

(美)

E·莱契曼

K·K·弗克纳

著

解剖学病案分析

● 人民卫生出版社 ●

解剖学病案分析

〔美〕 E. 莱契曼、K. K. 弗克纳 著

郭 峰 邝国陶 伍鸿钧 译

鞠 躬 蒋建瑜 译校
陆少美 伍赞群



020196 /R322LQM

人 民 卫 生 出 版 社

CASE STUDIES IN ANATOMY

3rd ed

E. Lachman and K. K. Faulkner

New York Oxford

Oxford University Press

1981

解剖学病案分析

〔美〕E. 莱契曼、K. K. 弗克纳 著

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

天水新华印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 9³/₄印张 4插页 219千字

1987年6月第1版 1987年6月第1版第1次印刷

印数：00,001—7,200

统一书号：14048·5337 定价：1.95元

〔科技新书目144—65〕

译 序

解剖学是医学教育的基础课程之一，教师反复向学生强调这门“医学基础”课的重要性，也不时在教学过程中结合一些临床实例，示范性地说明解剖学的应用，并藉以加深学生对解剖学知识的理解，增强他们学习的兴趣。但教师苦于缺少资料，学生则苦于没有好的自学材料，常难以主动地联系临床。我们之所以翻译Lachman及Faulkner著《解剖学病案分析》一书，就是因为这本书正好能满足师生们的一些需要。本书共收集50个临床实例（其中不少内容在一般解剖学教科书中是罕见的）。从解剖学的角度来分析每一病例的各个方面，一方面为教师提供了生动、形象的教学素材，另一方面又帮助学生将解剖学知识与临床联系起来，使“枯燥”的形态学学习活泼起来。

这本书对于学习临床课的学生或进行临床教学的教师，重温解剖学知识，也是一本良好的参考书，甚至对于住院医师也不失为一本值得一读的书。

我们希望通过本书中译本为我国医学教育贡献一分微薄的力量。

鞠 躬

1984年9月于第四军医大学

第三版前言

1978年底Ernest Lachman博士邀我合作筹备《解剖学病案分析》第三版的工作。当大部分修改工作业已完成之际，于1979年9月21日Lachman博士逝世了，余下的任务则留给我个人完成，希望我所完成的任务在某种意义上能作为对Lachman的一种纪念。Lachman博士是一位伟大的学者和教育家，他总是不倦地努力提高他所从事领域的学术水平。

总的来说，第三版的目的和一、二版相同，第一版前言所表达的教育原理仍是正确的。在美国医学院校的初年级学生，几乎从他们开始学习医学课程起就遇到临床医学的问题，因而有必要综合基础医学课程中学到的知识，并且说明它们在临床上的应用。

本版增加了八个新的病例，目的在于扩大本书述及的范围，使之涉及更全面的人体解剖学知识。这八个新病例分插在头颈、腹、盆腔脏器和上、下肢节段内。此外，本版增加了部分内脏反射外周解剖学的附录。

我们还对原病例做了必要的修正和补充。

几篇新的病案分析在一些杂志发表过，但为编入本书，我们又作了修订、充实，常常还改变了版式。有关女性淋病和吊缢解剖学的病案分析原文发表于The Resident公司出版的《Resident and Staff Physician》，本书做了修改。男性淋病解剖学的病案分析发表于《Medical Times》，

2088/08

Romaine Pierson出版社出版。而二分髌骨和豆状体的病案分析发表于《The New Physician》。附录中的许多内容见于Oklahoma State Medical Association Journal的一篇社论中。我非常感谢上述杂志的编辑和出版社允许本书引用这些材料。

感谢Martin Jensen医学博士，他绘制了新补充病案分析的大部分插图，当时他是四年级的医学生，为此他花费了许多宝贵的时光。特别感谢 Patricia Friedel—White 夫人，Paula Moser 夫人和Irene Miles夫人，他们在帮助准备手稿方面起到了重要作用。

