向前推动剪刀（和剪毛料的方法相同），去除准备剪除的皮肤，止血后再剪除切口附近的部分皮下脂肪和2～3mm宽轮匝肌，分离轮匝肌露出睑板上1/3，保留睑板前肌肉。如内眦赘皮较重，可于睾皮下尽量多剪除一些轮匝肌，采用单纯缝合或皮肤—骨膜缝合术使大部分内眦赘皮消失〔2〕。向上分离轮匝肌露出眶隔，根据脂肪量的多少，垂直睑缘做1～2个小切口，轻压眼球剪除脱出的脂肪，创口用5—0丝线缝合一针后，带睑板5针缝合上下创缘，注意不要把缝线穿过眶隔。创口补充缝合数针，术毕。24～48小时内换药，如发现睑裂不对称，马上进行修复，5～7天后拆除缝线。

二、下睑袋及睑外翻的矫正　下睑袋的手术亦用锐剪刀剪割创口，其余步骤相同〔3〕。这里重点探讨一下合并有睑外翻的手术治疗，手术方法为切皮去脂术后，进行睑板—眶骨膜缝合术，根据外翻的程度，睑板的两侧各缝合1～2针，结扎缝线时注意下眼睑的运动，不能过紧，否则引起下睑运动迟缓，发生类似下睑退缩的现象。皮肤则根据具体情况处理，多数不需作植皮或皮肤切除。

讨　论

老年人睑袋的发生主要是由于睑皮肤、筋膜松弛加之重力的关系，因而上睑手术的要点是去除多余的皮肤而下睑则是加强筋膜的力量。因而对皮肤的切除尽量恰如其分或略少，使手术后形成的皱褶即重睑能够部分遮盖斑痕，使其达到自然流畅的目的。对轮匝肌的切除要尽量少，否则影响眼睑的闭合功能。对切口至睑缘间的皮下组织及轮匝肌少作分隔和切除，虽然切除后睑缘变薄，但术后由于皮肤和睑板愈着，形成重睑的人工痕迹很浓，皮肤死板硬结，缺少动感。眶隔的切口以垂直睑缘的小切口为益，不益做平行于睑缘的大切口，因其破坏了眶隔的功能，增加了眶内感染的机会，缝合困难，且易造成眼睑组织的层次紊乱，使重睑弧度不良。而下睑的板睑—眶骨膜缝合术，经我们20余例的临床观察及随访6—12个月，认为其方法简单，优于K—S手术〔3〕。有如下优点：1.不切除睑板及皮肤组织，为再次手术留有余地。2.睑裂的对称性好，因K—S手术造成的双角形切除，使睑裂缩短5—6mm，形成了睑裂的上下对称，双眼不对称。3.因尖锐的直剪进行剪剥时，对组织损伤少，深度掌握准确，不对眼球施加压力，且可一个人操作，因而笔者认为是一种值得推广的方法。

参考文献

1.河北新医大编.人体解剖学（下册），北京：人民卫生出版社　1978：1600～1603.

2.刘家琦主编.实用眼科学，北京：人民卫生出版社　1984：15～18.

3.徐乃江主编.实用眼成形手术学，浙江：浙江科学技术出版社　1987：60，159～160.

2—5

大隐静脉的应用解剖学

湖南医科大学人体解剖教研室　曾志诚　涂　玲　黄群武　杨科球　胡建光

（湖南长沙，邮政编码410078）

R322.123

〔提要〕　本文解剖了164例大隐静脉，对其主干及其主要属支数，分为5类型、12分型，其中以Ⅱ型（两属支联合）70例42.62%为最常见，164例中除2例（1.2%）为双隐静脉外，其余为单干型。162例单干型中2例（1.2%）为异常大隐静脉。并对大隐静脉汇入股静脉管径，属支注入点与隐股点距离进行观察和测量，从临床应用出发，提出了在大隐静脉术中，预防、避免损伤股动脉、股静脉的方法。

〔关键词〕　大隐静脉；双隐静脉；隐股点。

隐静脉

解剖

维普资讯 http://www.cqvip.com

大隐静脉曲张是外科常见病、多发病，而手术治疗大隐静脉曲张并发股动脉〔1〕、股静脉〔2〕，大隐静脉出血等并发症〔3～4〕并不少见，为了手术中防止损伤股动脉、股静脉，我们对大隐静脉应用解剖进行了研究。

材料和方法

研究材料为近几年教学标本及学生解剖操作中成人尸体82具（男52，女30）计164例大隐静脉。对大隐静脉主干及其主要属支数目，共干情况进行了观察、分型、并绘以简图，然后对大隐静脉注入股静脉处的血管外径，大隐静脉上段属支注入大隐静脉处与隐股点的距离进行观察和测量。

