

全国高等学校医学规划教材配套用书

本科生复习助手  
研究生入学考试必备  
同等学力入学考试参考

# 局部解剖学学习指导

主编 王怀经

重 点 解 析  
难 点 释 疑  
考 点 强 化



高等教育出版社  
Higher Education Press

全国高等学校医学规划教材配套用书

# 局部解剖学学习指导

主 编 王怀经

副主编 应大君

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁文龙 教授(上海第二医科大学)

王 玮 教授(福建医科大学)

王怀经 教授(山东大学)

迟焕芳 教授(青岛大学)

应大君 教授(第三军医大学)

李振中 教授(山东大学)

李振华 教授(山东大学)

赵玲辉 教授(哈尔滨医科大学)



高等教育出版社

Higher Education Press

## 内容提要

《局部解剖学学习指导》是由高等教育出版社出版的、全国高等学校医学规划教材《局部解剖学》的配套教材。全书分为上、下两篇。上篇为病例分析。对《局部解剖学》教材中,每章之后所附病例进行了深入讨论和分析;将临床疾病与局部解剖学知识密切结合,理论联系实际,进一步巩固所学局部解剖学知识。下篇为复习备考测试题:共有试题1200余道,包括名词解释、选择题、填空题和问答题4种类型,其中选择题又分A<sub>1</sub>型、A<sub>2</sub>型、B型、C型和X型5种题型,可供学生全面系统地复习所学知识。模拟试卷附于书末,共8套。每套模拟试卷中均包含上述各类题型,综合测试学生掌握所学知识的广度和深度,以及应试的能力。所有测试题,包括模拟试卷均附有参考答案。

本教材的编写是以高等教育出版社出版的《局部解剖学》为依据,与其内容紧密结合,二者相辅相成,互为依存,同为学习局部解剖学的理想教材。

本教材主要供临床、基础、预防、护理、口腔、药学等专业学生学习局部解剖学和复习、备考之用,也可作为人体解剖学教师指导学生之用。

## 图书在版编目(CIP)数据

局部解剖学学习指导/王怀经主编. —北京:高等教育出版社,2004.6

ISBN 7-04-014144-2

I. 局... II. 王... III. 局部解剖学-医学院校-教学参考资料 IV. R323

中国版本图书馆CIP数据核字(2004)第030740号

策划编辑 刘晋秦 责任编辑 田 军 封面设计 张 楠  
版式设计 马静如 责任校对 杨雪莲 责任印制 陈伟光

出版发行 高等教育出版社  
社 址 北京市西城区德外大街4号  
邮政编码 100011  
总 机 010-82028899

购书热线 010-64054588  
免费咨询 800-810-0598  
网 址 <http://www.hep.edu.cn>  
<http://www.hep.com.cn>

经 销 新华书店北京发行所  
印 刷 北京民族印刷厂

开 本 787×1092 1/16  
印 张 13.75  
字 数 330 000

版 次 2004年6月第1版  
印 次 2004年6月第1次印刷  
定 价 19.00元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

# 前 言

《局部解剖学学习指导》是由高等教育出版社出版的、全国高等学校医学规划教材《局部解剖学》的配套教材。主要供临床、基础、预防、护理、口腔、药学等专业学生学习局部解剖学和复习、备考之用,也可作为人体解剖学教师指导学生之用。

全书分为上、下两篇。上篇为病例分析。对《局部解剖学》教材中,每章之后所附病例进行了深入讨论和分析;将临床疾病与局部解剖学知识密切结合,理论联系实际;充分体现了局部解剖学是基础医学与临床医学之间的桥梁课程;将大大增强学生学习局部解剖学的兴趣,并进一步巩固所学局部解剖学知识。下篇为复习备考测试题。共有试题 1200 余道,包括名词解释、选择题、填空题和问答题 4 种类型,其中选择题又分 A<sub>1</sub> 型、A<sub>2</sub> 型、B 型、C 型和 X 型 5 种题型,可供学生全面系统地复习所学知识。模拟试卷附于书末,共 8 套。每套模拟试卷中均包含上述各类题型,综合测试学生掌握所学知识的广度和深度,以及复习备考的水平。另外,所有测试题,包括模拟试卷均附有参考答案。