多谢Oklahoma大学卫生科学中心解剖科的同事们，他们提出了许多意见、建议和真诚的关心。

特别值得提一下我的妻子和家庭其它成员，他们对本书给予了耐心的支持和鼓励。

特别感谢Oxford大学出版社及其编辑，他们为印此书付出了大量精力。

哲学博士K.K. Faulkner

俄克拉荷马城

1980年7月

第一版前言

执行大体解剖学教学大纲时我们面临着一个众所周知的难题：即当学生必须掌握大量解剖学知识时，他们不知道这些知识在临床医学中的应用；而当他们准备在临床应用这些解剖学知识时，却已把许多内容忘掉了。然而，几乎从开始上基础课的第一周起，就可以举例说明解剖学推理的重要性，以及运用解剖学的原理来解释临床的各种体征及制定治疗方案。这样做，将增强学生学习的动力，以及满足他们学到与临床有联系的一些知识的渴望。我们切不可忽视他们这种兴趣，正是这种兴趣吸引我们的大部分学生学医。应该使学生从一开始就认识到他们每天的学习对他们将来做一名医生是很有意义的。

因此，本书所提供的病案分析，主要面向一、二年级的医学生，供他们在上基础解剖课或后续解剖学课时课外阅读。临床各选修课，常以本书提供的练习为基础，当学生要亲自做一些特殊部位的尸体解剖时更是如此。住院医师将发现这些病例报告对他们复习是有益的，当他们在准备委员会的考试时，本书尤显重要。

每一病例都有简短的病史，体检所见，诊断，治疗和病程，继而是从解剖学的观点进行讨论，一般采用提出问题，再予以回答的形式，其解剖内容以简图说明。本书适于自学，因为所有提出的问题都有详尽的解答和对主题综合性的讨论。

各个练习均是根据所选文献和作者经验的病例提出的，且作了综合性的描述，以说明所讨论问题的解剖学特点。少

数病例选自医学文库中一些古典的精选病案分析汇编，例如Hertzler, Cabot, 或Kanavel的著作。这种表达方式可引起学生对医学教育中启发形式的注意。在这方面值得注意的是在美国大学的法律课，实例方法已运用多年了，甚至对一年级学生也用此法，通过实际的案例和现实生活的法律问题来说明法律的原则。

本书所有病历过去都曾登载于《The New Physician》杂志，但多数改变了编写形式，而且做了修订和补充。

非常感谢《The New Physician》杂志及其编辑部同意引用这些病历。

C.V.Mosby公司也同意引用 Hertzler 著《Clinical Surgery by Case Histories》中两个病历的部分内容；W.B.Saunders 公司同意引用 Cabot著《Differential Diagnosis》第一卷中发表的一个病历中的部分内容；Lea和FEBiger允许引用Kanavel著《Infections of the Hands》中的一个病历；R.D. Duncan和M.E. Myers博士，L.B. Rose博士和D.H.O'Donoghue博士同意引用他们发表的个别病历。对各位出版者和作者致以衷心的感谢。

