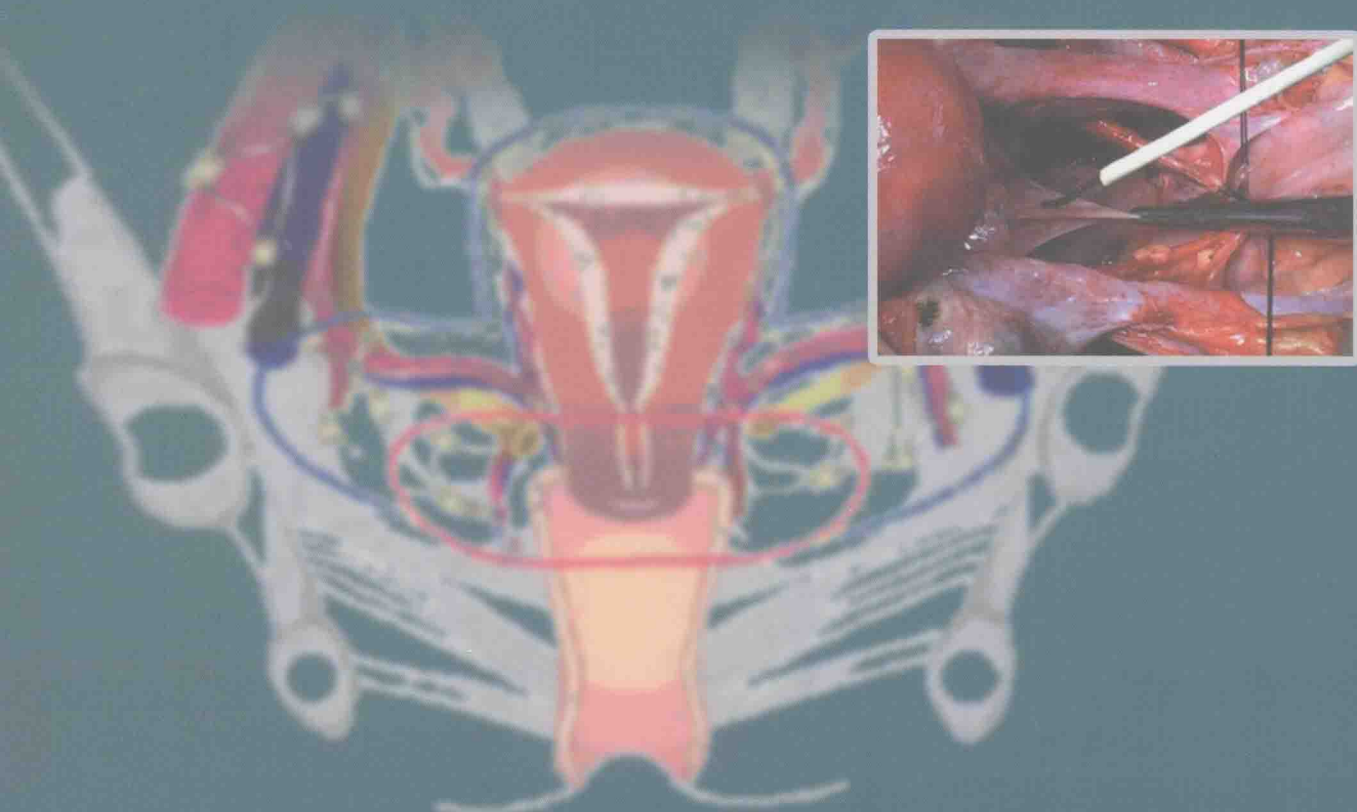




陈惠祯 妇科肿瘤手术学

第3版

主 编 蔡红兵 张 蔚 张 帆 冯 忻



科学出版社

陈惠贞妇科肿瘤手术学

第3版

名誉主编 陈惠贞

主 编 蔡红兵 张 蔚 张 帆 冯 忻

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书第3版共17章,主要内容包括女性生殖道各部位恶性肿瘤手术治疗和辅助治疗、下生殖道上皮内瘤变的处理,以及妇科肿瘤手术解剖学、手术基本原则、手术前准备、手术后管理,盆腔脏器切除术,整形手术,尿流改道术,内镜手术,盆腔根治术并发症的处理等。附有手术插图300余幅。第3版在第2版的基础上做了较大的调整和修订,增补了新的手术方式,更换了一些手术插图,并附有2张手术光盘(DVD),共16例手术,以便更准确全面地反映现代妇科肿瘤治疗学的水平。

本书是一部有较高学术水平和实用价值的医学专著,可供肿瘤临床工作者、妇产科医师、妇女保健人员、医学院校学生借鉴和使用。

图书在版编目(CIP)数据

陈惠祯妇科肿瘤手术学 / 蔡红兵等主编. —3版. —北京:科学出版社, 2014.3

ISBN 978-7-03-040343-8

I. 陈… II. 蔡… III. 肿瘤-妇科外科手术 IV. R737.3

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第063470号

责任编辑:杨小玲 刘丽英 / 责任校对:李 影

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

1990年9月第一版 开本:787×1092 1/16

2006年7月第二版 印张:38 1/4

2014年3月第三版 字数:900 000

2014年3月第一次印刷

定价:180.00元(含光盘)