本教材的编写是以高等教育出版社出版的《局部解剖学》为依据,与其内容紧密结合,二者相辅相成,互为依存,同为学习局部解剖学的理想教材。

本教材由《局部解剖学》原编写人员共同完成。李振华和李振中教授为书稿的整理、编排做了大量工作,在此表示衷心感谢。

由于我们的能力和水平所限,特别是临床知识的不足,错误和不当之处难免。恳请广大读者和同行批评指正,并提出宝贵意见,为今后的修订提供依据。

王怀经

2003 年 7 月于济南

# 目 录

## 上篇 病例分析

<b>第一章 头部</b> .....	3	<b>第五章 盆部与会阴</b> .....	22
病例一:面神经麻痹(面瘫) .....	3	病例一:良性前列腺增生合并急性尿潴留 .....	22
病例二:三叉神经痛 .....	4	病例二:骨盆骨折合并膀胱破裂 .....	23
病例三:海绵窦栓塞 .....	5	病例三:尿道球部破裂 .....	24
病例四:翼点后方颞鳞骨折并发硬膜外血肿 .....	6	病例四:输卵管妊娠破裂 .....	25
<b>第二章 颈部</b> .....	7	<b>第六章 脊柱区</b> .....	27
病例一:甲状腺舌管囊肿 .....	7	病例一:腰椎间盘突出 .....	27
病例二:甲状腺功能亢进 .....	7	病例二:腰椎穿刺确诊流行性脑脊髓膜炎 .....	28
病例三:急性感染性喉炎并喉梗阻施行气管 切开术 .....	8	病例三:脊髓损伤 .....	29
<b>第三章 胸部</b> .....	10	<b>第七章 上肢</b> .....	30
病例一:乳腺癌 .....	10	病例一:臂丛损伤 .....	30
病例二:肺癌合并肺叶支气管阻塞、肺叶 萎陷 .....	11	病例二:右肱骨中段骨折 .....	31
病例三:食管癌侵及气管 .....	12	病例三:肱骨髁上骨折 .....	32
病例四:肺脓肿 .....	13	病例四:左侧腕管综合征 .....	33
<b>第四章 腹部</b> .....	15	病例五:左掌中间隙感染 .....	33
病例一:腹股沟斜疝 .....	15	<b>第八章 下肢</b> .....	35
病例二:急性阑尾炎 .....	16	病例一:髌关节后脱位 .....	35
病例三:急性肠梗阻 .....	17	病例二:股骨颈骨折 .....	36
病例四:胆石病合并胆道感染 .....	18	病例三:股骨干骨折 .....	37
病例五:胃溃疡急性穿孔 .....	19	病例四:胫腓骨上段骨折 .....	37
病例六:肝门静脉高压症 .....	20	病例五:腓骨骨折合并腓总神经损伤 .....	38
		病例六:左踝管综合征 .....	39

## 下篇 复习测试题

<b>第一章 头部</b> .....	43	<b>【参考答案】</b> .....	49
一、名词解释 .....	43	<b>第二章 颈部</b> .....	55
二、选择题 .....	43	一、名词解释 .....	55
三、填空题 .....	48	二、选择题 .....	55
四、问答题 .....	49	三、填空题 .....	61

四、问答题 .....	62	二、选择题 .....	124
【参考答案】 .....	62	三、填空题 .....	133
<b>第三章 胸部</b> .....	66	四、问答题 .....	134
一、名词解释 .....	66	【参考答案】 .....	134
二、选择题 .....	66	<b>第八章 下肢</b> .....	139
三、填空题 .....	74	一、名词解释 .....	139
四、问答题 .....	75	二、选择题 .....	139
【参考答案】 .....	75	三、填空题 .....	147
<b>第四章 腹部</b> .....	79	四、问答题 .....	148
一、名词解释 .....	79	【参考答案】 .....	149
二、选择题 .....	79	<b>附:模拟试卷</b> .....	153
三、填空题 .....	97	模拟试卷(一) .....	153
四、问答题 .....	98	【参考答案】 .....	159
【参考答案】 .....	99	模拟试卷(二) .....	161
<b>第五章 盆部与会阴</b> .....	106	【参考答案】 .....	166
一、名词解释 .....	106	模拟试卷(三) .....	169
二、选择题 .....	106	【参考答案】 .....	175
三、填空题 .....	112	模拟试卷(四) .....	176
四、问答题 .....	112	【参考答案】 .....	182
【参考答案】 .....	113	模拟试卷(五) .....	184
<b>第六章 脊柱区</b> .....	116	【参考答案】 .....	189
一、名词解释 .....	116	模拟试卷(六) .....	191
二、选择题 .....	116	【参考答案】 .....	197
三、填空题 .....	120	模拟试卷(七) .....	199
四、问答题 .....	121	【参考答案】 .....	204
【参考答案】 .....	121	模拟试卷(八) .....	206
<b>第七章 上肢</b> .....	124	【参考答案】 .....	211
一、名词解释 .....	124	<b>参考书目</b> .....	213