感谢艺术家E.F.Hiser先生和J.E.Allison 博士，他们在制图上给予密切的合作。还要感谢Frank Romano。

感谢G.H.Daron和K.K.Faulkner博士提出了许多创造性的建议。

特别热忱地感谢我科秘书Pat Friedel夫人，由于她不懈地努力帮助此项工作迅速完成。

E. 莱契曼
俄克拉荷马城

1964年10月

目 录

头颈	(1)
1 面瘫 (Bell氏麻痹)	(1)
2 三叉神经痛	(4)
3 海绵窦栓塞	(14)
4 唇癌伴淋巴播散	(20)
5 下颌骨双侧脱臼	(28)
6 颞下颌关节类风湿性关节炎	(34)
7 下颌骨骨折	(37)
8 气管造口术	(42)
9 吊缢的解剖学	(50)
10 斜颈	(56)
11 颈“挥鞭式”损伤	(61)
体壁和背部	(69)
12 乳腺癌	(69)
13 腹股沟斜疝	(75)
14 椎间盘突出	(81)
15 腰椎穿刺	(84)
16 腰大肌脓肿	(92)
胸腔脏器	(99)
17 肺段性肺脓肿	(99)
18 中叶肺综合征	(102)
19 肺癌及其转移	(107)
20 纵隔胸膜炎	(114)
21 心绞痛	(118)
22 心肌梗塞	(121)
23 主动脉缩窄	(127)
24 上腔静脉阻塞	(134)

3-561/412/88/5621610

25	食管癌	(140)
腹、盆腔脏器		(146)
26	胆绞痛——胆囊切除术	(146)
27	胃“下垂”	(152)
28	胃溃疡穿孔	(158)
29	肠系膜动脉性十二指肠梗阻	(163)
30	肝脓肿溃入肺	(171)
31	阑尾炎	(177)
32	迷走肾血管所致肾盂积水	(182)
33	子宫脱垂	(186)
34	输精管切除术	(191)
35	阴道痉挛	(197)
36	男性淋病的解剖学	(201)
37	女性淋病的解剖学	(212)
上肢		(222)
38	锁骨骨折	(222)
39	颈肋综合征	(226)
40	锁骨下动脉盗血综合征	(230)
41	肱动脉栓塞	(236)
42	静脉注射	(239)
43	腱鞘和鱼际间隙感染	(245)
44	腕管综合征	(249)
下肢		(258)
45	臀部注射	(258)
46	髋关节囊内骨折	(263)
47	膝关节“三联损伤”	(271)
48	二分髌骨和豆状体	(277)
49	胫前综合征	(282)
50	平足（扁平足）	(285)
附录：常用内脏反射的周围解剖		(294)

头 颈

1 面瘫 (Bell氏麻痹)

女图书馆员, 36岁, 在刮冷风的夜晚, 敞开窗户, 靠窗而睡, 早晨醒来觉右耳内和耳周疼痛, 右侧面部麻木、发肿。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的齿颊间隙内, 患者虽无吞咽困难, 但唾液和饮水自右口角流出, 患者十分忧虑而求医。

检查

患者右侧面部表情肌瘫痪, 表情动作丧失, 右额纹消失, 右鼻唇沟较左侧的浅, 右眉下垂, 右下眼睑松弛下垂, 有少许泪液沿右侧面部下淌, 鼻和嘴似偏向健侧, 右侧口角松弛下垂。

进一步检查发现面部下述运动受累: 患者右侧不能皱眉、皱额, 右眼睑闭合不全, 噤嘴时右唇闭合不紧, 不能吹口哨或鼓颊。露齿时, 因未受损的左侧面肌收缩, 口唇被拉向左侧, 笑时面部歪斜更加显著。

诊断

根据患者的发病史、症状和体征, 即可诊断为面瘫或Bell氏麻痹。后一名称系纪念Charles Bell, 这位英国的解剖学家和外科医生, 于1821年首先描述了此病。

治疗和病程

经用止痛剂、皮质类固醇和局部热疗，疼痛消失。其后电刺激受累的肌肉、按摩和做主动的运动锻炼，五周后面瘫几乎完全康复，仅遗留轻度面肌力弱，尤其在口的周围。

讨论

此病的确切原因尚未明瞭。面神经麻痹可能是由于面神经骨管内的神经发炎所致。记住面神经在颞骨岩部内的走行，面神经管紧裹着面神经，处于管内的面神经即使轻度肿胀，也将使神经纤维受到损伤性压迫。面神经出颅的骨性管道下口为何名？该孔是否亦为供给管内面神经的动脉入口？一些学者认为面神经损伤是由于寒冷刺激引起此血管收缩所致。此动脉通常系何动脉的分支？面神经从茎乳孔出颅，此孔也是茎乳动脉的入口处。茎乳动脉为颈外动脉发出的耳后动脉的一个分支。