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《陈惠祯妇科肿瘤手术学》(第3版)编写人员

名誉主编	陈惠祯				
主 编	蔡红兵	张 蔚	张 帆	冯 忻	
副主编	江大琼	周友珍	邬东平	徐自来	彭晓庆
	艾美华	王 景	周 静	钟亚娟	
编 委	(按姓氏汉语拼音排序)				
	艾美华	蔡红兵	陈 刚	陈汉华	陈 红
	陈 沂	陈华燕	陈惠祯	陈慧君	陈淑慧
	程 晶	邓正安	方芙蓉	冯 忻	高永良
	龚 成	江 森	江大琼	金 晶	金 伟
	李 波	李 伟	林丛尧	林仲秋	刘龙阳
	刘少扬	刘诗权	楼洪坤	卢玉兰	吕琼莹
	马 丁	欧阳艳琼	彭 勉	彭晓庆	彭亚琴
	邱惠玲	宋晓玲	孙健衡	孙文洁	汤春生
	王 景	王世宣	邬东平	吴绪峰	夏 婷
	肖国宏	熊 艳	徐小霞	徐自来	颜 琳
	杨伟红	袁建寰	张 帆	张 琳	张 萍
	张 帅	张 蔚	张广德	张志毅	赵 灵
	钟亚娟	周 静	周友珍		

第3版前言

《实用妇科肿瘤手术学》第1、2版出版后,受到了同仁的欢迎与肯定,我们表示衷心的感谢。

本书第3版仍然遵循理论与实践相结合的原则,论述以妇科肿瘤手术治疗学为重点,详尽介绍妇科肿瘤各类手术的方法、技巧以及手术创新与经验,力求具体而实用,对手术适应证及其辅助治疗作了充分的讨论。

本书第2版出版后经历5年,妇科肿瘤手术治疗又取得了新的进展,作者也积累了许多新经验,我们力求在第3版予以体现。

本书第3版补充了许多新资料,增加了妇科肿瘤内镜手术、宫颈广泛切除及功能重建术、根治性子宫切除的神经分离术等,以及阔韧带恶性肿瘤、子宫颈小细胞癌、卵巢小细胞癌的手术治疗,重写了外阴恶性黑色素瘤手术治疗,去除了与妇科肿瘤手术治疗关系不大的个别章节,对其他章节也做了较多修订和调整,使之结构更严谨,安排更合理,可操作性更强。并附有手术光盘2张共16例手术,供同仁借鉴参考。

著名妇科肿瘤学专家陈惠祯教授,为妇科肿瘤学事业做出了突出贡献,取得了很大的成绩,特别在妇科肿瘤手术方面有他自己的风格、特点和经验,创新和改进了多种术式,亲自组织了本书第1、2、3版的撰写与出版工作。本书第3版以他的名字作为书名是很符合实际的,我们感谢他对我们工作的支持与帮助。同时十分感谢全国著名的妇科肿瘤学专家江森、张志毅、孙健衡、高永良、汤春生、林仲秋、马丁等教授参与本书的撰写工作,感谢参加本书撰写和校对的专家及所有医务工作者,并希望同仁指出该书不足之处。

蔡红兵 张帆 张蔚

2013年7月31日

第2版前言

近年来,妇科肿瘤的手术治疗已有了飞速的进展,如新的手术方法的创建、原有手术方式的改进等。但是,系统论述妇科肿瘤的专著不多。为此,我们参阅国内外相关文献资料,并根据多年临床经验,修订了本书。第2版由第1版的9章调整扩大为18章,由37万字增加至100万字,增加了大量插图。

第2版在第1版基础上增加了一些新章节,如“手术解剖学”、“外阴疣状癌、基底细胞癌、腺癌、肉瘤”、“阴道透明细胞癌、肉瘤、内胚窦瘤、黑色素瘤”、“原发性腹膜肿瘤、卵巢肉瘤及卵巢转移癌手术治疗”、“妇科肿瘤中的尿流改道术”、“危重病人监护”等,使内容更全面。同时,对第1版内容做了大量的更新,补充了许多新内容,既介绍了经典的手术方式,也介绍了近15年来妇科肿瘤手术治疗的新进展、新技术以及作者的手术创新及经验,使手术操作更规范、更切合实际、更具可操作性,手术适应证更准确,供同仁借鉴。

在繁忙的临床和研究工作中,各位专家抽出时间将自己的新经验和新成果总结出来供再版应用。在此,我们表示衷心的感谢。另外,由于医学在不断发展,缺点与不足在所难免,诚恳期盼各位同道指正。

陈惠祯 吴绪峰 张蔚

2006年5月20日

第 1 版前言

手术是治疗妇科恶性肿瘤的主要方法之一,已广泛应用于临床。近年来,手术治疗妇科肿瘤有了新的发展,如新的手术方式的创立,原有手术方式的改进,手术分期更加切合患者病情等,从而提高了手术治疗效果,减少了并发症。然而,国内尚缺少对近代妇科肿瘤手术作系统介绍的专著。为此,我们根据多年的临床经验,参阅国内外有关文献和专著,编写了本书,以供肿瘤临床工作者、妇产科医师、妇女保健人员及医学院校师生使用。

本书着重于理论与实践相结合,力求具体而实用。对常见的妇科恶性肿瘤的手术方式作了详细的讨论,反映了不同学者的不同观点,并提出我们的见解;对主要的手术方法和步骤作了重点叙述,并附有插图和文字说明;对少见的妇科恶性肿瘤的手术治疗和某些与手术有关的问题亦作了扼要的介绍,以供读者借鉴。由于医学科学的迅速发展,书中难免有疏漏和不妥之处,祈请同道指正。