## 上篇

---

# 病例分析

---

本篇内容就《局部解剖学》教材每章之后所附病例进行讨论和分析,重点是将患者所表现的症状和体征与所学局部解剖学的知识相联系;目的是理论联系实际,基础联系临床,增加学习兴趣,巩固所学知识。





# 第一章 头 部



## 病例一： 面神经麻痹(面瘫)

患者女性,18岁,学生;夜间开窗,靠窗而睡,早晨醒来后觉右耳内及耳后疼痛,右侧面部麻木,发胀。起床后发现面部歪斜,变形,右眼不能闭合,说话、进食均有困难,咀嚼时食物滞留于病侧齿颊间隙内,舌前右侧半味觉障碍,患者虽无吞咽困难,但有唾液自右口角流出。

检查见患者右侧面部表情肌瘫痪,表情动作丧失,右侧额纹消失,右鼻唇沟变浅,口角下垂,右眉下垂,右下眼睑松弛下垂。进一步检查发现患者不能皱额、皱眉,右眼不能闭合,鼓腮时右侧唇闭合不紧,不能吹口哨,露齿时嘴歪向左侧。诊断为右侧面神经麻痹。



### 问题：

- 复习面神经的纤维成分、行径及分布。
- 患者为什么会出现眼睑不能闭合和下睑松弛下垂?
- 患者为什么咀嚼时食物会滞留于齿颊间隙内,且病人不能吹口哨?
- 患者为什么露齿时嘴歪向左侧?
- 患者为什么出现味觉障碍?



### 病例分析：

面神经麻痹又称面瘫或 Bell 氏麻痹,后一名称系纪念英国解剖学家和外科医生 Charles Bell,是他于 1821 年首先描述了该病。

此病的确切原因尚未明了。面神经麻痹多由于颞骨岩部面神经管内的面神经发炎所致。发炎时,即使面神经轻度肿胀,也会使面神经纤维受到损伤性压迫。一些学者认为突然的面神经损伤是由于寒冷刺激引起供血的血管收缩缺血所致。本病例出现的运动障碍显示是右侧面神经支配的面肌的功能丧失。面肌数量较多,其随意运动可以做出各种表情,因此,面肌又称为表情肌。一侧大面积面肌瘫痪多是面神经干受损所致。额肌收缩可使额部产生额纹、举眉。颊肌维持颊部的张力和防止食物进入齿颊之间,还可防止颊黏膜在咀嚼时被牙齿咬伤。颊肌瘫痪后这些功能都会丧失。口轮匝肌的整体或部分收缩可使唇前突、噘嘴或拉唇贴近牙齿。许多小的面肌功能障碍也可导致微笑和大笑等表情消失,这些小面肌包括颧肌、笑肌、鼻肌和提上唇肌等,它们都止于皮肤。上述面肌瘫痪后由于对侧面肌功能完好,患者在微笑时口唇被拉向左上方。由于上睑提肌是由未受损的动眼神经支配,因面神经麻痹后眼轮匝肌不能收缩,因此患者即使在睡眠时其右眼眼裂也不能闭合。面神经在面神经管内发出鼓索支,鼓索在面神经出茎乳孔上方约 6 mm

处发出,向前上行进入鼓室,继而穿岩鼓裂出鼓室至颞下窝,行向前下,并入三叉神经的分支——舌神经中,并随其走行分布。鼓索含有味觉和副交感两种纤维,其中味觉纤维随舌神经分布于舌前 2/3 的味蕾,传导味觉冲动。由于右侧面神经受损,因此右侧舌前 2/3 的味觉丧失。考虑到有味觉障碍,面神经损伤的部位应是在发出鼓索支之前的面神经管内。



## 病例二： 三叉神经痛

患者女性,48岁,干部;右下眼睑、右侧鼻颊部和右上唇剧烈刺痛反复发作一年余。发病初期疼痛并不剧烈,发作次数亦不很频繁,而且疼痛仅限于鼻部。后疼痛消失,但2个月后又发作,且疼痛更为剧烈和频繁,呈刺痛,每次发作持续数秒至2分钟,开始和终止都很突然,且扩散至右侧眼裂与口裂之间,咀嚼、饮水、洗脸、刷牙等均可引起发作。为此,患者曾拔掉2个上颌牙齿,但疼痛仍未缓解。

检查见患者无明显阳性体征,各脑神经功能正常,三叉神经感觉无障碍。患者发作时面部呈抽搐扭曲状,其他无异常。诊断为三叉神经第二支上颌神经痛。



### 问题：

- 复习三叉神经的纤维成分、行径和分布。
- 为什么患者拔除上颌牙后仍未终止疼痛?
- 根据所学知识,思考解除三叉神经痛的方法?



