维普资讯 http://www.cqvip.com

时，大网膜可包围病灶，与其粘连而限制炎症的发展。

二、大网膜扭转的病因及病理变化：大网膜扭转极为罕见，查近 10 年文献仅见 2 例报告[1,2]，原发性扭转原因不明，多发生在肥胖男子，可能与大网膜中下部脂肪堆积，悬垂在腹内形如钟摆以及腹内压力突然改变、剧烈运动有关。继发性扭转则可能由于腹腔内感染，大网膜移行包裹病灶并与之粘连而发生扭转，当大网膜下端成为可复性腹股沟疝内容时，在其顺疝囊壁斜行下滑上移过程中易发生旋转，大网膜与疝囊粘连也是诱因之一。大网膜发生扭转后，网膜组织因血运障碍而充血水肿，血栓形成，甚至发生坏死，腹腔内可有炎性，血性渗出液，坏死网膜产生的毒性物质可引起全身毒血症，也可沿脾静脉入门脉引起炎症。

三、大网膜扭转的临床表现及治疗：患者可有转体、弯腰、蹦跳等运动史，之后发生明显腹痛，多偏于右侧，可有恶心呕吐，早期无发热，网膜发生坏死即有明显发热。右侧腹常有显著压痛，有时能扪及痛性索条状肿块。当有腹膜炎时，可有局部腹肌紧张、反跳痛及肠鸣音减弱，白血球总数及中性白血球增高，极易误诊为急性化脓性阑尾炎、胆囊炎、溃疡病穿孔等等。仔细的体查，详尽的病史询问及 B 超、腹部平片的检查可发现与上述疾病不尽附合之处而帮助诊断。治疗较为简单，将扭转的大网膜切除即可，愈后大都良好。切除前不宜将大网膜复位，因可使大量毒素迅速经原绞窄的血管入血而引起术后高热等中毒症状的加重。切除范围宜在扭转部位以上 2～3cm。

参考文献

1. 马东海．大网膜扭转 1 例报告，实用外科杂志 1988；(8)：5，254.
2. 罗锦天．大网膜扭转误诊为急性胆道疾患 1 例，洛阳医学 1985；(15)：85～86.

（收稿日期：1995—01—17）

右上肢双肱动脉 1 例

第三军医大学局解手术学教研室 张集礎

（四川重庆，邮政编码 630038）

于一具成年男性尸体上发现其右侧上肢存在双肱动脉，特报告如下：在右上臂上、中 1/3 交界处（即大圆肌下缘与肱骨交界处），肱 A 分为一粗一细两个动脉干，管经比约为 2∶1（粗支管经约为 4.0mm，细支管经约为 2.1mm），稍上为肱深动脉分支，但肱深动脉较小。肱动脉较粗的一支经正中神经外侧下行，沿途发出尺侧上副动脉，尺侧下副动脉和一些小肌支，至肘窝，穿过肱二头肌腱，在其下 3cm 深处分为尺动脉和骨间总动脉，在分叉稍上发出尺侧返动脉前后两个分支，向上分别与尺侧上副动脉，尺侧下副动脉吻合。肱动脉较细的一支在粗支内侧下行，在 2 支分叉处稍下，尺神经由外向内从其间穿过。至肘窝处，跨过粗支到桡侧成为桡动脉。在桡动脉起始部出桡侧返动脉，与其上的桡侧副动脉吻合。在上臂，两条动脉共有 3 条粗细不同的静脉伴行，即两条伴行的肱静脉和贵要静脉，三者向上于大圆肌下缘处汇入腋静脉。

讨论：此例是本文作者在做教学标本时发现，当发现异常后，继续解剖左侧，发现左侧属正常，文献曾报道，肱动脉异常均为两侧，本文为单侧异常，实为罕见。胚胎早期，臂部正中神经的浅、深侧各有一条动脉干，在胚胎发育过程中，有可能浅支消失，于是动脉于行经正中神经的背侧，形成深肱动脉。但为了避免与肱深动脉混淆，因而沿用肱动脉原名，也有可能是深支消失，于是动脉干跨越正中神经的前侧，形成浅肱动脉，此种情形较少。如两支均保留，则形成双肱动脉，深浅两支均到达前臂，一支延续为尺动脉，另一支延续为桡动脉。此例右侧属于此种类型。由于桡、尺动脉起点的提高，到致肘部血管吻合网的异常。

（收稿日期：1995—03—06）