面肌瘫痪的结果

本例出现的运动障碍显示面神经支配的面肌的功能，这些肌肉通常归类为表情肌，司面部的随意运动和表达情感。如何解释面神经麻痹时额部的皱纹和面部某些皱褶消失？应该知道，某些皮肤皱纹是由于习惯性皱起皮肤所致，如蹙眉引起额部生褶，眯眼引起眼周生纹，正常情况下额肌使额部皮肤产生横纹，眼轮匝肌可引起眼角处的“鱼尾纹”，于面肌麻痹时，这些部分地附着于皮肤的肌肉的张力丧失，而皮褶也就消失。

什么肌肉麻痹可以解释眼睑不能闭合和下睑松弛下垂呢？眼睑闭合不全引起面神经麻痹最严重的并发症为结合膜和角膜的炎症，可能导致角膜溃疡。下睑松弛引起下睑外翻而泪溢，如本例所见。正常时眼泪自何处排出？哪些肌肉开大眼裂？在面神经麻痹时该肌是否受累？其麻痹常引起眼严

重并发症的肌肉是眼轮匝肌，它收缩时起类似挡风玻璃刮水器的作用，可使角膜保持湿润清洁。泪液通常经过泪点、泪小管引流到泪囊，再经鼻泪管到鼻腔。睁眼的肌肉是提上睑肌，其躯体性部分由未受累的动眼神经支配，其内脏性部分（平滑肌）由颈上神经节的交感纤维支配。

什么重要的肌肉麻痹引起食物滞留于齿颊间隙内，并丧失吹口哨的能力？颊肌的重要功能为维持颊部的张力和防止食物进入齿颊之间，还可防止颊粘膜在咀嚼时被牙齿咬伤。

病人不能噘嘴，不能露齿，系由于口轮匝肌麻痹之故。口轮匝肌的整体作用或部分收缩可使唇前突噘嘴或拉唇贴向牙齿。

许多小的面肌功能障碍导致微笑和大笑等表情消失，这些小肌肉有颧肌、笑肌、鼻肌和上唇提肌等，它们都位于皮下、无深筋膜、附着于皮肤，它们瘫痪可引起Bell氏麻痹所具有的特征，即瘫痪侧丧失表达情感的能力，诸如惊奇和注意，喜悦和忧愁等。

颞顶肌（额肌和枕肌）、耳外肌、茎突舌骨肌和二腹肌后腹受累是难以证实的。

面瘫时耳部症状和味觉障碍

镫骨肌偶尔也麻痹，就侵犯的部位来说，这会提供什么线索呢？只有面神经在发出镫骨肌支的近侧受损时才出现镫骨肌麻痹。镫骨肌的功能是使镫骨底板翘起以减弱听小骨的震动。那么镫骨肌瘫痪会出现什么结果呢？可使病人对响声特别敏感，而出现听觉过敏，可能使病人十分烦恼。

如何解释患侧耳内和耳周疼痛及面部麻木？面神经是否含有一般躯体传入纤维？这些纤维的胞体位于何神经节内？膝状神经节含有这些躯体感觉纤维的胞体。面神经麻痹时传

送耳部痛觉纤维的外周行径尚不甚肯定。可能有两路：一条是面神经在面神经管的最下端发一交通支到迷走神经的耳支，并随之到达外耳；另一条是经伴随面神经耳后支运动纤维的感觉纤维。面神经是否含有传送包括面深部疼痛在内的深感觉纤维，尚有争论。

因为通常通过鼓索的内脏传出冲动和传入冲动也可能沿其它途径传送，因而没有鼓索受累的临床指征，也不能确定损伤的位置发生在鼓索神经起点的远侧。这使鼓索损伤时，常常不能发现味觉功能障碍。如果鼓索受累而又无其它传送味觉冲动的途径时，患侧舌前2/3的味觉将丧失。

