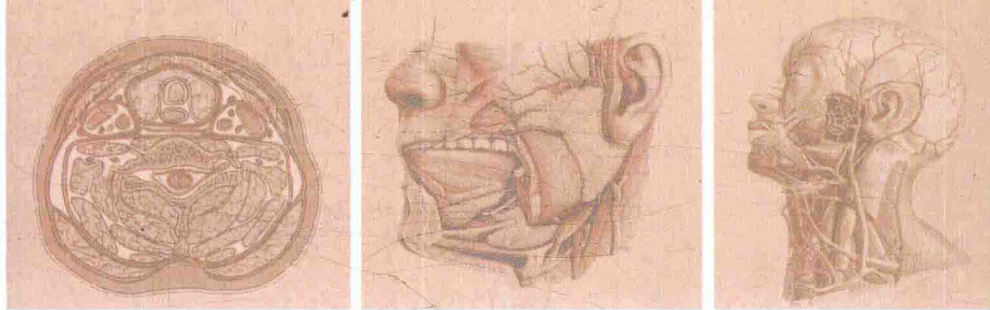




普通高等医学院校精品课程配套教材

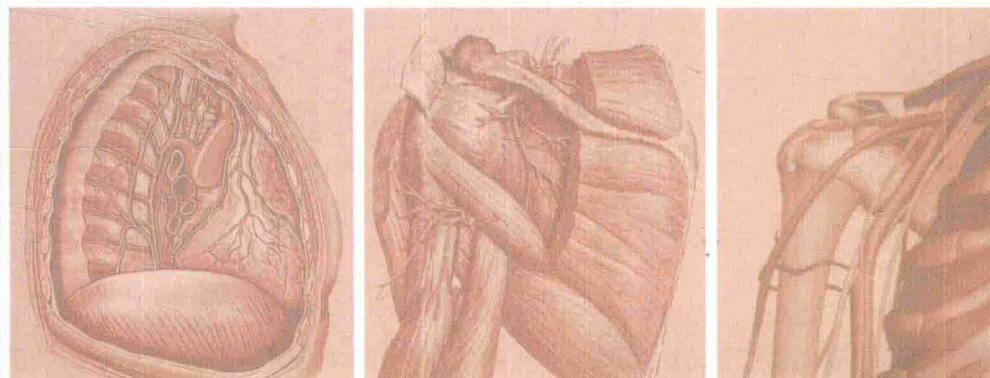
人体局部 解剖学

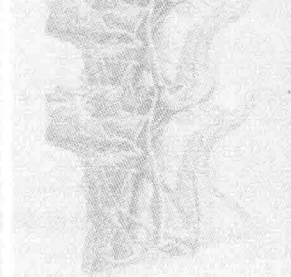
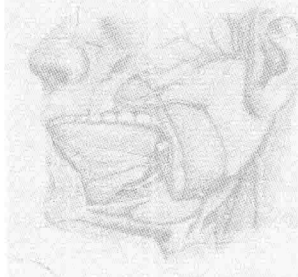
学习指导

主编 钱亦华



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS





普通高等医学院校精品课程配套教材

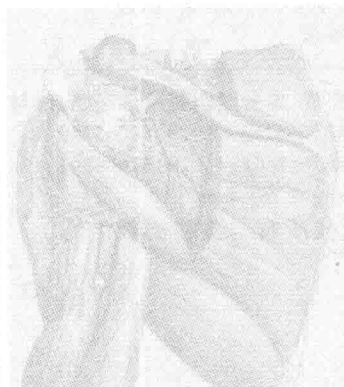
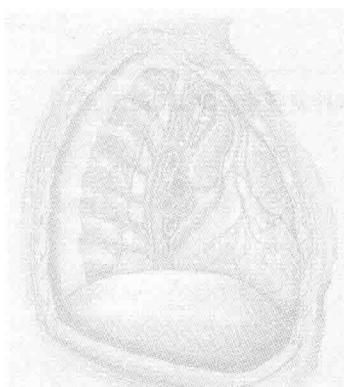
人体局部 解剖学