### 病例分析：

三叉神经痛为三叉神经一支或多支的感觉分布区的阵发性疼痛。发作特点为持续时间短,发作过后的间歇期可以完全不痛,单侧性,无客观的神经学体征。面部皮肤或黏膜常有激发点或扳机点,轻触此点即可诱发疼痛。三叉神经痛并不致命,但疼痛剧烈难忍,治疗效果并不理想。由于反复发作,常使患者表现极度忧虑和紧张,甚至使患者产生轻生的念头。目前多数情况下找不到确切病因,少数病例系由感染、新生物、毒素、血管或营养等问题引起。

本例为右侧三叉神经的分支上颌神经的神经痛,三叉神经的上颌神经发自三叉神经节的中部,沿海绵窦的外侧壁走行,经圆孔出颅中窝进入翼腭窝,此处可作上颌神经酒精注射以缓解疼痛。

上颌神经有许多分支,其主要分支分布如下:① 颧神经,较细小,在翼腭窝处分出,经眶下裂入眶后分两支,穿过眶外侧壁分布于颧、颞、颊部皮肤;② 上牙槽后神经,自翼腭窝上颌神经主干发出,在上颌骨体后方穿入骨质,与来自眶下神经的上牙槽中、前支吻合形成上牙槽神经丛后,再分支分布于上颌牙齿、牙龈和上颌窦黏膜。因此,本例病人首先是疑患牙疾而要求治疗的;③ 翼腭神经,也称神经节支,为2~3条细小神经,向下连于翼腭神经节(副交感神经节),穿神经节后分布于腭、鼻腔的黏膜及腭扁桃体;④ 眶下神经,为上颌神经主干的终末支,经眶下裂入眶,贴眶下壁向前,经眶下沟、眶下管出眶下孔分数支,分布于下睑、鼻外侧和上唇的皮肤和黏膜,于眶下孔处可作眶下神经酒精注射以缓解疼痛。



### 病例三： 海绵窦栓塞

患者男性,40岁,企业经理;因发高烧,伴剧烈头痛,呕吐2天急诊入院。患者4天前右上唇处有一疔肿,刮脸时不慎刮破,并挤压之;2天前患者发烧并剧烈头痛,呕吐,在家肌注抗生素,但病情未见好转,患者出现烦躁不安和谵妄,家人急送医院。

检查见患者神志尚清,但烦躁,体温 $39.5^{\circ}\text{C}$ ,右侧上唇处有一疔肿,有脓栓,局部红肿,右面颊部肿胀,右侧上、下眼睑和睑结膜及球结膜肿胀,右眼球突出。右眼底视网膜静脉淤血、扩张,视乳头水肿,右眼外肌随意运动消失,眼球活动受限,瞳孔扩大,光反应消失,三叉神经眼支分布区感觉障碍,角膜反射消失。白细胞计数 $20\times 10^9/\text{L}$ ,中性粒细胞为89%。诊断为右侧感染性海绵窦栓塞。



#### 问题:

- 复习海绵窦的位置、穿经结构及交通关系。
- 复习“危险三角”的概念。面部疔肿经何途径感染海绵窦?
- 用所学知识解释该患者的体征和症状。



#### 病例分析:

本例感染始于右侧上唇毛囊疔肿。疔肿为常见疾患,常不为患者所重视,又因其生在面部,有碍形象,患者常有欲去之而后快的心情。上唇有丰富的唇静脉丛,患者挤压疔肿以及有许多静脉穿过的口轮匝肌等唇肌不停地运动都能导致感染的蔓延。感染物首先通过唇部的细小静脉,然后通过唇静脉引起血栓性静脉炎,唇静脉注入面静脉,本例右面静脉有感染性栓塞,触之位于面动脉后外方,似有些发硬。面静脉可通过内眦静脉、眼上静脉与颅内海绵窦交通。感染可由面静脉内的栓子(脱落的血凝块)经上述途径到达海绵窦,最终导致海绵窦感染性栓塞形成,由于面静脉内通常无瓣膜,静脉血可向任一方向流动,同时由于表情肌在说话、进食时收缩也将挤压感染物质沿静脉管道扩散。

海绵窦是位于蝶鞍两侧的一对重要的硬脑膜窦,由硬脑膜两层间的腔隙形成,内衬以内皮,但无肌膜。与其他部位的硬脑膜窦不同的是海绵窦内有许多纤维结缔组织小梁经过,使其结构呈海绵状,血流缓慢,因而在感染时易形成栓塞。眼上静脉是海绵窦的主要属支,海绵窦向后在颞骨岩部的尖端处续于岩上窦和岩下窦,其血液汇入此二窦,再分别流入横窦和颈内静脉。

