维普资讯 http://www.cqvip.com

体解剖学，第1版，北京：人民卫生出版社 1976：800～803。

ANATOMICAL STUDY OF PROSTATIC POSTION AND ITS IMPLICATIONS

SHAN Yun-Guan, YAO Ban, WEI Huan-Ping, LIU Wen-Biao, CHEN Jin-Yuan

Anatomy Teaching and Research Section, Chinese people's Armed-Police Forces Medical Academy Tianjin 300162, China

1000 men who traveled a long way by bicycle for long time have been investigated. Hyposexuality and high morbidity of senile prostatomegaly were revealed. 15 male adult cadavers, 30 laterals, were dissected. The middle point lies between the anterior margin of anus and the root of penis was named perineum point, the distance between this point and the inferior margin of bulbus urethrae is 23.5±12.4mm ($\bar{X}$+SD), between the inferior margin of bulbus urethrae and the inferior margin of prostate is 21.1±6.1mm, between the inferior margi of prostate and vesical trigone is 31.1±5.8mm, the grand total is 75.9±16.7mm high. This is the line which being oppressed of corpus cavernosums and prostate while go by bicycle.

KEY WORDS hyposexuality; perineum point; prostate.

(4)

7-9

大腿上端动脉的解剖学变异研究

浙江医科大学杭州分校解剖学教研室 **田菊霞** **柴东乔**

（浙江杭州，邮政编码310012）

R323.72

〔**提要**〕本文通过检测和统计48例大腿上端尸体动脉的局解所示，发现股动脉起点位于腹股沟韧带中点偏内1～1.2cm者占66.7%，在临床应用中应以棘——联合径中点作为股动脉的体表标志则差误较小；股深动脉起点的位置有四种不同类型，其距腹股沟韧带中点平均为40.63mm；此外，旋股内、外侧动脉，穿动脉均有不同程度的差异，而以旋股外侧动脉为甚。在临床血管外科应用中值得重视。

〔**关键词**〕大腿；动脉；解剖学；变异。

动脉的解剖学变异涉及到手术、穿刺、插管等临床实践。为此，我们对股深动脉的分支与延伸分布中的变异作了检测，并按解剖学方法予以分类。分述于下。

材料与方法

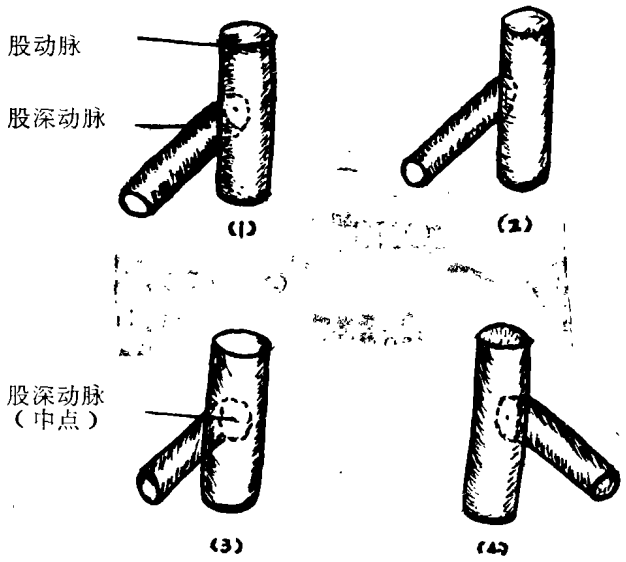
取成年人尸体24具，其中男性21具，女性3具，双侧均检测，共48例标本。以腹股沟韧带中点为检测定点。按层次解剖法切开皮肤后，清理皮下组织并逐层分离保持动脉的完整性。此后，用游标卡尺、双脚规等进行各项测定，予以记录。

检测结果

一、股深动脉

在48例中股深动脉起点距腹股沟韧带中点平均40.63mm（24.5～71mm），而87.2%在腹股沟韧带中点30～69mm之间发出，外径3.8～10mm，平均5.3mm，而72%起于腹股沟韧带中点30～60mm之间，起点在股动脉后外侧壁者有10例占41.7%；在股动脉外侧壁者8例占33.3%；在后壁4例占16.6%；在后内侧壁者2例占8.4%，在我们的调查标本中没有发现从内侧壁或前壁发出的。股动脉起始部外径在7.8～15.4mm，平均11.78mm±2.98mm，见图1。

维普资讯 http://www.cqvip.com



（1）后外侧壁41.7%　（2）外侧壁33.3%　（3）后壁16.6%　（4）后内侧壁8.4%

图1. 48例大腿股深动脉起点的类型

二、旋股外侧动脉

旋股外侧动脉起点变化很大，从股深动脉分出时，起点距股深动脉是18.65mm（中点）。旋股外侧动脉分支从起点12.3mm（中点）2支者占12.6%，大部分为1支，旋股外侧动脉外径平均是3.45mm±1.79mm（1.9～6.5mm）其中直接发自股动脉有2例占8.4%。旋股外侧动脉距腹股沟韧带中点平均28.65mm（图1）。

三、旋股内侧动脉

旋股内侧动脉起于股深动脉者83.2%，起于股深动脉近侧16.8%，分支在股深动脉上方平均38.66mm（中点），和股深动脉共同起点者4%，旋股内侧动脉外径平均是2.7mm±1.6（1.1～4.5mm）。

四、穿动脉

穿动脉的平均数是3支（2～5支），第1穿动脉起自距股深动脉3.54cm（中点）发出，距腹股沟韧带中点8.1cm，第2穿动脉起点距第1穿动脉5.7cm（中点），距腹股沟韧带中点10.7cm，第3穿动脉起点距第2穿动脉8.3cm（中点），距腹股沟韧带中点12.8cm。

