



普通高等教育“十二五”规划教材  
全国普通高等教育基础医学类系列教材



康健 主编



# 局部解剖学

REGIONAL ANATOMY

供基础、临床、预防、口腔、护理等  
医学类专业使用



科学出版社



普通高等教育“十二五”规划教材

## 全国普通高等教育基础医学类系列教材

供基础、临床、预防、口腔、护理等医学类专业使用

# 局部解剖学

康健 主编

科学出版社

北京

## 内 容 简 介

《局部解剖学》是临床医学的重要基础课程之一。为了适应我国高等医学教育改革和发展的需要,根据全国5年制高等医学院校学生的培养目标和要求而编写此教材。全书分为绪论、头部、颈部、胸部、腹部、盆部与会阴、脊柱区、上肢、下肢等。在内容方面除了借鉴国内外同类教材的优点外,增加了知识框、各部重要断层、临床联系和章节小结等内容,力求做到科学性、先进性和适用性的统一。

本教材供全国5年制高等医药院校基础、临床、预防、口腔、护理等医学类专业用。

### 图书在版编目(CIP)数据

局部解剖学/康健主编. —北京:科学出版社,2013.8  
全国普通高等教育基础医学类系列教材  
ISBN 978-7-03-038105-7

I. ①局… II. ①康… III. ①局部解剖学—医学院校—  
教材 IV. ①R323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 147334 号

责任编辑:潘志坚 闵捷

责任印制:刘学

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>

南京展望文化发展有限公司排版

江苏恒华传媒有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2013年8月第一版 开本:889×1194 1/16

2013年8月第一次印刷 印张:15

字数:473 000

定价:55.00元

## 专家指导委员会

主任委员

侯一平

副主任委员

孙 俊 王应雄 胡华强

委 员

(以姓氏笔画为序)

王应雄(重庆医科大学)

王建伟(重庆医科大学)

左 丽(贵阳医学院)

龙汉安(泸州医学院)

阮永华(昆明医科大学)

孙 俊(昆明医科大学)

李 华(四川大学华西基础医学与法医学院)

吴玉章(第三军医大学)

张 波(川北医学院)

张 晓(成都医学院)

欧刚卫(遵义医学院)

胡华强(中国科技出版传媒股份有限公司)

侯一平(四川大学华西基础医学与法医学院)

高永翔(成都中医药大学)

# 《局部解剖学》 编辑委员会

主 编  
康 健

副主编  
周鸿鹰 邹智荣

---

编 委  
(以姓氏笔画为序)

米永杰(成都医学院)  
许仕全(川北医学院)  
李成军(川北医学院)  
李 华(四川大学华西医学中心)  
杨开明(大理学院)  
余 彦(贵阳医学院)  
余崇林(泸州医学院)

邹智荣(昆明医科大学)  
周鸿鹰(四川大学华西医学中心)  
周播江(遵义医学院)  
盛华均(重庆医科大学)  
康 健(川北医学院)  
曾昭明(泸州医学院)  
蔡昌平(川北医学院)

# 前 言

为了适应我国高等医学教育改革和发展,满足新时期国家和社会对人才培养的要求,川北医学院组织全国多所高等医学院校的解剖学专家教授精心编写了这本《局部解剖学》教材。此教材立足于全国5年制高等医学院校本科学生这一特定的培养和对象目标,力争做到教师好教、学生好学、理念创新和编写新颖。

全书分为绪论、头部、颈部、胸部、腹部、盆部与会阴、脊柱区、上肢、下肢等。根据多年的解剖学教学经验,借鉴国内外同类教材的优点,针对5年制高等医学院校学生的实际情况,坚持以学生为中心,突出少而精的特点。在教材结构方面,既保留了局部解剖学教材的基本框架,更体现“三基、五性、三特定”的原则,在各章前提出学习本章知识应达到的目的要求,在各章末尾增加了小结,强调各局部知识的整体性和内在联系,有助于学生理解,力求增强教材的科学性和合理性。在内容方面,突出局部解剖学为临床服务和打基础的特点,在一些知识点后面增加了与本局部知识相关的临床应用,每个章节精选了重要局部的断面,加强理论与应用的联系,注重提高学习兴趣和培养临床思维能力,力求加强教材的适用性和可读性。

本教材编者全都是长期从事解剖教学一线的专家教授,他们不仅具有丰富的教学经验,熟悉教学规律,而且具有较丰富的教材编写经验,有编写本教材的新思路。本教材的完成是大家共同努力的结果,在此,主编衷心感谢本教材各编委单位的领导、各专家编委对编写工作的大力支持和帮助。