编 者

1990年1月于武汉

目 录

第一章 妇科肿瘤手术解剖学	(1)
第一节 腹前壁及女性股前区解剖	(1)
第二节 横膈及大网膜解剖	(10)
第三节 腹膜后解剖	(12)
第四节 盆腔解剖	(21)
第五节 外阴和会阴解剖	(39)
第二章 妇科手术治疗的地位及其基本原则	(44)
第一节 手术治疗在诊治及预防中的地位	(44)
第二节 手术的基本原则	(48)
第三章 手术前检查及病人的准备	(53)
第一节 手术前检查	(53)
第二节 病人评估	(57)
第三节 手术前准备	(61)
第四章 下生殖道上皮内瘤变及子宫内膜增生的处理	(67)
第一节 外阴鳞状上皮内瘤变	(67)
第二节 外阴非鳞状上皮内瘤变:Paget 病	(76)
第三节 阴道上皮内瘤变	(80)
第四节 子宫颈上皮内瘤变	(85)
第五节 子宫内膜增生	(113)
第五章 外阴恶性肿瘤的手术治疗	(125)
第一节 外阴浅表性浸润癌	(125)
第二节 外阴鳞状细胞癌	(130)
第三节 外阴恶性黑色素瘤	(162)
第四节 外阴疣状癌、基底细胞癌、腺癌、肉瘤	(169)
第六章 阴道恶性肿瘤的手术治疗	(175)
第一节 阴道鳞状细胞癌	(175)
第二节 阴道透明细胞癌、肉瘤、内胚窦瘤、黑色素瘤	(180)
第七章 子宫颈癌的手术治疗	(188)
第一节 子宫颈早期浸润癌	(188)
第二节 子宫颈浸润癌	(198)
第三节 子宫颈小细胞癌	(270)
第四节 子宫颈癌合并妊娠的处理	(272)

第八章 子宫体恶性肿瘤的手术治疗	(282)
第一节 子宫内膜癌	(282)
第二节 子宫肉瘤	(318)
第九章 卵巢恶性肿瘤及原发性腹膜肿瘤的手术治疗	(338)
第一节 上皮性卵巢癌	(338)
第二节 上皮性交界性肿瘤	(399)
第三节 原发性腹膜肿瘤	(408)
第四节 卵巢恶性生殖细胞肿瘤	(411)
第五节 卵巢性索间质肿瘤	(421)
第六节 卵巢肉瘤	(425)
第七节 卵巢小细胞瘤	(429)
第八节 卵巢转移性癌	(431)
第九节 卵巢肿瘤合并妊娠的处理	(435)
第十章 输卵管及阔韧带恶性肿瘤的手术治疗	(458)
第一节 原发性输卵管癌	(458)
第二节 原发性输卵管绒毛膜癌、肉瘤及转移癌	(461)
第三节 阔韧带恶性肿瘤	(462)
第十一章 恶性滋养细胞肿瘤的手术及其他治疗	(465)
第一节 概述	(465)
第二节 病理分类、扩散方式、临床分期	(465)
第三节 治疗原则	(466)
第四节 手术治疗	(467)
第五节 化学治疗	(471)
第六节 辅助放射治疗	(473)
第七节 预后及预后因素	(474)
第十二章 盆腔脏器切除术	(477)
第一节 盆腔脏器切除术的作用	(478)
第二节 术前评价手术切除的可能性	(478)
第三节 手术方式、适应证、手术范围及手术方法	(480)
第四节 手术并发症及盆腔残腔的处理	(492)
第五节 疗效	(494)
第六节 术后管理	(496)
第七节 禁忌证	(496)
第十三章 整形手术	(499)
第一节 外阴成形术	(499)
第二节 阴道成形术	(504)
第三节 其他整形术	(511)
第十四章 妇科肿瘤中的尿流改道术	(514)
第一节 尿流改道的一般原则及适应证	(514)

第二节	手术方式的选择	(515)
第三节	最常用的非可控性膀胱替代方式	(516)
第四节	可控性尿液改道术	(518)
第五节	原位尿流改道	(524)
第十五章	手术后病人的管理	(526)
第一节	手术后的一般处理	(526)
第二节	危重病人监护	(534)
第十六章	盆腔根治术并发症及处理	(544)
第一节	手术损伤	(544)
第二节	出血	(554)
第三节	肠梗阻	(559)
第四节	膀胱功能障碍	(561)
第五节	性功能障碍	(564)
第六节	淋巴囊肿	(565)
第七节	感染	(566)
第十七章	妇科肿瘤内镜手术	(573)
第一节	概述	(573)
第二节	特殊设备	(574)
第三节	术前准备、评估及病人体位	(574)
第四节	腹内探查	(575)
第五节	腹腔镜全子宫切除术	(576)
第六节	腹腔镜协助下经阴道切除子宫	(579)
第七节	腹腔镜下广泛子宫切除加盆腔淋巴结切除术	(583)
第八节	腹腔镜下腹主动脉旁淋巴结切除术	(588)
第九节	腹腔镜并发症	(590)
附录	(592)
附录 I	癌症相关性评价量表	(592)
附录 II	疾病特异性问卷示例	(593)
附录 III	症状特异性问题示例	(594)
附录 IV	一般性量表示例	(595)

第一章 妇科肿瘤手术解剖学

第一节 腹前壁及女性股前区解剖

(一) 腹前壁

1. 局部解剖 腹壁有明显标志有肋缘、剑突、半月线(对应于腹直肌侧缘)、脐、髂前上棘、腹股沟皱襞及耻骨,根据这些标志,可将腹部分为4个象限,9个区域(图1-1)。9个区指左、右季肋区,左、右外侧(腰)区,左、右腹股沟(髂)区以及腹上区、脐区、耻(腹下)区。许多妇女在脐耻间中线处有一色素沉着条纹,在妊娠期及口服避孕药时,由于受激素的影响,条纹的色泽可变深。幽门横切面及脐横切面在图1-1未予显示。幽门横切面在相当于L₁和L₂椎间盘水平横切腹部,脐横切面则与L₃、L₄椎间盘在同一水平。