本例海绵窦栓塞累及了右侧第Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ脑神经及Ⅴ脑神经的眼神经和上颌神经。动眼神经支配除上斜肌和外直肌以外的所有眼球外肌,滑车神经支配上斜肌,展神经支配外直肌。由于本例所有的眼球外肌的随意运动消失,说明以上三条脑神经受累。眼神经和上颌神经支配前额、鼻部和面上部的躯体感觉,此二神经受累使患者的上述部位有感觉障碍。由于海绵窦和眼上静脉的血液被栓塞阻碍,引起汇入眼上静脉的视网膜中央静脉充血和眶内结构水肿,本例表现为右侧上、下眼睑和睑、球结膜肿胀。右眼底视网膜静脉扩张充血和视神经乳头水肿等临床体征。



### 病例四： 翼点后方颧鳞骨折并发硬膜外血肿

患者男性,22岁,学生;参加学校篮球竞赛,争抢中不慎被对手肘部撞击左侧颧部,倒地不省人事,1分钟后又恢复意识。救助同学发现伤者左侧颧弓上方约3 cm处有一从耳前至眼眉的裂口在流血。同学们将其抬入更衣室,伤者诉说极度虚弱和困倦,要求平躺。考虑到可能有颅骨骨折急送医院求治。

检查发现患者左侧颧部肿胀、淤血,左侧瞳孔扩大,对光反射迟缓,经CT扫描检查发现有左侧颧骨鳞部骨折和颅内血肿,遂急转入神经外科处理。在转科过程中伤者陷入昏迷,瞳孔极度扩大,对光反射消失。诊断为颅骨骨折并发硬膜外血肿。



#### 问题：

- 翼点位于颧窝何处?为什么翼点在临床上特别重要?
- 该病例中什么动脉最有可能被撕裂导致出血?有何危害?



#### 病例分析：

翼点位于颅的侧面,颧窝的前部,为额、顶、颧、蝶骨四骨相连接处的缝,多呈“H”形,位于颧弓上缘中点上方约3.8 cm处,在临床上是一个重要的骨性标志。由于它是数块颅骨连接处的缝,承受压力的能力低,受暴力打击时常发生骨折。翼点后方的颧骨鳞部是颧区最薄处,外伤时也易发生骨折。翼点后方的颧鳞内面有容纳脑膜中动脉及其前支的动脉沟。颧鳞骨折可以撕断动脉沟内的脑膜中动脉及其前支,由于脑膜中动脉及其前支是沿硬膜外表面向上走行,血管断裂出血可以导致硬膜外血肿。脑膜中动脉发自上颌动脉第一段,经棘孔入颅中窝,贴颅壁向外、向上行走4~5 cm开始分为前支(额支)和后支(顶支),其中前支经过翼点内面向上行走,平行于冠状缝;后支则行向上、后。本例最有可能是脑膜中动脉的前支撕裂,脑膜中动脉常有脑膜中静脉伴行,也可能同时撕裂。由于硬脑膜与颅骨借纤维组织紧密连接,血液聚集形成血肿的过程相对缓慢,因此患者意识短暂丧失后多可恢复,但由于颅腔是不能扩展的,随着血肿增大,颅内压力增高,位于小脑幕切迹上方的海马旁回和钩可能被挤入小脑幕切迹,形成小脑幕切迹疝而压迫大脑脚和动眼神经,导致动眼神经麻痹,引起瞳孔括约肌的瘫痪,致使瞳孔散大。本例即是硬膜外血肿推挤翼点下方的颧叶,因此有必要立即手术减轻颅内压,否则将进一步压迫大脑,压迫延髓内的心血管和呼吸中枢而危及生命。

(周新华)

## 第二章 颈 部



### 病例一： 甲状腺舌管囊肿

患者女性,15岁,中学生;因颈前部发现一肿块而就诊。

检查发现患者发育良好,体温 $36.5^{\circ}\text{C}$ ,脉搏72次/min,在颈前区中线舌骨下方有一直径约1~2cm的圆形肿块。肿块边界清楚,表面光滑,触之有囊样感,但无压痛,令患者吞咽或伸舌、缩舌时,发现肿块可随之上、下移动。作肿块穿刺抽出黄色黏稠性液体。住院后行手术摘除,诊断为甲状腺舌管囊肿。



### 问题：

- 甲状腺舌管囊肿发生的胚胎学基础是什么?
- 甲状腺舌管囊肿可发生在哪些部位?
- 甲状腺舌管囊肿为什么可随吞咽或伸舌、缩舌时上下移动?