结果与讨论

一、大隐静脉及属支。大隐静脉是全身最大、最长的浅静脉，起于足背内侧缘的静脉网，经过内踝前方经小腿内侧上行，再沿大腿内侧并逐渐转向股前方，经卵圆窝注入股静脉，主要属支有阴部外浅静脉、腹壁浅静脉、旋髂浅静脉、股内侧浅静脉及股外侧浅静脉。大隐静脉及其属支在股前、内侧区均全部位于阔筋膜卵圆窝的浅面，而股静脉则居卵圆窝、阔筋膜深面。

大隐静脉上端属支类型，162侧各属支出现情况，归纳5个类型及12个分型。（见表1）。

表1。　　大隐静脉上端属支类型

大隐静脉上段属支类型	例　数	百分率%
Ⅰ　各属支单独注入大隐静脉	55	33.54
Ⅱ$_1$ 旋髂浅、腹壁浅静脉合干	31	19.1
Ⅱ$_2$ 腹壁浅、阴部外浅静脉合干	20	12.1
Ⅱ$_3$ 旋髂浅、股外侧浅静脉合干	11	6.7
Ⅱ$_4$ 阴部外浅、股内侧浅静脉合干	5	3.0
Ⅱ$_5$ 腹壁浅、股外侧浅静脉合干	2	1.2
Ⅱ$_6$ 腹壁浅、股内侧浅静脉合干	1	0.6
Ⅲ$_1$ 腹壁浅、旋髂浅、股外侧浅静脉合干	12	7.3
Ⅲ$_2$ 腹壁浅、旋髂浅、阴部外浅静脉合干	11	6.7
Ⅲ$_3$ 腹壁浅、阴部外浅、股内侧浅静脉合干	1	0.6
Ⅵ$_1$ 股外侧浅、旋髂浅静脉合干 阴部外浅、腹壁浅静脉合干	10	6.0
Ⅵ$_2$ 旋髂浅、腹壁浅静脉合干 阴部外浅、阴内侧浅静脉合干	2	1.2
Ⅴ　腹壁浅、股外侧浅，旋髂浅静脉合干 阴部外浅、股内侧浅静脉合干	1	0.6

二、大隐静脉注入股静脉处的管径（表2）：

表2。　　单位：cm

侧别（例）	$\bar{X}$（均值）	SD（标准差）	最大值	最小值
左（82）	0.59	0.16	1.0	0.49
右（80）	0.69	0.19	1.0	0.3

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、大隐静脉上段属支注入处与隐股点的距离（表3）。

表3.　　单位：cm

侧别（例）	X（均值）	SD（标准差）	最大值	最小值
左（82）	5.60	1.5	11.6	0.3
右（80）	5.46	1.6	9.1	0.33

根据表1，我们所观察的属支类型以Ⅱ型为最多70例(42.68%)，其次为Ⅰ型55例（33.9%）、再次为Ⅲ型24例（14.8%）。上述分型虽然复杂，但具有一定临床意义，手术操作虽不需了解各属支注入的形式，但对了解注愈属支的数目是有益的，因为我们可根据注入属支数目可进一步分为2支型2例（1.2%），3支型37例（22.5%），4支型70例（42.68%），5支型55例（33.9%）。在大隐静脉曲张高位结扎术中，应将主干及其3支以上属支结扎〔5〕在股部行大隐静脉切开术时，有时患者处于休克状态，动脉搏动微弱，静脉瘪缩或痉挛，管腔变细的股动、静脉误认为大隐静脉而将其切开。根据我们观察大隐静脉位于皮下、卵圆窝、阔筋膜前面，其上端有2～5个属支，而股动、静脉位置较深，且均位于阔筋膜、卵圆窝深面，只要在手术中注意到彼此之间区别，两者完全可以鉴别，只要熟悉这一局部解剖关系，误伤股动、静脉的错误应是可以避免的。

四、大隐静脉形态、位置变异。本文164侧大隐静脉中2侧（男1、女1），右侧为双隐静脉。内、外侧隐静脉均起于膝关节内侧，在股前内侧呈大小相同，平行上行。外侧隐静脉有腹壁浅，旋髂浅、股外浅静脉注入，内侧隐静脉有会阴浅，股内侧浅静脉注入。内、外侧隐静脉穿卵圆窝深筋膜分别于股静脉前内侧注入股静脉。162例单干大隐静脉中有2例（1.2%），右侧大隐静脉是跨股动脉浅面再转向股静脉内后方汇入股静脉。这2例大隐静脉汇入部毗邻关系，外侧紧贴股深动脉，内侧紧贴股动脉（图1）。上述大隐静脉行程，位置变异，虽属少见，应在手术中以注意，以免造成损伤股动脉，股深动脉，股静脉的危险。