学习指导

主编 钱亦华



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS



图书在版编目(CIP)数据

人体局部解剖学学习指导/钱亦华主编. —西安:西安交通大学出版社,2017.9

普通高等医学院校精品课程配套教材

ISBN 978-7-5693-0119-9

I. ①人… II. ①钱… 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(2017)第 220221 号

书 名 人体局部解剖学学习指导
主 编 钱亦华
责任编辑 黄 璐

出版发行 西安交通大学出版社
(西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)

网 址 <http://www.xjtupress.com>

电 话 (029)82668357 82667874(发行中心)
(029)82668315(总编办)

传 真 (029)82668280

印 刷 陕西元盛印务有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16 印张 9.75 字数 231 千字

版次印次 2017 年 10 月第 1 版 2017 年 10 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5693-0119-9

定 价 26.00 元

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。

订购热线:(029)82665248 (029)82665249

投稿热线:(029)82668803 (029)82668804

读者信箱:med_xjup@163.com

版权所有 侵权必究

《人体局部解剖学学习指导》

编写委员会

主 编 钱亦华

副主编 夏 蓉 杨蓬勃 雷天福

编 者 (按姓氏笔画排序)

刘朝晖 苏州大学

许杰华 西安交通大学

杨 杰 西安交通大学

杨维娜 西安交通大学

杨蓬勃 西安交通大学

肖新莉 西安交通大学

张军峰 西安医学院

张建水 西安交通大学

陈新林 西安交通大学

夏 蓉 上海交通大学

钱亦华 西安交通大学

梁影村 西安交通大学

靳 辉 西安交通大学

雷天福 西安交通大学

FOREWORD

前言

人体局部解剖学是一门重要的医学基础课,也是其他医学基础课如病理学、生理学等基础课的基础,同时它也是临床医学各学科尤其是外科学和影像诊断学等的重要桥梁课。要成为一名优秀的临床医师,就必须认真、扎实地掌握人体局部解剖学。

这本《人体局部解剖学学习指导》,作为人体局部解剖学配套教材,着重提炼归纳了局部解剖学的理论知识,系统描述了实地解剖操作方法,为学生及医务工作者学习人体局部解剖学提供帮助和指导。

本书遵循人体局部解剖学教学大纲要求及最新版的局部解剖学教材内容编写。各章节内容完全与教材相对应匹配,全书按头部、颈部、胸部、腹部、盆部与会阴、脊柱区、上肢、下肢八个章节编排。编者均为长期从事人体解剖学教学及研究的一线教师,具有丰富的教学经验,在内容编写中将个人的教学体会及一些解剖操作技巧和经验都融入编写内容里,对学生学习具有权威性和实用性。

本书主要供医学各专业本科生学习局部解剖学使用,也适用于七年制、八年制局部解剖学教学用书,也可作为研究生入学考试及国家执业医师资格考试辅导教材。

本书的编写有上海交通大学、苏州大学、西安医学院兄弟院校老师的参与;本教材的编写与出版得到了西安交通大学医学部基础医学院立项资助,受到了西安交通大学出版社及西安交通大学基础医学院人体解剖与组织胚胎学系的支持与帮助,在此一并表示衷心感谢。由于水平所限,本书难免存在遗漏和错误,恳请读者和同道不吝提出批评和指正。

钱亦华

2017年7月16日

CONTENTS

目 录

第一章 头部	(1)
第一节 学习目标	(1)
第二节 学习要点	(1)
第三节 解剖操作指导	(6)
第四节 临床病例	(9)
第五节 临床病例问题分析答案	(11)
第二章 颈部	(13)
第一节 学习目标	(13)
第二节 学习要点	(13)
第三节 解剖操作指导	(20)
第四节 临床病例	(25)
第五节 临床病例问题分析答案	(26)
第三章 胸部	(29)
第一节 学习目标	(29)
第二节 学习要点	(30)
第三节 解剖操作指导	(38)
第四节 临床病例	(43)
第五节 临床病例问题分析答案	(44)
第四章 腹部	(46)
第一节 学习目标	(46)
第二节 学习要点	(47)
第三节 解剖操作指导	(61)
第四节 临床病例	(68)