### 病例分析：

甲状腺舌管囊肿是一种与甲状腺发育有关的先天性畸形。甲状腺发生于舌根部的舌盲孔区,于胚胎第6周时借甲状舌管下降至颈部甲状腺的正常位置。以后甲状舌管自行退化闭锁,其上端残留为舌根部的舌盲孔。若甲状舌管退化不全而残存,即可在颈前区中线上形成先天性囊肿,谓之甲状腺舌管囊肿。囊肿有时因感染破溃或被切开而形成甲状腺舌管瘻。

甲状腺舌管囊肿多发生于15岁以下的儿童。可发生于舌根部、舌骨上、舌骨下,以舌骨下区最多见,多位于中线。肿块边界清楚,表面光滑,呈囊样,无压痛,由于甲状腺悬韧带将甲状腺固定于喉及气管壁上,所以囊肿可随吞咽,伸舌、缩舌时上、下移动。

甲状腺舌管囊肿治疗应采用手术切除。为了彻底切除囊壁或瘻道,应切除一段舌骨,向上分离至舌根部,否则易复发。



### 病例二： 甲状腺功能亢进

患者女性,32岁,小学教师;因发现颈部肿胀伴性情急躁、失眠、消瘦3个月而就诊。患者自诉近3个月以来经常易怒,性情急躁,容易激动,好哭,夜间失眠,怕热,多汗,食欲亢进,但体重不断减轻,月经失调。

检查发现病人消瘦,体温 $36.7^{\circ}\text{C}$ ,脉搏105次/min,两手颤动,眼球轻度外突;颈部两侧明显肿胀,从后方双手触诊其颈部,可触到肿大的甲状腺,并随吞咽上、下移动,两侧对称,呈弥漫性

肿大,腺体表面光滑,无结节。测定基础代谢率中度增高,血清中  $T_3$ 、 $T_4$  明显高出正常值。诊断为甲状腺功能亢进。



### 问题:

- 肿大的甲状腺随吞咽上、下移动的解剖学基础是什么?
- 肿大的甲状腺有可能压迫哪些器官,并引起什么症状?
- 若行外科手术治疗应作何切口? 须经哪些层次方可显露甲状腺?
- 手术中应避免损伤哪些结构?
- 术后声音嘶哑的可能原因是什么?



### 病例分析:

甲状腺功能亢进系指由多种病因导致甲状腺功能增强,分泌甲状腺激素过多所致的临床综合征。可分为原发性、继发性和高功能腺瘤 3 类。

原发性甲状腺功能亢进病因迄今尚未明了,一般认为系一种自身免疫性疾病。主要临床表现为甲状腺肿大,呈弥漫性,对称性;多发生于女性,以 20~40 岁的女性多见。患者性情急躁,容易激动、失眠、两手颤动、怕热、多汗,食欲亢进,但消瘦,内分泌功能紊乱,女性往往出现月经失调。实验室检查常出现基础代谢率明显增高, $T_3$ 、 $T_4$  含量也可高出正常值 4 倍和 2 倍。

甲状腺弥漫性肿大,向内侧可压迫喉和气管、咽和食管等,引起呼吸困难、吞咽困难和声音嘶哑等;如向后外方压迫交感干时,可出现瞳孔缩小、上睑下垂及眼球内陷等,称为 Horner 综合征。

甲状腺大部切除术是目前治疗甲状腺功能亢进的常用而有效的方法之一。多采用颈根部横切口,依次切开皮肤、浅筋膜、颈筋膜浅层、舌骨下肌群和气管前筋膜。其中气管前筋膜在此处形成甲状腺鞘,称甲状腺假被膜。假被膜增厚并与甲状软骨、环状软骨和气管软骨的软骨膜愈着,形成甲状腺悬韧带,将甲状腺固于喉及气管壁上。因此,吞咽时甲状腺可上、下移动。

由于甲状腺上动脉与喉上神经外支伴行,甲状腺下动脉与喉返神经有复杂的交叉关系,故手术中结扎甲状腺上、下动脉时应注意保护喉上神经外支和喉返神经。另外,甲状旁腺位于甲状腺囊鞘间隙,术中注意保护甲状旁腺,若术后出现声音低钝或嘶哑,可能是损伤了喉上神经外支或喉返神经。