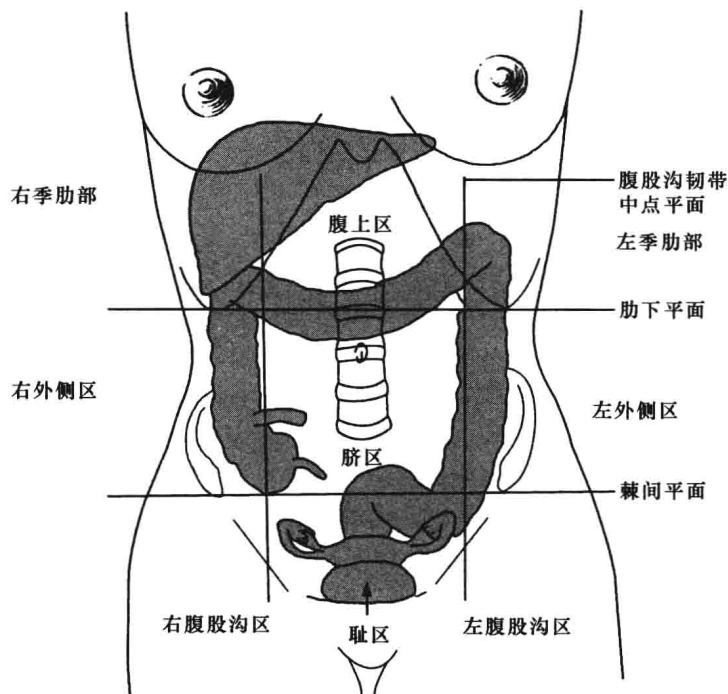


图1-1 局部解剖标志的腹部分区

2. 构成腹壁的层次可因部位不同而有所变化,但总的来说有皮肤、浅筋膜、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌及腱膜、腹横筋膜、腹膜外脂肪、壁层腹膜、腹直肌占据腹前壁中半部分。

(1) 浅筋膜(Camper筋膜):浅筋膜位于皮肤与深筋膜之间(即在皮肤和腹外斜肌腱膜间),含有数量不等的脂肪。浅筋膜在下腹部可形成发育不良的结缔组织,称为 Scarpa 筋

膜。它通常靠近腹外斜肌腱膜。脐以上部位的腹前壁的浅层淋巴管回流到腋窝淋巴结,在脐以下的则注入腹股沟淋巴结。Scarpa 筋膜越过腹股沟韧带,在其下方 2cm 处与 Lata 筋膜(阔筋膜)和筛筋膜融合在一起(图 1-2)。

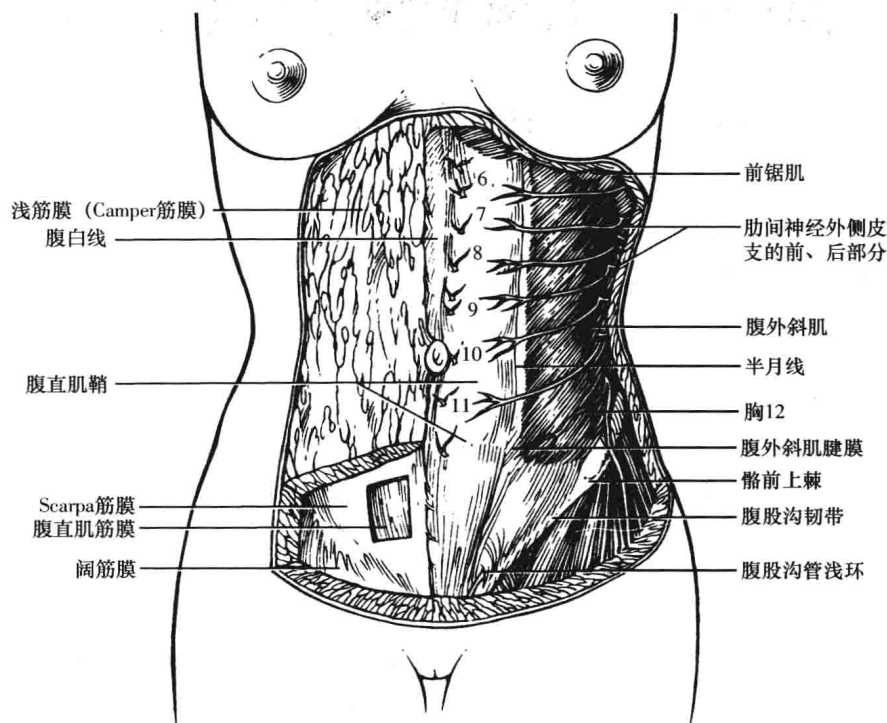


图 1-2 腹前壁浅层

(2) 肌肉腱膜层:腹壁是由起自腰背筋膜、髂嵴、腹股沟韧带及下 6 个肋骨的三层肌肉腱膜所组成(图 1-2 ~ 图 1-4),习惯上认为是单独一层,实际上这三层肌肉的腱膜是双层的,并与对侧的腱膜相交叉。腹外斜肌纤维从背到腹侧斜向下走行,腹内斜肌纤维斜向上向内,而腹横肌纤维则横向走行。除了在下腹部外,后两组肌纤维与腹外斜肌纤维趋于平行。这些肌肉均通过其腱膜附着于腹白线上。腹内斜肌腱膜不覆盖上腹部。另外,这一肌肉腱膜组织可使腹壁适应由于空腔器官的充盈或排空以及呼吸所引起的腹腔内容积的频繁变化。