2 三叉神经痛

女，60岁，一年多来于右下眼睑、右侧鼻颊部和右侧上唇多次发作剧烈的刺痛，疼痛发作虽仅持续几秒钟，但患者难以忍受要求立即治疗。主诉发病初期疼痛并不剧烈，发作次数也不频繁，疼痛仅限于鼻部。有四个月的时间疼痛消失，但随后又复发，且更为剧烈和频繁，因而拔掉了几颗上牙，作了上颌窦引流，但病症仍未减轻，咀嚼、饮水、洗脸、擦面部或擤鼻涕均可引起疼痛发作。轻触鼻外侧同样引起疼痛。患者用围巾保护面部以期免遭触碰和冷风吹拂。经询诊，患者诉说疼痛总局限在右侧，从不超越中线。

检查

检查期间观察到一次发作，患者畏缩，面部扭歪呈抽搐状。患者由于吃饭和喝水有困难体重减轻15磅，出现脱水征象。神经检查未发现运动障碍，无三叉神经传导的感觉障碍。其它颅神经的功能正常。除患者表现忧虑和紧张外，体

格检查无特殊发现。

诊断

三叉神经上颌支神经痛（痛性抽搐，tic douloureux）。

治疗和病程

给予镇静剂和止痛剂。此外，试用几种据说对三叉神经痛有特效的药品：如抗癫痫药及维生素B₁和维生素B₁₂注射剂。患者定期就诊，但治疗仅能暂时减轻症状。由于疼痛持续不减，患者要求给予外科治疗。在局麻下将95%的酒精1毫升注入三叉神经的上颌支内，注入点在翼腭窝内上颌支刚出圆孔处。

术后15个月内，患者的发作性疼痛完全缓解。体重明显增加，但仍诉上颌神经支配的区域内（图2-1和2-2）有麻木感和感觉异常（刺痛和灼烧感）。

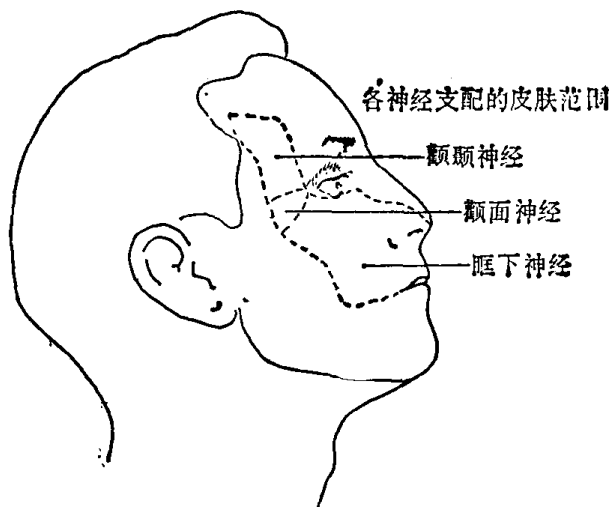


图 2-1 三叉神经上颌支的皮肤分布区。

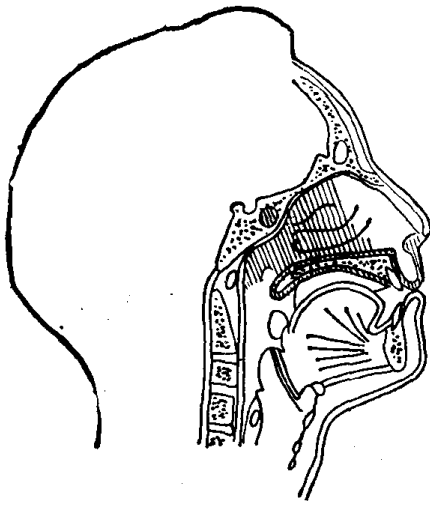


图 2-2 三叉神经上颌支配的
粘膜区。

注意 注射或外科处置后的感觉缺失区要稍微小一些，因为三叉神经其它分支、其它脑神经和颈神经在该区有重叠分布。

酒精注射一年半以后，剧烈疼痛又开始发作。在翼腭窝内作第二次酒精封闭上颌支，疼痛只缓解了8个月左右，因而决定采用更为彻底的方法，即在三叉神经节的后侧切断三叉神经的感觉根（神经根切断术）。