衷心希望本教材能够适应全国5年制高等医药院校医学生的教学实际需要,符合教育改革的要求。由于编者知识水平有限,遗漏和不妥之处在所难免,敬请同行和医学生批评指正。

主 编

2013年5月

# 目 录

前言

## 绪 论 001

- |                |     |                   |     |
|----------------|-----|-------------------|-----|
| 一、局体解剖学的任务及重要性 | 001 | 四、人体各种结构的解剖基本技术要领 | 003 |
| 二、人体局部的划分及基本结构 | 001 | 五、局部解剖学的学习要求      | 004 |
| 三、解剖器械的准备和使用   | 002 |                   |     |

## 第一章 头部 005

- |         |     |                 |     |
|---------|-----|-----------------|-----|
| 第一节 概述  | 005 | 一、面部浅层结构        | 014 |
| 一、境界与分区 | 005 | 二、面侧区           | 017 |
| 二、表面解剖  | 005 | 第四节 头部断层影像解剖学   | 022 |
| 第二节 颅部  | 007 | 一、经半卵圆中心层面      | 022 |
| 一、颅顶    | 007 | 二、经室间孔、内囊、基底核层面 | 022 |
| 二、颅底内面  | 010 | 三、经垂体层面         | 022 |
| 第三节 面部  | 013 | 四、经枢椎体层面        | 023 |

## 第二章 颈部 025

- |             |     |                 |     |
|-------------|-----|-----------------|-----|
| 第一节 概述      | 025 | 第四节 胸锁乳突肌区与颈外侧区 | 034 |
| 一、境界与分区     | 025 | 一、胸锁乳突肌区        | 034 |
| 二、表面解剖      | 026 | 二、颈外侧区          | 036 |
| 第二节 颈部的层次结构 | 026 | 第五节 颈根部         | 037 |
| 一、浅层结构      | 026 | 一、境界            | 037 |
| 二、颈筋膜及筋膜间隙  | 028 | 二、内容及毗邻         | 038 |
| 第三节 颈前区     | 029 | 第六节 颈部淋巴结       | 039 |
| 一、舌骨上区      | 029 | 一、颈上部的淋巴结       | 039 |
| 二、舌骨下区      | 030 | 二、颈前区的淋巴结       | 040 |

三、颈外侧区的淋巴结	040	一、经甲状软骨层面	041
第七节 颈部断层影像解剖学	041	二、经环状软骨层面	041

### 第三章 胸部 043

第一节 概述	043	第五节 肺	054
一、境界与分区	043	一、肺的体表投影	054
二、表面解剖	043	二、肺门和肺根	054
第二节 胸壁	044	三、支气管肺段	055
一、浅层结构	045	四、血管、淋巴管和神经	056
二、深层结构	047	第六节 纵隔	057
第三节 膈	050	一、概述	057
一、位置和分部	050	二、纵隔内容	058
二、裂孔和薄弱区	051	三、纵隔间隙	065
三、血管、淋巴管和神经	051	第七节 胸部断层影像解剖学	066
第四节 胸膜和胸膜腔	052	一、经胸骨柄层面	066
一、胸膜	052	二、经主动脉弓层面	067
二、胸膜腔	052	三、经气管杈层面	067
三、壁胸膜返折线的体表投影	052	四、经上肺静脉层面	068
四、胸膜的血管、淋巴管和神经	053	五、经四腔心层面	069

### 第四章 腹部 071

第一节 概述	071	六、胰	104
一、境界	071	七、脾	106
二、腹壁和腹腔	071	第五节 结肠下区	108
三、体表标志及分区	072	一、空肠和回肠	108
四、体表投影	072	二、盲肠和阑尾	110
第二节 腹前外侧壁	073	三、结肠	111
一、层次结构	073	四、肝门静脉	114
二、血管、淋巴管和神经	076	第六节 腹膜后隙	116
三、腹股沟区	079	一、肾	116
第三节 腹膜和腹膜腔	083	二、肾上腺	121
一、概述	083	三、输尿管腹部	122
二、腹膜与腹、盆腔脏器的关系	084	四、腹主动脉	122
三、腹膜形成的结构	085	五、下腔静脉	123
四、腹膜腔的分区和间隙	090	六、腰交感干	124
第四节 结肠上区	092	第七节 腹部断层影像解剖学	124
一、食管腹部	092	一、经第二肝门层面	124
二、胃	092	二、经第一肝门层面	125
三、十二指肠	095	三、经腹腔干层面	126
四、肝	099	四、经肾门层面	126
五、肝外胆道	102		