(3) 腹横筋膜:腹横筋膜是盆、腹腔筋膜的组成部分,位于腹前壁,大部分附着于腹横肌及腱膜的内表面,并与骨盆内、横膈以及腹后筋膜相延续。

(4) 腹直肌及腹直肌鞘(图 1-2 ~ 图 1-4):腹直肌为成对的纵向条状肌肉,位于腹中线(腹白线)两旁,分别被包在 3 组前外侧群腹肌的腱膜内。在脐以上部位,腹直肌内侧缘被腹白线分开约 1cm,分叉绕过脐部以后,在下腹部则相互靠紧或甚至重叠在一起。腹直肌起自下肋骨和剑突,通过短腱附着于耻骨。腹直肌上有 3 ~ 4 条横行腱带(腱划),紧贴在腹直肌前鞘上。其中一条腱带位置固定在脐部水平,另两条位于脐和剑突之间,第四条常位于脐和耻骨联合之间。在腹上区,腹直肌前鞘由腹外斜肌腱膜构成,后鞘由腹横肌及其腱膜构成,但不包括腹内斜肌腱膜,因为它只与下 3 根肋骨相连。上腹部以下到弓状线,腹直肌前鞘是由腹外斜肌腱膜及腹内斜肌腱膜前层愈合而成,或者由腹内、外斜肌腱膜及腹横肌

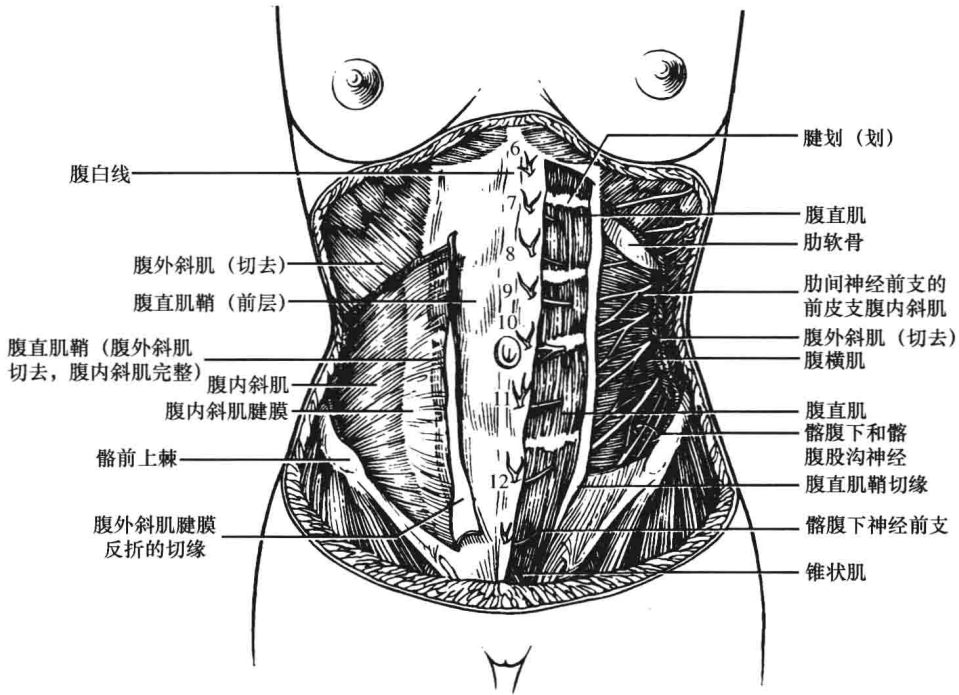


图 1-3 腹侧壁深层

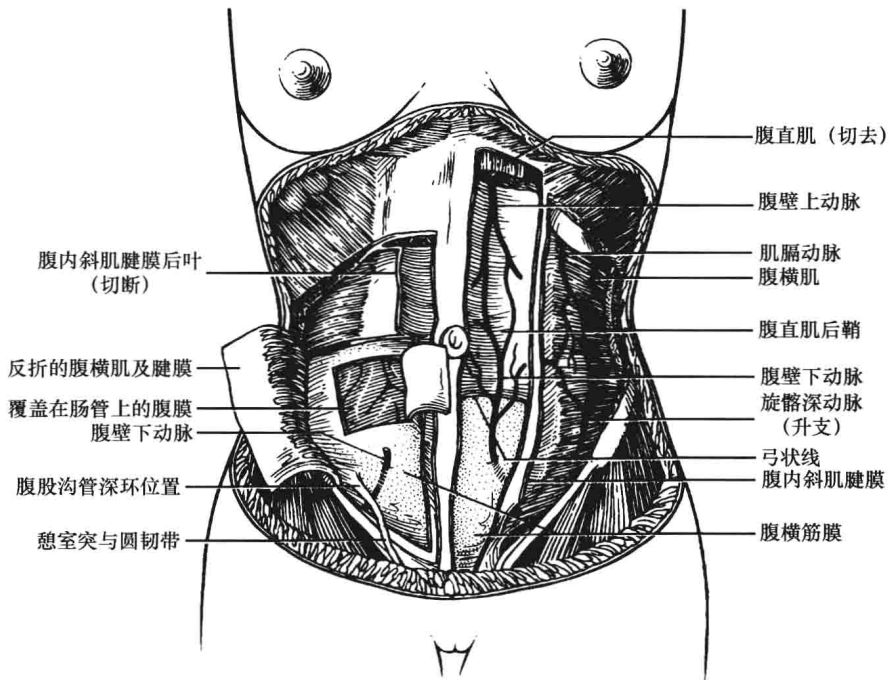


图 1-4 腹前壁最深层

腱膜的前层组成。在弓状线以下,三层肌肉的腱膜均转至腹直肌前面。从上腹部到脐下5cm,腹直肌后鞘由腹内斜肌腱膜后叶及腹横肌腱膜构成。这样形成的腹直肌后鞘的下缘称为弓状线或半环线,通常是一个恒定的解剖结构。在弓状线以下,腹内斜肌腱膜和腹横肌腱膜全部都前移到腹直肌前面,仅有变细的腹横筋膜与腹直肌后面相贴。