第五节 临床病例问题分析答案	(70)
第五章 盆部与会阴	(74)
第一节 学习目标	(74)
第二节 学习要点	(75)
第三节 解剖操作指导	(81)
第四节 临床病例	(85)
第五节 临床病例问题分析答案	(86)
第六章 脊柱区	(88)
第一节 学习目标	(88)
第二节 学习要点	(88)
第三节 解剖操作指导	(94)
第四节 临床病例	(95)
第五节 临床病例问题分析答案	(96)
第七章 上肢	(98)
第一节 学习目标	(98)
第二节 学习要点	(99)
第三节 解剖操作指导	(108)
第四节 临床病例	(117)
第五节 临床病例问题分析答案	(118)
第八章 下肢	(121)
第一节 学习目标	(121)
第二节 学习要点	(121)
第三节 解剖操作指导	(129)
第四节 临床病例	(135)
第五节 临床病例问题分析答案	(136)
参考文献	(138)
中英文名词对照索引	(139)

第一章

头 部

第一节 学习目标

一、掌握

1. 颅顶的额顶枕区层次及各层的结构特点。
2. 腮腺的形态、位置及腮腺鞘的概念以及穿经腮腺的结构。
3. 面动脉的行程、分布及特点。
4. 面神经的分支分布及特点。
5. 颅内、外静脉的交通及临床意义。

二、熟悉

1. 头面部的境界及分区。
2. 面部皮肤及浅筋膜的特点，面部表情肌的配布。
3. 腮腺导管的位置及其体表投影。
4. 脑膜中动脉的体表投影及临床意义。
5. 面部危险三角区的概念及临床意义。
6. 三叉神经终末支出孔的位置、体表投影及临床意义。
7. 面侧区、颞下窝的位置及筋膜间隙、交通关系。

三、了解

1. 头部的表面解剖、体表标志和体表投影。
2. 颅部的组成。
3. 颞区的境界、层次及各层的结构特点。

第二节 学习要点

一、面部浅层结构

(一) 皮肤与浅筋膜

面部皮肤较薄、柔软有弹性，含较多的皮脂腺、毛囊、汗腺，是皮脂囊肿和疖肿的好发

部位。

面部浅筋膜由疏松结缔组织构成。颊部脂肪较多,形成颊脂体;脸部脂肪少,故水肿时易显现。浅筋膜中有神经、血管和腮腺管,血运丰富,抗感染力强,创口愈合快,但创伤时出血多。

(二) 面肌

面肌属皮肤,止于皮肤,收缩时牵动皮肤而呈现面部各种表情,多位于眼裂、口裂和鼻孔周围,由面神经颅外支配。

(三) 血管、淋巴和神经

1. 血管

(1) **面动脉** facial artery 在平下颌角处发自颈外动脉,向前经茎突舌骨肌、二腹肌后腹深面进入下颌下三角;在下颌下腺深面,咬肌前缘处绕下颌骨体下缘,位于口角与鼻翼之间,上行至内眦。面动脉分布到面部,在口、鼻、眼的周围,两侧面动脉之间有丰富的吻合。在下颌骨下缘与咬肌前缘相交处可触及面动脉的搏动。

(2) **面静脉** facial vein 伴行于面动脉的后方,起自内眦静脉,在下颌角下方与下颌后静脉的前支汇合,注入颈内静脉。面静脉经内眦静脉、眼上静脉和海绵窦交通。面静脉一般无静脉瓣,面肌收缩可促使血液逆流,故在两侧口角和鼻根连线所形成的三角区内,若患脓性感染,可沿上述途径逆行至颅内。面静脉借面深静脉与翼丛相通。

2. 淋巴

面浅层淋巴管丰富,吻合成网,有颧淋巴结、颊肌淋巴结、下颌淋巴结。

3. 神经

面部皮肤的感觉神经是三叉神经皮支,面肌的运动神经为面神经的分支。

(1) 三叉神经 trigeminal nerve 的皮支

眶上神经:由眶上切迹或眶上孔至额区皮肤。

眶下神经:由眶下孔分布至下睑、鼻背外侧、上唇皮肤。

颊神经:由颊孔分布于下唇、颊区皮肤。

(2) 面神经 facial nerve 的颅外支。

颞支:自腮腺上缘穿出。

颧支:自腮腺上前缘穿出,与面横动脉伴行。

颊支:自腮腺前缘穿出,分上、下两支,上支平行于腮腺管的上方。

下颌缘支:自腮腺下端穿出,越过面动、静脉的浅面,沿下颌骨下缘前行。

颈支:自腮腺下端穿出,在下颌角附近进入颈部,支配颈阔肌。

二、腮腺咬肌区

(一) 腮腺的位置

腮腺 parotid gland 为最大的唾液腺,位于外耳道前下方,咬肌后缘及下颌后窝内。腮腺形态不规则,分浅、深两部,以峡部相连。浅部覆于下颌支和咬肌后份的表面,称面突;深部位于下颌支深面,伸向咽壁,称咽突。