<b>第五章 盆部与会阴</b>			<b>128</b>
<b>第一节 盆部</b>	128	<b>一、肛区</b>	144
一、概述	128	二、尿生殖区	146
二、盆壁	128	<b>第三节 盆部与会阴断层影像解剖学</b>	152
三、盆筋膜和筋膜间隙	130	一、经前列腺层面	152
四、血管、淋巴管和神经	132	二、经卵巢子宫体层面	152
五、盆腔脏器	136	三、经子宫颈层面	153
<b>第二节 会阴</b>	144		
<b>第六章 脊柱区</b>			<b>154</b>
<b>第一节 概述</b>	154	三、肌层	156
一、境界与分区	154	四、深部血管和神经	158
二、体表标志	154	五、脊柱、椎管及其内容物	160
<b>第二节 层次结构</b>	155	<b>第三节 脊柱区断层影像解剖学</b>	165
一、浅层结构	155	一、经第三颈椎椎间盘层面	165
二、深筋膜	156	二、经第四腰椎椎间盘层面	166
<b>第七章 上肢</b>			<b>168</b>
<b>第一节 概述</b>	168	一、前臂前区	181
一、境界与分区	168	二、前臂后区	184
二、表面解剖	168	<b>第六节 腕和手</b>	185
<b>第二节 肩部</b>	170	一、腕	185
一、腋区	170	二、手掌	187
二、三角肌区和肩胛区	174	三、手背	191
三、肩胛动脉网	175	四、手指	192
<b>第三节 臂部</b>	176	<b>第七节 上肢断层影像解剖学</b>	194
一、臂前区	176	一、经肩关节中份层面	194
二、臂后区	178	二、经臂中份层面	194
<b>第四节 肘部</b>	179	三、经肘部中份层面	194
一、肘前区	180	四、经前臂中份层面	195
二、肘后区	180	五、经腕管层面	196
三、肘关节动脉网	181	六、经掌骨中份层面	196
<b>第五节 前臂部</b>	181		
<b>第八章 下肢</b>			<b>198</b>
<b>第一节 概述</b>	198	<b>第二节 臀部</b>	200
一、境界与分区	198	一、浅层结构	200
二、表面解剖	198	二、深层结构	200

第三节 股部	203	一、踝前区和足背	214
一、股前内侧区	203	二、踝后区	215
二、股后区	208	三、足底	216
第四节 膝部	209	第七节 下肢断层影像解剖学	217
一、膝前区	209	一、经髋关节中份层面	217
二、膝后区	209	二、经股部中份层面	217
三、膝关节的韧带及膝关节动脉网	210	三、经膝部中份层面	217
第五节 小腿部	211	四、经小腿中份层面	218
一、小腿前外侧区	211	五、经踝关节中份层面	218
二、小腿后区	212	六、经足中份层面	219
第六节 踝与足部	214		
<b>索 引</b>			<b>222</b>
<b>主要参考文献</b>			<b>230</b>

### (五) 血管

动脉(artery)与伴行静脉相比,其管径较小,壁厚腔圆且有弹性。静脉(vein)管径较大,壁薄腔扁且弹性差。静脉属支多,吻合多。浅静脉多不与动脉伴行,而深静脉多以2支伴行于中等动脉的两侧。

动脉的分支或静脉的属支,其数目、行程及静脉的汇入常有变化。因此,血管的形态、数目并非完全一致,有时可出现变异或畸形。

### (六) 淋巴结与淋巴管

淋巴结(lymph node)为大小不一的圆形或椭圆形小体,呈灰红色。淋巴结常沿血管配布,多位于人体的凹窝或较隐蔽处,如腋窝、腹股沟及胸、腹、盆腔内的大血管周围。淋巴管(lymphatic vessel)形态结构与静脉相似,但管径小,壁薄透明呈乳白色,除淋巴导管和淋巴干以及位于淋巴结附近的淋巴管较易解剖外,其他部位的淋巴管解剖时不易辨认。