### 病例三:

#### 急性感染性喉炎并喉梗阻施行气管切开术

患儿为一男童,2岁;因发热咳嗽2天,呼吸困难并喉鸣急诊入院。

检查见患儿呼吸极度困难,惊恐不安,犬吠样咳嗽,声音嘶哑,鼻翼煽动,口唇紫绀,吸气性喉鸣伴三凹征;体温  $39.2^{\circ}\text{C}$ ,脉搏 105 次/min,咽喉红肿,肺部听诊可闻哮鸣音。诊断为急性感染性喉炎并喉梗阻。立即给予吸氧,静脉滴注抗生素和肾上腺皮质激素等治疗,但上述症状仍未得到缓解,决定施行气管切开术,术后患儿病情好转,10 天后呼吸道感染消退,拔管后痊愈出院。



### 问题：

- 为何要为患儿施行气管切开术？
- 气管切开时患儿应取什么体位？为什么？
- 气管切开时应作什么切口？须经过哪些层次方可显露气管？在什么部位切开气管？
- 气管切开时应注意避免损伤哪些结构？



### 病例分析：

急性感染性喉炎是喉黏膜的急性炎症，为常见的呼吸道急性感染性疾病之一。小儿急性喉炎常见于6个月~3岁的婴幼儿。由于小儿喉部解剖特点，发炎后易引起黏膜肿胀引发喉梗阻，若不及时治疗，可危及生命。

本例患儿所出现的临床症状和体征是典型的小儿急性喉炎并喉梗阻的表现，需紧急救治，否则有生命危险。治疗的重点是尽早解除喉梗阻，使用有效、足量的抗生素以控制感染；加用类固醇激素，使喉黏膜消肿减轻喉梗阻症状。若喉梗阻症状仍未缓解，应及时作气管切开术。气管切开术是将气管颈段前壁切开，插入气管套管，另建呼吸通道，解除严重喉梗阻。手术时患儿应取仰卧位，肩下垫一小枕使头后仰，使气管贴近皮肤，便于术中暴露气管。自环状软骨向下至胸骨上窝处，沿颈前中线作正中切口，依次切开皮肤、浅筋膜、颈筋膜浅层、胸骨上间隙，向两侧分开舌骨下肌群，即可暴露气管。在甲状腺峡下缘以下，第5~6气管软骨环处切开气管，插入气管套管。新的呼吸通道即可建立。

手术中应注意尽量避免损伤胸骨上间隙内的颈静脉弓，必要时可结扎切断；要始终沿气管前正中线进行，以免偏离中线损伤颈部大血管致大出血。幼儿因胸腺、左头臂静脉和主动脉弓等可高出颈静脉切迹，故术中应注意勿伤及上述结构。

(王怀经)

## 第三章 胸部



### 病例一： 乳腺癌

患者女性,49岁,农民;因右侧乳房发现一肿块2月而就诊。自述2月前无意中发现右侧乳房有一小肿块,无疼痛,故没有在意。近来发现肿块不断增大,乳房皮肤肿胀,故急来就诊。

检查见患者为中年女性,一般情况尚好,体温 $36.5^{\circ}\text{C}$ ,脉搏70次/min。右侧乳房肿胀,皮肤出现橘皮样改变,触诊可触到 $3\text{cm}\times 5\text{cm}$ 大小之肿块,质地硬,表面不光滑,与周围组织分界不清楚,活动度差,无压痛。右腋窝可触到1~2个较硬的淋巴结,无触痛。取活检病理检查报告为乳腺癌。



### 问题：

- 患者右侧乳房皮肤出现“橘皮样”改变的原因是什么？
- 乳腺癌可经哪些淋巴途径转移？
- 若行乳腺癌手术根治术时应注意避免损伤哪些结构？



### 病例分析：

乳腺癌是女性乳房最常见的肿瘤。发病年龄以40~60岁居多,其中又以45~49岁更年期的女性,以及60~64岁的女性发病最多。其发病原因与性激素的变化有很大关系。

乳腺癌早期表现是患乳出现无痛、单发的小肿块。肿块质地硬,表面不光滑,与周围组织粘连,边界不清楚。因患者早期并无自觉症状,肿块常是被无意中发现的。

乳腺癌肿块增长较快,常侵及周围组织引起乳房外形改变。例如癌肿侵及乳房悬韧带(Cooper韧带)时,因该韧带一端连于皮肤和浅筋膜浅层,另一端连于浅筋膜深层,无伸展性,故牵拉乳房皮肤内陷,使乳房表面呈“橘皮样”改变,是乳腺癌的重要体征之一。乳腺癌晚期,肿块可突出于乳房表面,并可侵及胸筋膜和胸肌,以致癌肿固定于胸壁而不能移动。