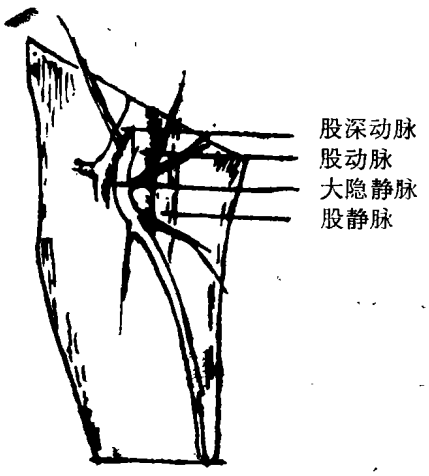


图1.（右）大隐静脉汇入股静脉处位置的变异

五、隐股点（Saphenо—femoraljuncfio）的体表投影。

临床上可根据隐股点来确定大隐静脉切开、插管、高位结扎等手术切口的位置。据苏鸿森〔6〕、郑华〔7〕、陈昌富〔8〕、王鹤鸣等〔9〕介绍各有其优缺点。本文作者提出：以耻骨结节为圆心，耻骨结节至隐股点的距离为半径划一弧线，再以髂前上棘至耻骨结节连线中、内1／3分界点为圆心，该点至隐股点距离为半径划弧线与前一弧线交点即为隐股点的体表投影点〔10〕。在股部作大隐静脉高位结扎，插管，切开等手术中，可参考表4数据，先摸到耻骨结节向外旁开两横指（约3.4cm左右），再于髂耻连线中、内1／3分界点处下两横指，两者之交角点即为隐股点的体表投影点。此法简便、安全、可靠是临床上寻找隐股点的体表投影点的好方法。

参献文献

1.陈炳森，等.大隐静脉高位结扎误伤股动脉3例报告。

2.张静菊，等.大隐静脉手无损伤股静脉5例报告，白求恩医科大学学报 1986；12（5）：423。

维普资讯 http://www.cqvip.com

6987(3)

表4. 耻骨结节，髂耻连线中、内1／3分界点至隐股点距离（左侧82、右侧80）

耻骨结节至隐股点	左：	33.4±0.4（25.6～43.0）mm
	右：	33.3±0.3（23.1～45.0）mm
髂耻连线中、内1/3交点至隐股点	左：	32.7±0.8（6.0～59.0）mm
	右：	32.4±0.8（6.5～58.0）mm

3.陪应环，等.大隐静脉曲张手术意外4例，实用外科杂志 1981；（1）：298.

4.Malati, J. et al.Iatrogenic Vascular injuries J Cardioves surg. 1979; 20: 169.

5.刘志苏.大隐静脉曲张复发25例分析，实用外科杂志 1984（5）262.

6.苏鸿森.国人大隐静脉上段解剖学观察，解剖学报 1965；8（1）：61.

7.郑华.隐静脉及其主要容纳支的观察，福建医学院学报 1961；（1～2）：48～53.

8.陈昌富，等.大隐静脉属支的观察，解剖学报 1966；9（2）：273.

9.王鹤鸣，等.大隐静脉的应用解剖学，解剖学杂志 1987；10（2）：120.

10.曾志诚.隐股点应用解剖学，中国临床解剖学杂志 1990；8（3）：161.

Clinical Applied Anatomy of the Saphenous Vein

Zheng Zhicheng, TuLing, Huang Quwu, Yaug Keqiu, Hu Jianquang
Department of Human Anatomy
Hunan Medical University

Abstract: The great saphenous vein was dissected in 164 sides of 82 cadavers for clinical application. The forms of main rtunk of this vein, its variation, and various types of its tributaries were observed. The patterns of the tributaries of the great saphenous vein may be classified into 5 types and 12 subtypes according to the number of veins and manner of their combination. Type II (42.68%), in which two tributaries are combined, occurs more often than anyone of the other types. In addition, the location of the saphenofemoral junction in these cadavers were topographically observed.

Key words: Great saphenous vein; Duplication of the great saphenous vein; Sapheno-femoral junction

5—7

胸脊柱关节突关节的半月板样结构

上海医科大学 张大江 刘俊 蒋征琪 李聆 范文姬 张新潮 彭裕文
（上海，邮政编码200032）

R322.72

〔摘要〕对18具成年尸体胸段脊柱的关节突关节进行大体和组织学观察。大体形状上可分为月牙形（41.35±2.38%）、半月形（14.25±1.81%）、叶状形（35.50±2.31%）。光镜下观察其织组结构分为纤维型（61.68±2.35%）、薄膜型（26.40±2.13%）、脂肪型（1.86±0.65%）以及不规则型（1.66±0.62%）。半月板样结构分布在关节腔各部，其中以内、外侧为多。各型在不同节段均有分布，但薄膜型在上、下胸段较中胸段出现率为高。半月板样结构实际上是由滑膜返折所形成

半月板；关节；胸脊柱；结构；