### (七) 神经

神经(nerve)呈白色条索状,除皮神经外,神经常与血管伴行,由结缔组织包绕形成血管神经束。内脏神经经常缠绕在脏器和血管壁上形成内脏神经丛,随血管分支分布。

## 三、解剖器械的准备和使用

### (一) 解剖器械的准备

解剖器械是尸体解剖操作时必须具备的解剖工具,在进行尸体解剖操作之前必须要准备好解剖器械。常用的解剖器械包括解剖刀、血管钳、解剖镊、解剖剪、肋骨剪等(图0-1)。

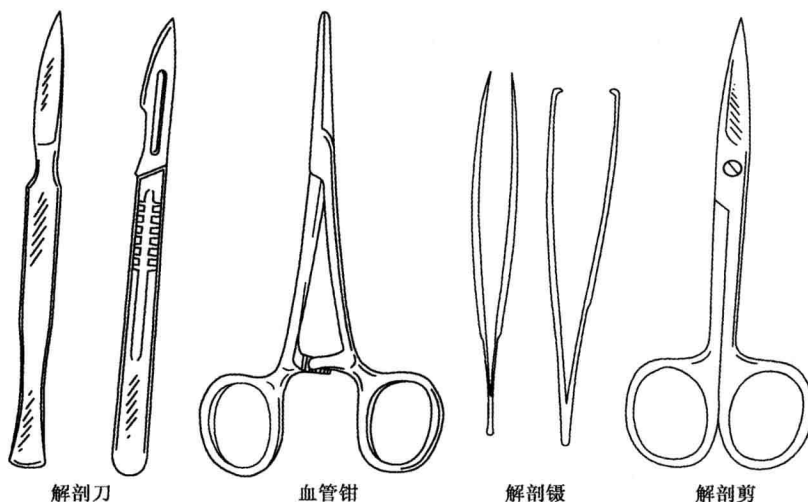


图0-1 解剖器械

### (二) 解剖器械的使用

1. 解剖刀 主要用于切割皮肤、切断肌肉、剔除软组织、修洁血管、神经、剖割脏器等。一般用右手持刀,持刀方式可随不同需要而异。做皮肤切口时可用抓持法或执弓法,即用拇指与中指、环指和小指夹持刀柄,示指压于刀背上,形如执小提琴的弓,用均衡的手腕力量切开皮肤。修洁血管神经和其他结构时则常用执笔法,即用拇指、示指和中指三指捏持刀柄前部犹如执笔写字,当手指和手腕运动时,刀尖或刀刃沿血管神经的走行方向进行修洁(图0-2)。

2. 解剖镊 分为有齿镊和无齿镊两种。前者用于夹持皮肤或较坚韧的结构,后者用于夹持血管、神经和肌等软组织。解剖操作时,一般左手持解剖镊,右手持解剖刀,也可两手同时持解剖镊分离血管、神经。使用解剖镊一般采用执笔法(图0-3)。

3. 解剖剪 一般用于剪开组织和钝性分离血管、神经和脏器等。正确的持剪方法是将右手的拇指和无名指各伸入解剖剪的一个环内,中指放在环的前方,示指压在解剖剪的运动轴处,起稳定和定向的作用(图0-4)。

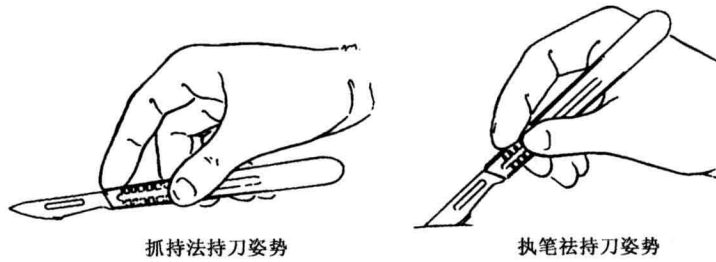


图 0-2 解剖刀持刀法



图 0-3 解剖镊持镊法

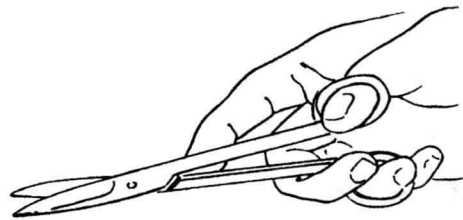


图 0-4 解剖剪持剪法

4. 血管钳 通常用于分离软组织和血管、神经等,在解剖时也可夹持皮肤、肌腱和韧带等,作牵引固定之用。使用方法与解剖剪相同。

5. 其他解剖器械 咬骨钳用来咬断骨并修整骨的断端;肋骨剪用来剪断肋骨;椎管锯用来打开椎管;弓形锯用来锯开颅骨;拉钩一般用来牵拉、暴露和固定结构,以利于解剖操作。

#### 四、人体各种结构的解剖基本技术要领

##### (一) 皮肤切口及剥皮

在尸体皮肤上,按各局部拟定的皮肤切口位置,先用刀背划一痕迹,然后将刀尖垂直于皮肤表面刺入切口的起始处,当感到抵抗力突然减小时,说明刀尖已抵达浅筋膜,此时应将刀刃与皮肤呈  $45^\circ$  角,沿拟定的皮肤切口切开皮肤,切皮时不可损伤皮下结构。

剥皮时,用有齿镊提起切开的皮角,用力拉紧皮肤,用刀尖在皮肤与皮下组织交界处割划,将皮肤与皮下组织剥离。剥皮时不可过深或过浅,以免伤及皮下血管和神经。如果不需要解剖和观察皮下结构时,可将皮肤与皮下组织一并翻起,直接暴露深筋膜。

##### (二) 解剖浅筋膜

解剖浅筋膜主要是解剖浅筋膜内的浅血管和皮神经,并清除皮下组织。首先应了解浅静脉的走向及注入,皮神经和浅动脉穿出深筋膜的位置及走向,然后沿其走向或在穿出深筋膜处切开浅筋膜进行寻找。找到浅血管和皮神经后用无齿镊提起,用刀或剪分离并清除其周围的结缔组织。