成对的小锥状肌(因形状而得名)的基底部附着在耻骨上,位于腹直肌前鞘内。其内侧边即为腹前壁中线,腹直肌的内侧缘在此处会合于腹白线。锥状肌的功能是增加腹白线的张力,但不是持续性增加。

(5) 腹股沟韧带与腹股沟管:腹股沟韧带是腹外斜肌腱膜增厚的下缘,它从髂前上棘延伸至耻骨结节。股外侧皮神经、股神经、股动脉和静脉、股管以及髂腰肌在腹股沟韧带下穿过,旋髂浅血管。腹壁浅血管及阴部外浅血管在其上方越过(图1-5、图1-6)。

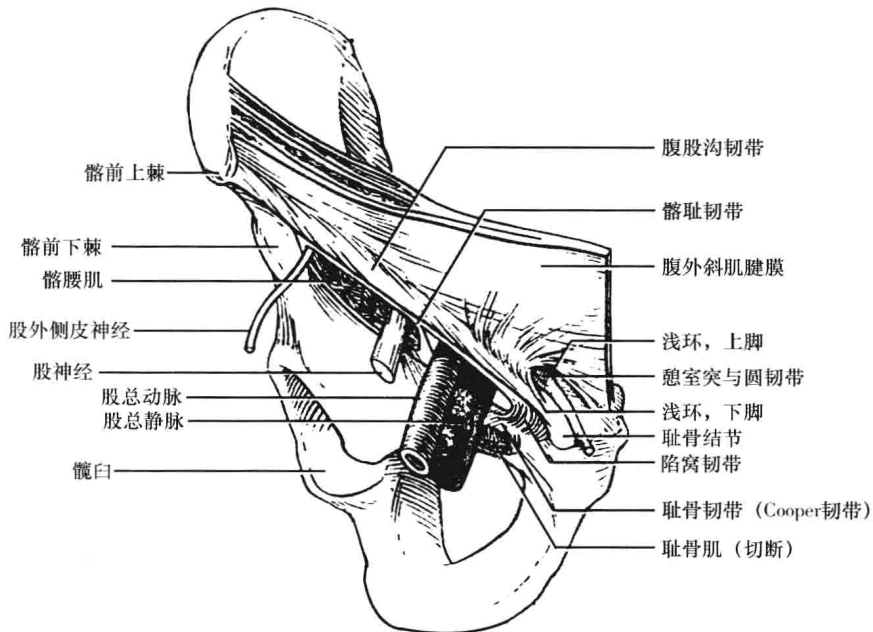


图1-5 腹股沟韧带和腹股沟下腔隙的内容物

腹股沟管行于腹股沟韧带上方并与其相平行,其管道连接腹膜前和下腹前壁的皮下层(图1-5~图1-7)。腹股沟管起始于腹横筋膜处的腹股沟管深(内)环,经腹壁斜行3~5cm,止于腹外斜肌腱膜处的腹股沟管浅(外或皮下)环。形似三角的外环位于耻骨结节稍外上方,内侧面开放,腹外斜肌筋膜构成其上、下脚,从而描绘出环边的外形。下脚组成或并入腹股沟韧带的中间部分,它到邻近的耻骨上支的表面(即耻骨梳)股管内侧的三角形反折,称为陷窝韧带。贴附于耻骨梳内侧缘,与陷窝韧带密切联系的耻骨韧带,也可能衍化于腹股沟韧带(图1-5)。

腹股沟管的前壁由腹外斜肌腱膜构成,在它的外侧部分为腹内斜肌,下壁内2/3由腹外斜肌腱膜和陷窝韧带构成,后壁由腹膜、腹膜前组织及腹横筋膜组成,其内侧为腹直肌腱,在腹股沟管上方的腹内斜肌和腹横肌弓,形成腹股沟管的上壁。在腹股沟管的外侧部,腹内斜肌分出部分肌纤维即辜提肌到憩室突,并随其穿过腹股沟管。腹横肌腱膜或腱的内下

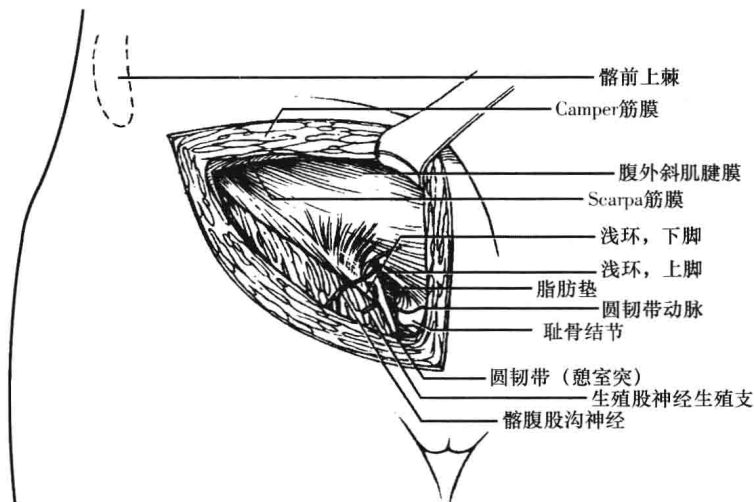


图 1-6 腹股沟浅环的详细图解

侧部分称为联合腱,向下弯曲到外环的后面,附着在外环后面的耻骨梳上。然而,有时它融合覆在腹内斜肌腱膜上面,形成真正的联合腱,也可附着在腹白线上。腹股沟或 Hesselbach 三角的两边是由腹直肌外侧缘及从髂外动脉远侧向上转行至腹直肌后面的腹壁下动脉(静脉伴随)构成的,三角的底边是由耻骨韧带和耻骨组成(图 1-6、图 1-7)。