（二）腮腺咬肌筋膜

系颈深筋膜浅层的延续，在腮腺后缘分为浅、深两层，包绕腮腺形成腮腺鞘。覆于咬肌表面的部分称为咬肌筋膜。

（三）腮腺导管

腮腺导管 parotid duct 自腮腺前缘上部发出，在颧弓下方（约一横指），越过咬肌表面，穿过颊肌，开口于平对上颌第二磨牙的颊黏膜上。

（四）面神经与腮腺的关系

面神经出颅后，因穿经腮腺而分成三段：

1. 腮腺前段

腮腺前段自茎乳孔至入腮腺之前，是面神经主干。

2. 腮腺内段

腮腺内段行于腮腺内，通常分为上、下两干，共发出 9~12 条神经，彼此交织成丛，最后形成五组分支。面神经位于颈外动脉和下颌后静脉的浅面。

3. 腮腺后段

腮腺后段五组分支，由腮腺浅部的上缘、前缘和下端穿出，呈扇形分布到相应的面肌。

（五）腮腺的毗邻及穿经腮腺的结构

1. 前缘

前缘贴于咬肌表面，自上而下有面神经颧支，面横动脉、静脉，面神经颊支上主支，腮腺管，面神经颊支下主支穿出。

2. 上缘

上缘邻颧弓、外耳道、颞下颌关节，自后向前有耳颞神经，颞浅动、静脉及面神经颞支穿出。

3. 下端

下端有面神经下颌缘支、颈支及下颌后静脉穿出。

4. 后缘

后缘邻乳突、二腹肌后腹及胸锁乳突肌前缘的上份。

5. 浅面

浅面有耳前淋巴结、耳大神经。

6. 深面

深面邻茎突诸肌及深部的血管（颈内动、静脉）、神经（后四对脑神经），称“腮腺床”。

7. 穿经腮腺实质的结构及其排列关系

纵行的有颈外动脉、颞浅动、静脉、下颌后静脉、耳颞神经，横行的有上颌动、静脉，面横动、静脉及面神经的分支。

（六）咬肌

咬肌 masseter 起自颧弓止于咬肌粗隆，浅面被腮腺和咬肌筋膜所覆盖，深面与下颌支之间有咬肌间隙。

三、面部间隙

面部间隙位于颅底与上、下颌骨之间，彼此交通。

(一) 咬肌间隙

咬肌间隙 masseter space 位于咬肌深面与下颌支上部之间。咬肌的血管神经在此经过。牙源性感染可扩散至此间隙。

(二) 翼下颌间隙

翼下颌间隙 pterygomandibular space 位于翼内肌与下颌支之间。内有舌神经、舌动脉、下牙槽血管、神经穿行。

(三) 舌下间隙

舌下间隙 sublingual space 上界为口底黏膜，下界为下颌舌骨肌及舌骨舌肌。内有舌下腺、下颌下腺深部、下颌下神经节、舌神经、舌下神经及血管等。

四、额顶枕区层次结构

(一) 境界

前为眶上缘，后为枕外隆突和上项线，两侧以上颞线为界。

(二) 层次

额顶枕区由浅到深，分五层：

1. 皮肤

皮肤厚而致密，含大量毛囊、汗腺和皮脂腺，血供丰富。

2. 浅筋膜

浅筋膜含纤维束，将皮肤与深层的帽状腱膜紧密相连，纤维束将浅筋膜分成许多小格，内含神经、血管。

3. 帽状腱膜 epicranial aponeurosis

其前、后连额、枕肌，两侧续于颞筋膜。

4. 腱膜下蜂窝组织

腱膜下蜂窝组织连接帽状腱膜和骨膜，内有连通颅内、外静脉的导血管通过。该层为颅顶部的“危险区”。

5. 颅骨外膜

颅骨外膜盖于颅顶各骨表面，在骨缝处紧密愈着。

皮肤、浅筋膜与帽状腱膜紧密相连，难以分开，故可将这三层看作一层，称为头皮。浅筋膜内的血管神经，按其分布区可分为前、后两组：

(1) 前组 有眶上血管、神经（位于外侧）及滑车上血管、神经（位于内侧）。眶上动脉、滑车上动脉起自眼动脉；眶上静脉、滑车上静脉，两者合成内眦静脉；眶上神经、滑车上神经起自额神经。