浅血管和皮神经的辨认:神经有光泽、呈索状;动脉颜色发白,腔内不含血液;静脉壁塌陷,静脉腔内常含有凝固的血块,色较深。

在某些部位的浅筋膜内有浅淋巴结沿血管成群排列。用刀尖在淋巴结所在部位分开皮下组织,分离出淋巴结。然后用镊子提起淋巴结,小心清除其周围的结缔组织,观察与淋巴结相连的输入淋巴管和输出淋巴管。

保留主要的浅静脉和皮神经,其余结构和皮下组织全部清除,暴露深筋膜。

##### (三) 解剖深筋膜

深筋膜覆盖在肌表面,解剖时用解剖镊提起筋膜,沿肌纤维方向使刀刃紧贴肌表面割划,将深筋膜从肌

表面分离并切除。人体各部位的深筋膜有较大差异,腰背部及四肢的深筋膜厚而致密,可成片切除。躯干部深筋膜大部分与肌紧密结合,只能小片切除。某些部位的深筋膜形成腱纤维鞘或作为肌的起点,则无需除去。

#### (四) 解剖肌

沿肌纤维的方向切开并剥离肌表面的深筋膜,修出肌的边界,观察肌的形态、位置、起止、肌腹与肌腱的配布及肌纤维方向。有时为了便于观察肌深面的结构,需要切断肌,应将刀柄或手指伸入肌的深面,使肌与其深面的结构分离,然后切断肌。切断肌时应注意肌的断端要尽量整齐。

#### (五) 解剖深部血管和神经

深部的血管和神经多被结缔组织包裹。解剖时,应先用刀尖沿血管、神经主干的走向,切开包绕其表面的筋膜,显露出血管和神经的主干。然后用无齿镊提起血管、神经,用刀尖背面或解剖镊、解剖剪沿其两侧分离,去除其周围的结缔组织,并解剖出血管、神经的分支,并注意观察其分支有无变异情况。

#### (六) 解剖脏器

打开胸、腹腔后,首先观察脏器的形态、位置、毗邻和浆膜配布情况等,然后解剖其血管、神经,或根据操作要求切断神经、血管及有关的固定装置,取出脏器进一步解剖观察或切开脏器观察其内部结构。

### 五、局部解剖学的学习要求

#### (一) 尊重人体标本

开始解剖操作前,学生都应怀着敬畏与感恩之心,向遗体捐献者默哀致敬,感谢他们为医学教育所作的无私奉献。在解剖操作过程中,要向对待活体一样尊敬爱护人体标本,注意保护未解剖部位,绝不允许出现任何亵渎人体标本的言行。

#### (二) 提高学习能力

局部解剖学的学习是建立在系统解剖学学习的基础上,学生应以书本知识为指导,通过解剖操作培养预习、复习、归纳和总结等良好学习习惯,提高动手、观察、思考和临床应用等学习能力。

#### (三) 加强团结协作

培养团队精神、加强团结协作是解剖操作质量的重要保证。每次解剖操作之前,小组成员应有明确分工,如主刀、助手、阅读教材资料、观察记录等。在解剖操作中各司其职,既有分工又密切配合,并在不同局部解剖操作过程扮好主角和配角不同角色。

#### (四) 保持清洁卫生

每次解剖操作结束时,应将解剖器械进行清洗、擦干并妥善保管。把人体标本盖好,不得暴露在外,并按时间浸泡以防干燥。将解剖台清洁干净,保持实验室的整洁卫生。

(康健)

## 第一章

# 头 部

### 学习要点

**掌握：**① 额顶枕区与颞区的层次、结构特点；② 颅顶血管与神经的来源与分布；③ 海绵窦的位置、毗邻关系及穿过结构；④ 穿经颅底各孔、裂的血管神经；⑤ 面部浅层结构的特点及血管、神经分布；⑥ 腮腺的位置、形态、被膜及穿行腮腺的结构。

## 第一节 概 述

头部包括颅部和面部两部分。颅部容纳脑及其被膜，面部有视器、位听器、口、鼻等器官。

### 一、境界与分区

头部以下颌骨下缘、下颌角、乳突尖、上项线及枕外隆凸的连线与颈部分界。头部又以眶上缘、颧弓上缘、外耳门上缘至乳突的连线为界，分为后上方的颅部和前下方的面部。

### 二、表面解剖

#### (一) 骨性标志

头部的下述骨性标志，对于血管、神经、肌等结构的定位具有重要意义(图 1-1、图 1-2)。

1. 眉弓(superciliary arch) 位于眶上缘上方、额结节下方的弓形隆起，男性较明显，其内侧份的深面有额窦。

2. 眶上切迹(supraorbital notch) 有时为眶上孔(supraorbital foramen)，位于眶上缘中、内 1/3 的交界处，距正中线约 2.5 cm，有眶上血管和眶上神经通过。