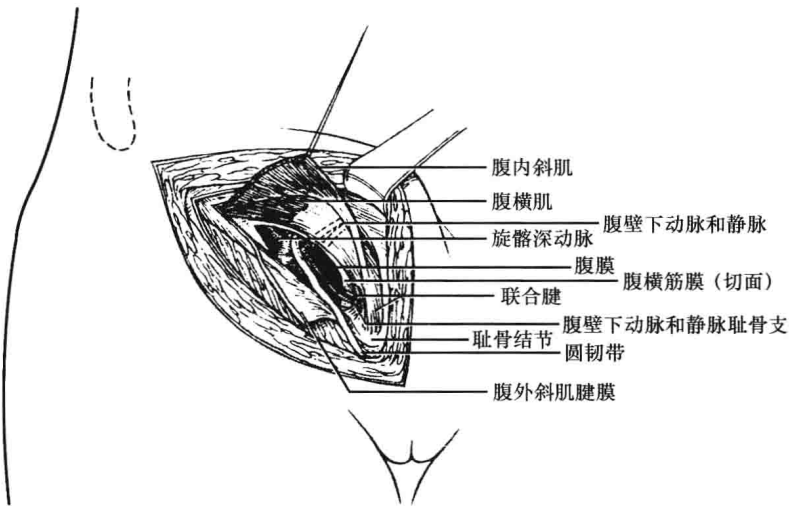


图 1-7 腹股沟管的肌肉、腱膜及筋膜层

在女性,腹股沟管内有憩室突(为一含有腹膜前脂肪的发育不良的结构)、圆韧带、生殖股神经的生殖支(同圆韧带一同进入腹股沟管)、髂腹股沟神经、淋巴管以及圆韧带动脉通过,它们均被围在衍生于腹横筋膜的薄膜似的鞘内。圆韧带在从腹股沟外环出来后,弥散附着在阴阜上和大阴唇脂肪垫的细小纤维中,或可终止在腹股沟管内,与腹股沟管壁融合。髂腹股沟神经从腹内斜肌和腹外斜肌腱膜之间出来,就进入腹股沟管。腹膜憩室即腹膜鞘突,可能源于胚胎学的发育,如果它与腹腔连通,病人则易发生腹股沟斜疝,如果与腹腔的

连接消失,液体蓄积可形成囊肿,多数囊肿常位于腹股沟浅环的外面。

3. 血液供应见图 1-4。腹直肌的动脉供应,上部来自腹壁上动脉(出现在第 7 肋软骨下面的乳房内或胸廓内动脉的分支),下部来自腹壁下动脉(髂外动脉的分支)。最初两者均位于腹直肌的后表面,前者在进入腹直肌之前,仅运行一短距离。腹壁下动脉接近肌肉的外侧部,并顺序供应距离脐部 1/2 ~ 2/3 中心部位的血供,然后常在弓状线水平进入腹直肌。腹壁肌肉腱膜层的血供也来源于肌膈动脉,系胸廓内动脉的分支,其外侧走行到半月线,与旋髂深动脉的升支吻合。位于腹横肌和腹内斜肌之间的这些血管相互吻合,肋下动脉和腰动脉亦相互吻合。腹部皮肤和皮下组织的血液供应除来自上述血管外,还来自腹血管系统的腹壁浅、旋髂浅和阴部外浅动脉。

4. 神经腹前壁各层包括腹直肌由 T₆ ~ T₁₂ 的胸(肋间)神经的前支(腹侧的)支配。在胸壁内,神经分成前皮支和外侧皮支。外侧皮支透过肌肉,分成后、前两支,后支到背部皮肤,前支到前外侧腹部皮肤。前皮支在腹横肌和腹内斜肌之间进入腹壁并稍微向下,在从后外侧方向穿入腹直肌鞘后,前皮支进入腹直肌后面并分成内侧及外侧支。内侧及外侧支也分出前支,穿过肌肉和筋膜,支配覆在其上面的皮肤。由于此种排列,全部或部分肌肉没有去神经的腹直肌不能被纵向分离,腹直肌外侧也不能游离。腹横肌腱膜的深部分离应避免开腹直肌的神经供应,一个重要的关系是为了腹膜后外科手术切口,例如行宫颈癌分期手术时。至于皮神经分布,邻近的神经区域全部有神经重叠。

L₁ 的前支,在接收 T₁₂ 的一个分支后,分开形成髂腹下神经和髂腹股沟神经,与肋间神经一起按顺序排列,走行在腹内斜肌和腹横肌之间,经过髂前上棘后,穿入腹内斜肌。然后髂腹下神经穿入腹外斜肌筋膜,供应中线皮肤组织,而髂腹股沟神经则在腹股沟管连接憩室突,供应大阴唇。在下腹部横切口所形成的瘢痕组织中,这些神经可受损伤或陷入困境,产生慢性神经性病变。