乳腺癌多经淋巴转移。女性乳房淋巴管丰富,淋巴主要回流入腋淋巴结。乳房外侧部和中央部的淋巴管注入腋淋巴结的胸肌淋巴结;上部的淋巴管注入腋淋巴结的尖淋巴结和锁骨上淋巴结;内侧部的淋巴管,一部分注入胸骨旁淋巴结,一部分与对侧乳房的淋巴管吻合;下部的淋巴管注入膈上淋巴结。乳腺癌淋巴转移早期多见于腋淋巴结。最初可在腋窝触及肿大的淋巴结,数目较少,质硬,无痛,可移动,以后可触及多个肿大的淋巴结,并粘连成团,与皮肤或深层组织粘连。若大量癌细胞阻塞腋淋巴结,可引起上肢淋巴性水肿。

本例患者处于乳腺癌的高发年龄,其病史及体征均符合乳腺癌的诊断,活检病理报告已确诊



为乳腺癌,而且已转移至腋淋巴结。

目前对于乳腺癌的治疗原则是尽早施行手术,并辅以化疗和放疗等综合措施。手术治疗则实施乳癌根治切除术。要求整块切除全部乳腺组织,包括癌肿部位及其边缘外3~5 cm的皮肤、胸大、小肌、腋淋巴结和锁骨下淋巴结及其软组织等。该手术创伤性较大,术中应注意保护下列结构:①头静脉:在切断胸大肌止点时应避免损伤头静脉。该静脉是上肢浅静脉主干,同时有许多淋巴管与其伴行,保护好该静脉及其周围淋巴管可减轻术后上肢水肿及其合并症的发生。②腋窝内的重要血管、神经:清扫腋淋巴结时应避免撕裂腋静脉、损伤腋动脉和臂丛神经;对肩胛下动、静脉,若无明显癌肿转移,应尽量保留该血管及支配肩胛下肌、大圆肌与背阔肌的同名神经,以及支配前锯肌的胸长神经。③胸廓内动脉穿支:在切除附着于胸骨及肋骨的胸小肌纤维及整块乳腺组织时,应避免用力牵拉损伤胸廓内动脉穿支,以免血管断裂缩回,造成止血困难。



## 病例二:

### 肺癌合并肺叶支气管阻塞、肺叶萎陷

患者男性,65岁,工人;有长期吸烟史,因持续性咳嗽、咯血痰和左侧胸痛4月余而入院。4月前受凉后曾有发烧、头痛、咳嗽,服药后好转,但咳嗽持续不断,开始为干咳,后有少量痰液,并发现痰中带血点、血丝;近来咳嗽加重,伴有左侧胸痛、胸闷、低热,食欲不振,体重减轻。

检查发现患者明显消瘦,体质虚弱,呼吸急促,咳嗽不断。体温37.9℃,脉搏90次/min,左肺后下部叩诊呈浊音,听诊该处呼吸音消失;胸部X线片显示左肺下叶有一块状阴影;支气管镜检查见左肺下叶支气管内有一肿块,阻塞管腔,取活检,病理诊断为鳞状上皮癌。局麻后取双侧锁骨上淋巴结活检显示,癌细胞已转移至双侧锁骨上淋巴结。诊断为左肺下叶肺癌合并左肺下叶支气管阻塞,左肺下叶萎陷。



## 问题:

- 根据所学知识解释患者的症状和体征。
- 解释癌细胞经何途径转移至双侧锁骨上淋巴结?
- 肺癌还可经哪些淋巴途径转移至哪些器官?
- 若手术切除癌肿应作何切口?须经哪些层次进入胸腔?



## 病例分析:

肺癌多数源于支气管黏膜上皮,亦称支气管癌。其病因至今尚未明了,资料表明,长期大量吸烟是肺癌的重要致病因素。癌肿发生后,可向支气管腔内或邻近的肺组织生长,并可通过淋巴、血液或支气管转移。起源于主支气管或肺叶支气管的肺癌,位置靠近肺门者称为中央型肺癌;起源于肺段支气管以下的肺癌,位于肺的周围部,称为周围型肺癌。

肺癌早期,特别是周围型肺癌往往没有任何症状。待癌肿在较大的支气管长大后,常出现刺激性咳嗽,若影响支气管引流继发肺部感染时,可咳脓痰,常有痰中带血。有的肺癌病人,由于肿瘤阻塞较大的支气管,临床上可出现胸闷、气促、发热和胸痛等症状。

肺癌早期诊断、早期治疗是获得较好疗效的关键。X线检查,中央型肺癌早期可无异常征