3. 眶下孔(infraorbital foramen) 位于眶下缘中点下方约 1 cm 处，有眶下血管及眶下神经穿过，此处是眶下神经阻滞麻醉部位。

4. 颞孔(mental foramen) 位于下颌第二前磨牙根下方，下颌体上、下缘连线的中点处，距正中线约 2.5 cm 处。此孔为卵圆形，其开口多向后上方，有颞血管和颞神经通过，为颞神经的麻醉阻滞点。

5. 翼点(pterion) 位于颧弓中点上方约两横指处，为额骨、顶骨、颞骨、蝶骨四骨汇合处形成的“H”形的缝。该处骨质较薄弱，其内面有脑膜中动脉前支通过。此处受暴力打击时易发生骨折，常伴脑膜中动脉损伤出血，形成硬膜外血肿。

6. 颧弓(zygomatic arch) 位于外耳门前方，由颞骨的颧突和颧骨的颞突组成，可触及全长。颧弓上缘，相当于大脑半球额叶前端的下缘，颧弓下缘与下颌切迹间形成的半月形中点处，为咬肌神经封闭及上、下颌神经阻滞麻醉的进针点。

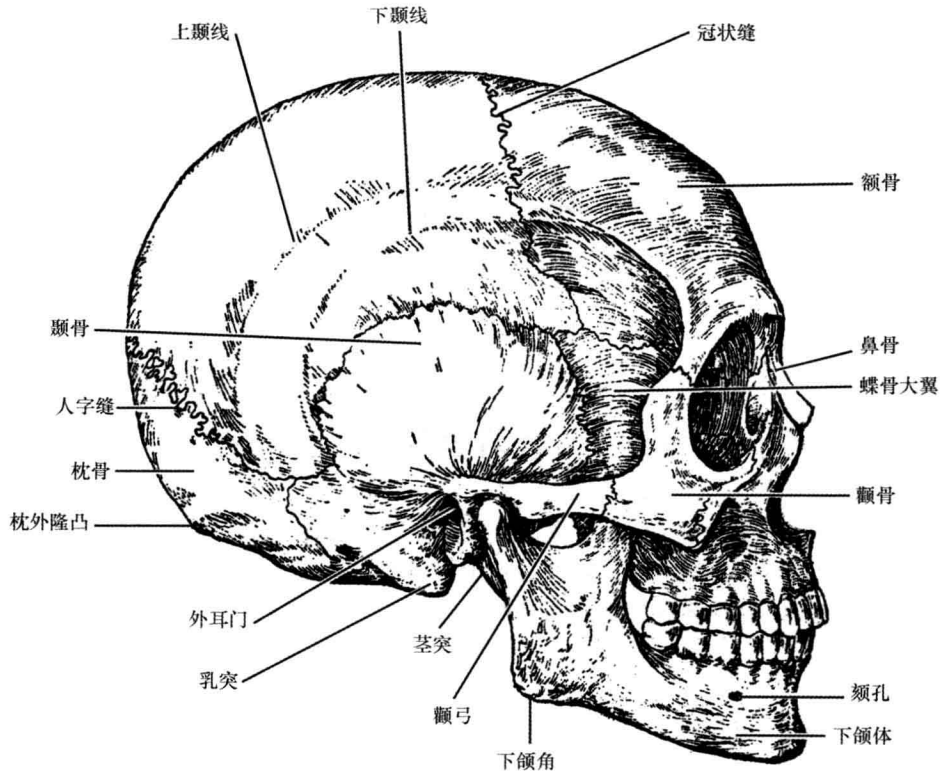


图 1-1 颅的侧面观

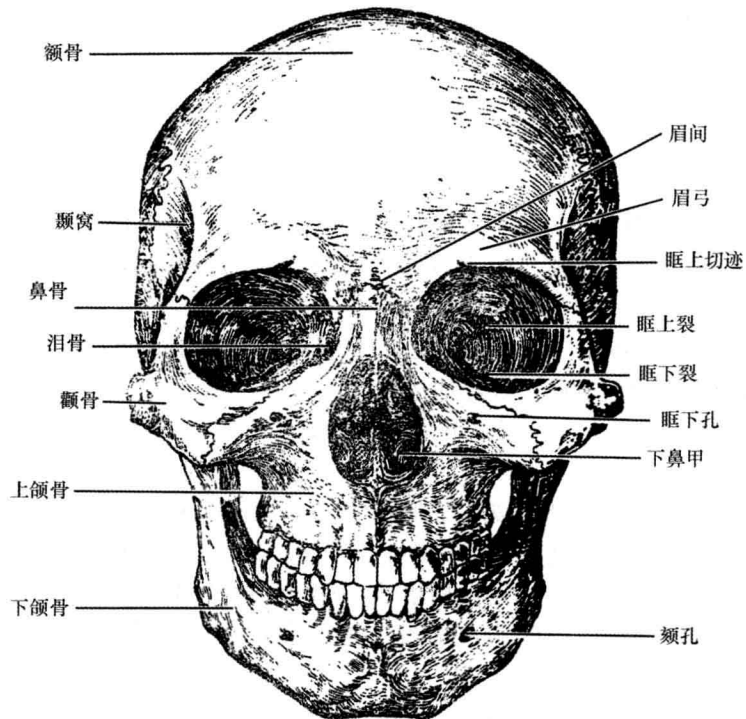


图 1-2 颅的前面观

7. 髁突(condylar process) 位于颞弓下方,耳屏前方。张口与闭口运动时,于耳屏前方可触及髁突向前与向后的滑动。

8. 下颌角(angle of mandible) 位于下颌体下缘与下颌支后缘交接处,此处骨质较薄,为下颌骨骨折的好发部位。

9. 乳突(mastoid process) 位于耳垂后方,其根部的前内侧有茎乳孔,面神经由此孔出颅。在乳突后部的内侧面有乙状窦沟,容纳乙状窦。乳突根治术时,应注意勿损伤面神经及乙状窦。

10. 枕外隆凸(external occipital protuberance) 是枕骨后面正中向后的骨性隆起,与枕骨内面的窦汇对应。实施经枕外隆凸的正中切口开颅术时,应注意勿损伤窦汇,以免导致大出血。

11. 上项线(superior nuchal line) 为自枕外隆凸向两侧延伸的骨嵴,与内面的横窦平齐。