(二) 女性股前区

股部前上方借腹股沟与腹部分界,后方以臀沟与臀区分界,内侧主要以股沟与会阴分

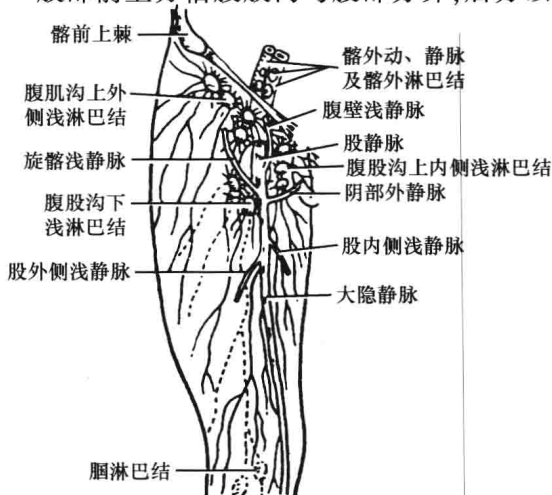


图 1-8 大隐静脉和腹股沟淋巴结分布

界,股部的下界,为经髌底上方两横指处的环行线,由股骨内、外上髁各作一纵行线,将股部分为股前区及股后区。

1. 浅层结构 股前区内侧缘的皮肤较薄,移动性大,而外侧缘皮肤较厚,移动性小。此区浅筋膜内含脂肪较多,在近腹股沟处分为脂肪层和膜样层,分别与腹前壁的 Camper 筋膜和 Scarpa 筋膜相延续。膜样层在腹股沟韧带下方约一横指处,附着于阔筋膜。内有皮神经、浅血管、浅淋巴管及浅淋巴结等(图 1-8)。

(1) 大隐静脉:为全身最长的浅静脉。起自足背静脉弓的内侧端,经内踝前方沿

小腿内侧上行,继续经胫骨与股骨内侧髁后部至大腿内侧,逐渐行向前上,最后在耻骨结节下外方3~4cm处,穿隐静脉裂孔汇入股静脉。该部大隐静脉与股内侧皮神经伴行。

大隐静脉在隐静脉裂孔附近有5条属支:①旋髂浅静脉,起自髂前上棘附近浅层的小静脉。②腹壁浅静脉,起自脐以下腹壁浅层的小静脉。③阴部外静脉,生殖器浅层的小静脉。④股内侧浅静脉,起自股内侧缘浅层的小静脉。⑤股外侧浅静脉,起自股外侧缘浅层的小静脉。

(2) 腹股沟浅淋巴结:沿大隐静脉及其属支走行的浅淋巴管,收纳相应区域的淋巴,最后均注入腹股沟深淋巴结。腹股沟浅淋巴结8~10个,分为3组。腹股沟上内侧浅淋巴结和腹股沟上外侧浅淋巴结,沿腹股沟韧带下方排列,收纳脐以下腹壁、臀区、会阴、外生殖器及肛门等处的浅淋巴;其输出管穿深筋膜上行注入髂外淋巴结。腹股沟下浅淋巴结沿大隐静脉末端两侧呈纵向排列,收纳下肢大部分的浅淋巴及臀区、会阴的部分淋巴,其输出管注入沿股静脉周围排列的腹股沟深淋巴结和髂外淋巴结。

(3) 神经:该区神经主要有髂腹股沟神经及生殖股神经的股支、股神经前皮支和闭孔神经皮支。

2. 深层结构

(1) 阔筋膜:为股部的深筋膜,是全身深筋膜最厚的部分。上方附着于腹股沟韧带与髂嵴,下方与小腿深筋膜相续。阔筋膜在股外侧缘的纵行纤维显著增厚呈带状,称髂胫束,其上端借臀筋膜连于髂嵴,向下附着于胫骨外侧髁。阔筋膜在耻骨结节下外方3~4cm处形成一个卵圆形的薄弱区,称隐静脉裂孔,其表面覆盖一层有多孔的疏松结缔组织膜,称筛筋膜。

(2) 骨筋膜鞘:阔筋膜向深面分别发出股内外侧及股后三个肌间隔,伸入肌群间,附着于股骨粗线,形成前、内、后三个骨筋膜鞘,容纳相应的肌群、血管和神经。①前骨筋膜鞘有股前肌群,股动、静脉,股神经及腹股沟深淋巴结等。②内侧骨筋膜鞘有股内侧肌群,闭孔动、静脉及闭孔神经等。其中股前肌群与股内侧肌群浅层肌在腹膜外淋巴清扫术中有重要意义,现介绍如下(图1-9)。

1) 缝匠肌:位于大腿前面及内侧面的皮下,为全身最长的肌肉,为细长的带形肌。在腹股沟韧带及阔筋膜张肌之间起自髂前上棘,肌纤维自外上方斜行向内下方,绕过股骨内收肌结节的后方至小腿,止于胫骨粗隆,胫骨前嵴上端的内侧和小腿筋膜。

2) 耻骨肌:为长方形的短肌,位于大腿上部前面的皮下,髂腰肌的内侧,长收肌的外侧,其深面紧贴短收肌和闭孔外肌。此肌为股三角的后壁,并与髂腰肌共同形成髂耻窝。起自耻骨梳和耻骨上支,肌束斜向后下外方,绕过股骨颈向后,借扁腱止于股骨小转子以下的耻骨肌线。

3) 长收肌:位于大腿上部前内侧的皮下,耻骨肌的内侧,上部居短收肌的前面,下部居大收肌的前面,为一长三角形的扁肌,构成股三角的内侧界。以短腱起自耻骨体和耻骨上支前面上部,肌束斜向外下方,逐渐移行于宽阔的扁腱,止于股骨粗线内侧唇中1/3。

4) 股薄肌:位于大腿最内侧皮下,覆盖大收肌,为带状长肌,与长收肌起点并列,借宽腱起于耻骨下支的前面(耻骨联合附近)。肌束向下移行于长腱,经股骨内上髁和膝关节后方的内侧,在缝匠肌肌腱的深面止于胫骨粗隆内侧。