五、股动脉起点与体表定位关系

临床在股部进行采血、局麻、特别是经皮穿刺股动脉进行插管时尤需熟悉此一解剖关系。为此，我们分别测量了：1.髂前上棘与耻骨结节连线（棘——结节径），平均值为12.04cm。2.髂前上棘与耻骨联合上缘中点连线（棘——联合径）平均值为14.7cm。与马氏报导相仿〔1〕。

股动脉位于棘——联合径中点深方者有16例，占66.7%。如果以腹股沟韧带中点作标志为股动脉起点定位，则应向内偏移1～1.2cm，否则股动脉搏动较难触及，施行股动脉插管，股神经局麻，股静脉采血等都将发生较大的误差〔2〕。

全部标本所见在腹股沟韧带中点深面，由外向内依次排列为股神经、股动脉、股静脉与传统的提法确切无疑。

讨　论

临床上，以腹股沟韧带中点作为股动脉体表定位的标志进行诊治，过去在国内曾有造成死亡事故的报导，应引以为戒。股动脉起点的体表定位应以棘——联合径中点作为依据较为确切。

有关股深动脉的变异文献中已有述及，诸如无股深动脉（Lipshutz，1916）、双条股动脉（Aqsar，1938）、发自股动脉和旋股内侧动脉的穿动脉（Lipshutz，1916）和股深动脉在股

维普资讯 http://www.cqvip.com

血管前面通过（Johustone，1912）等[3]。

综合上述的文献报导，描写股深动脉和旋股动脉的差异有9种类型，为了在外科手术中会遇到的不同类型情况探索鉴别的方法。我们分离、测量、统计了股深动脉，旋股内、外侧动脉，穿动脉的起点、侧别、类型等。在我们的解剖所见旋股外侧动脉的起点有较大的变异，并在同一尸体上两侧之间也存在明显差异。旋股内侧动脉的起点比旋股外侧动脉水平高，在临床动脉手术中这些变异甚为常见[4]，[5]。虽然，也有人提到它们的重要性，但这些分支相对小些，而在股深动脉循环支中所起作用的看法仍存在一些分歧。

参考文献

1.马富.临床解剖学杂志 1987；5（1）：33.

2.周宾.解剖学杂志 1986；9（增刊）：159.

3.Siddharth，N，L.smtth，R·A·Mason，Andgiron·F The Anatomical Record 1985；212：206～209.

4.韩立民，等.解剖学杂志，1986；9（增刊）74.

5.刑子英，等.解剖学杂志，1986；9（增刊）75.

回肠羊角式可控低压膀胱在尿流改道术中应用3例

鞍山市第三医院泌尿外科 荆延有 张朋华 段玉林

（辽宁鞍山，邮政编码114031）

[提要] 膀胱全切后尿流改道术一直是泌尿外科研究的课题。回肠羊角式可控抵压膀胱是在膀胱全切后取回肠一段，纵行剖开，U型缝合，输尿管植于两角，U底部直接和尿道吻合。其优点是接近生理，不带尿袋子，便于护理，且为低压不致尿液反流，无高氯血症。我们共做3例，效果满意。

[关键词] 回肠羊角式可控低压膀胱；回缩；脱出；定时排尿。

膀胱全切后尿流改道术，一直是泌尿外科的研究课题。我院1990～1991年，共对3例膀胱全切患者、采用了回肠膀胱直接与尿道吻合“回肠羊角式可控低压膀胱”效果满意，现介绍如下。

手术方法：在根治性膀胱全切后；距回盲部20～30处截取回肠段约35cm（备代膀胱用）。吻合回肠两端、重建肠道连续性。截取的回肠段，于系膜对侧，两端各保留约7.5cm，纵行切开约20cm。然后用甲硝硅液反复冲洗肠道，用干纱布沾按肠壁内侧粘膜，破坏肠壁细胞减少粘液分泌。将肠管折成U字型、用000肠线连续锁边缝合后壁全层，1号丝线浆肌层加固。距肠段断端边缘约1cm处各用4号丝线浆肌层荷包缝合，先不收紧，肠端套入肠管内约3～4cm反折。将输尿管由套入的回肠腔内穿入，用于6～8号树脂导尿管做支架，适度收紧荷包线，输尿管断端与套入肠端吻合。如肠端孔隙过大，可用肠线部分闭锁；以不漏为原则并注意防止输尿管口狭窄。再用1号丝线将输尿管外膜与套入肠管反折顶部浆肌层间断缝合固定，防止套入肠管回缩和输尿管脱出。之后在U型肠管底部剪～0.7cm小孔用0000肠线与尿道残端吻合6～8针。经尿道放置一根F18号foleys管，充水30ml±。输尿管支架管在肠管两侧各选一孔直接穿出腹壁。缝合U型回肠膀胱前壁、浆肌层加固。置于腹膜外。完成回肠羊角式低压膀胱。关闭腹腔。术后5天间断冲洗Foley's管，术后12天拆除输尿管支架管，14天拆除Foley's管，患者自行排尿。

临床资料：患者：3例。均为男性平均年龄62岁，均为膀胱癌、膀胱根治性全切除。行回肠羊角式低压膀胱术。术后8天拆线，切口一期愈合，无感染、无尿瘘、2例术后有尿失禁，半月后逐渐恢复正常，3例病人术后均无尿液感，经提肛肌训练定时排尿，术后一个月均能控制排尿。

讨论：尿流改道早在1852年Simon首次利用肠管为膀胱外翻患者行尿流改道，1911年Coffey介绍了输尿管肠道抗反流术后，输尿