## (二) 体表投影

为描述脑膜中动脉和大脑半球上外侧面主要沟回的位置及体表投影,首先确定以下 6 条标志线(图 1-3): ① 下水平线: 眶下缘与外耳门上缘的连线; ② 上水平线: 经眶上缘向后的水平线,与下水平线平行; ③ 矢状线: 从鼻根中点越颅顶正中到枕外隆凸的弧形线; ④ 前垂直线: 经颞弓中点所做的垂直线; ⑤ 中垂直线: 经颞下颌关节中点所做的垂直线; ⑥ 后垂直线: 经乳突基部后缘所做的垂直线。

1. 中央沟的投影 位于前垂直线和上水平线交点与后垂直线和矢状线交点的连线上,介于中垂直线与后垂直线之间的一段。

2. 中央前、后回的投影 分别位于中央沟投影线前、后各 1.5 cm 宽的范围内。

3. 外侧沟的投影 位于中央沟投影线与上水平线间夹角的平分线上。

4. 大脑下缘的投影 从鼻根中点上方 1.25 cm 处开始向外,经眶上缘、颞弓上缘、外耳门上缘至枕外隆凸的连线。

5. 脑膜中动脉的投影 主干经前垂直线与下水平线的交点;前支通过前垂直线与上水平线的交点,向后上弯曲走向颅顶;后支通过后垂直线与上水平线的交点,斜向顶骨与枕骨相交的人字点。

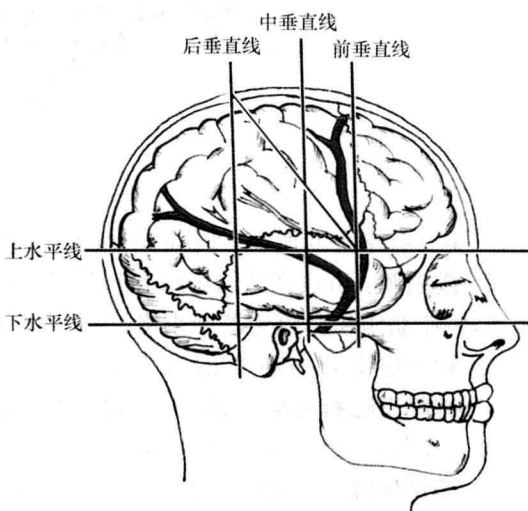


图 1-3 脑膜中动脉和大脑半球主要沟回的体表投影

## 第二节 颅 部

颅部由颅顶、颅底、颅腔及其内容物组成。颅顶由软组织及其深面的颅盖骨构成。颅顶借上颞线分为额顶枕区和颞区。颅底有内、外面之分,内面分为颅前窝、颅中窝和颅后窝三部分,有许多重要的孔、裂和管,是神经、血管出入颅的部位。

### 一、颅顶

#### (一) 额顶枕区

1. 境界 前为眶上缘,后为枕外隆凸和上项线,两侧借上颞线与颞区分界。

2. 层次 此区由浅入深分为五层,依次为皮肤、浅筋膜(皮下组织)、帽状腱膜及枕额肌、腱膜下疏松结缔组织和颅骨外膜(图 1-4)。其中浅部三层连接紧密,不易分开,故将此三层合称为“头皮”。深部两层则连接疏松,易于分开。