选择颞部硬膜外径路显露三叉神经感觉根。患者坐于类似牙科椅的椅子上，头部保持正直。气管内

全麻。在外耳道前方作一垂直切口，自颞突向上延伸。分开颞筋膜和其深面的颞肌，向两侧牵开。用圆钻头在颞骨鳞部开孔，并扩大到直径4厘米。用钝性分离法将硬膜自颞骨岩部的斜面和颅中窝的底面分离开。于棘孔处找到硬脑膜中动脉，切断、电凝和结扎之。进一步分离硬膜，在三叉神经下颌支出卵圆孔处暴露下颌支。卵圆孔在棘孔的前内方。沿三叉神经下颌支的后缘可找到三叉神经节（Gasser节），自此节向后内上方到达感觉根。切开神经节和神经根的硬膜-蛛网膜套，暴露感觉根。围绕节和根的蛛网膜下腔被打开，此时有脑脊液流出。吸去脑脊液，直至手术野干净。手术只切断三叉神经第二、三支的感觉根纤维，而不累及第一支。

由于第二、三支的感觉根纤维占三叉神经根外侧份内一个相当明确的位置，因而有可能施行神经根部分切断术。在节后约半厘米处切断神经根，不切断眼支的感觉纤维及下颌神经的运动根（图 2-3）。眼支的感觉纤维位于三叉神经

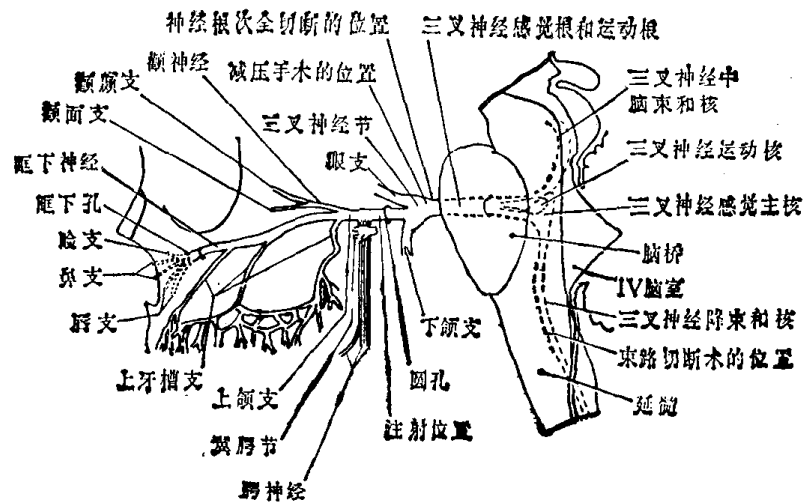


图 2-3 三叉神经核，三叉神经的束、根、节和分支，上颌支的分布区域。注意外科处置的位置：束路切断术，神经根切断术，减压术和酒精注射。

感觉根的内上方。偶尔眼支和上颌支、下颌支之间以一裂隙分开，在这种情况下，易作选择性切断术。三叉神经运动根可根据其颜色略晦暗、走行方向，特别是它位于感觉根的深面等特点而鉴别。运动根斜向前下方，在卵圆孔处和下颌支的感觉纤维合并。彻底止血后缝合颞肌、颞筋膜和皮肤切口。术后患者很快恢复，疼痛消失，仅右侧面部发麻。由于以往的酒精注射治疗，患者已熟悉且能较好地耐受这一副作用。

讨论
三叉神经痛的一般描述