(1) 皮肤: 厚而致密,有两个显著特点: 一是含有大量毛囊、皮脂腺和汗腺,为疖肿、皮脂腺囊肿的好发



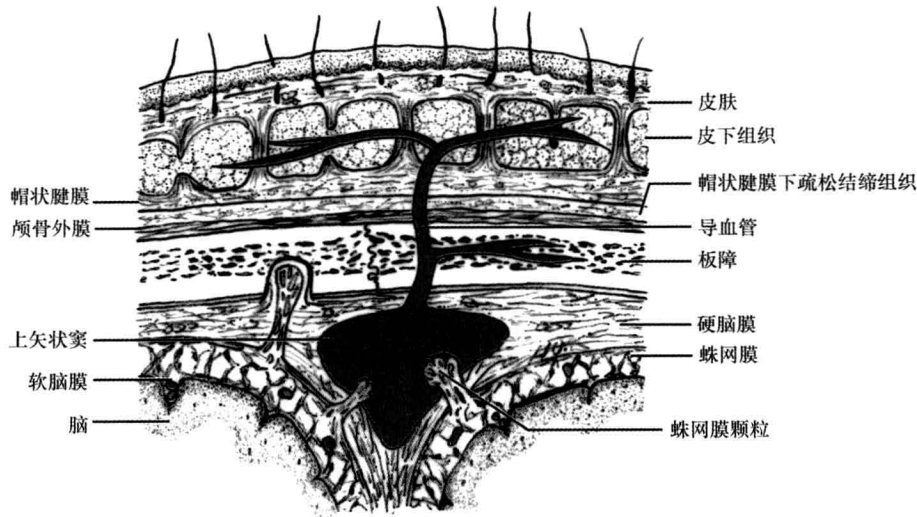


图 1-4 额顶层次(额状断面)

部位；二是具有丰富的血管，外伤时出血多，但伤口愈合较快。

(2) **浅筋膜**：由致密结缔组织和脂肪组织构成，结缔组织形成许多纤维隔，将皮肤与深面的帽状腱膜紧密相连，将脂肪组织分隔为若干小格，小格内有血管和神经穿行。

(3) **帽状腱膜**(epicranial aponeurosis)：厚而坚韧，前连枕额肌的额腹，后连枕腹，两侧逐渐变薄续于颞筋膜。

(4) **腱膜下疏松结缔组织**：又称**腱膜下间隙**，是一层薄而疏松的结缔组织，位于帽状腱膜与颅骨外膜之间，前至眶上缘，后达上项线，两侧至上颞线。

(5) **颅骨外膜**：由致密结缔组织构成，与颅骨表面相连较疏松，容易剥离。但在骨缝处与颅骨结合紧密，不易分开。

### 临床意义

① 由于浅筋膜内的致密结缔组织将脂肪组织分隔为许多小格，故此层感染时，渗出物不易扩散，早期可压迫神经末梢引起剧烈疼痛。此外，小格内的血管壁多被周围的结缔组织固定，损伤后血管断端不易自行收缩闭合，故出血较多，常需压迫或缝合止血。② 头皮损伤若未伤及帽状腱膜，伤口裂开不明显；若伤及帽状腱膜，特别是横向断裂时，由于枕额肌的收缩，伤口裂开较大。缝合头皮时，应仔细缝合帽状腱膜，以减少皮肤张力，有利于止血和创口的愈合。③ 因头皮借腱膜下间隙与颅骨外膜疏松连接，故头皮撕脱伤多自腱膜下间隙分离。④ 腱膜下间隙范围广，开颅时可经此间隙将皮瓣游离后翻起。腱膜下间隙有出血或化脓性感染时，可迅速扩散至额顶枕区，形成较大的血肿或脓肿。⑤ 腱膜下间隙内的静脉，可经导静脉与颅骨的板障静脉及颅内的硬脑膜静脉窦相通，腱膜下间隙的感染，可经上述途径继发颅骨骨髓炎或向颅内扩散，故腱膜下间隙被称为颅顶的“危险区”。⑥ 因颅骨外膜在骨缝处与颅骨连接紧密，故骨膜下脓肿或血肿，常局限于一块颅骨的范围。

## (二) 颞区

1. 境界 位于颅顶两侧，介于上颞线与颞弓上缘之间。

2. 层次 此区的软组织由浅入深也分为五层，依次为皮肤、浅筋膜、颞筋膜、颞肌和颅骨外膜。

(1) **皮肤**：较薄且移动性大，手术切口易于缝合。

(2) **浅筋膜**：含脂肪组织较少，向上与帽状腱膜相续。

(3) **颞筋膜**(temporal fascia)：较致密，上方附于上颞线，向下至颞弓上方分为深、浅两层，深层附于颞弓上缘内面，浅层附于颞弓上缘外面。两层之间有脂肪组织和颞中动、静脉。

(4) **颞肌**(temporal muscle)：呈扇形，起自颞窝和颞筋膜深面，肌纤维向下集中，经颞弓深面止于下颌骨冠突。