(2) 后组 枕动脉起自颈外动脉，与枕大神经同穿过斜方肌；枕静脉汇入颈外静脉；枕大神经为第2颈神经后支，在动脉内侧。

五、颞区

(一) 境界

颞区位于颅顶两侧，介于上颞线与颞弓上缘之间。

(二) 层次

颞区由浅至深分六层：

1. 皮肤

皮肤移动性大。

2. 浅筋膜

浅筋膜含血管、神经，分耳前、后两组。

(1) 耳前组 颞浅动脉为颈外动脉终支之一；颞浅静脉汇入下颌后静脉；耳颞神经起自下颌神经，分布于皮肤。

(2) 耳后组 耳后动脉起自颈外动脉；耳后静脉汇入颈外静脉；耳大神经和枕小神经起自颈丛。

3. 颞筋膜 temporal fascia

颞筋膜自上颞线至颞弓内、外面。

4. 颞肌 temporal muscle

颞肌起自颞窝和颞筋膜深面，肌纤维经颞弓深面止于下颌骨冠突。

5. 骨膜 periosteum

骨膜薄，紧贴颞骨表面。骨膜和颞肌之间有颞下间隙。

六、颅顶骨

颅顶骨包括额、顶、枕骨及蝶骨大翼和颞骨鳞部，均属扁骨，彼此间以颅缝相结合。

颅顶骨的厚度各处不一，最薄为颞区。颅顶骨呈圆顶状，有一定的弹性。

颅顶骨分外板（较厚、耐受张力较大）、内板（较薄、较脆弱、外伤时易骨折）及板障（为内、外板之间的骨松质，含有骨髓、板障静脉）三层。

七、颅内、外静脉交通

颅内的静脉血，除经乙状窦汇入颈内静脉外，还有下列途径使颅内、外静脉相互交通。

(一) 通过面部静脉与翼丛的交通

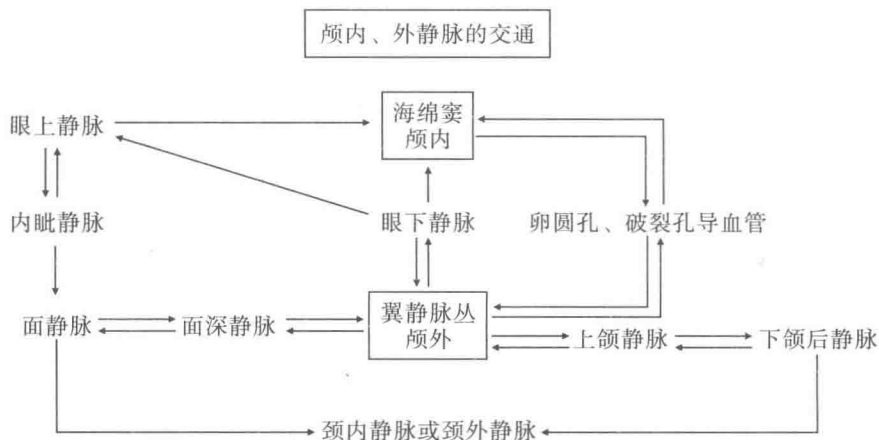
颅内静脉通过面部静脉与翼丛交通。翼丛通过眼下静脉还与海绵窦 cavernous sinus 交通。故口、鼻、咽等部位感染可能引起颅内的感染。

(二) 通过导静脉的交通

这些导静脉有顶导静脉、乳突导静脉、髁导静脉和额导静脉。

(三) 通过板障静脉的交通

板障静脉有额、颞前、颞后和枕板障静脉。



第三节 解剖操作指导

一、解剖面部

(一) 切口

尸体取仰卧位，肩下垫木枕，使面部略抬高。皮肤切口请参考图1、图2。

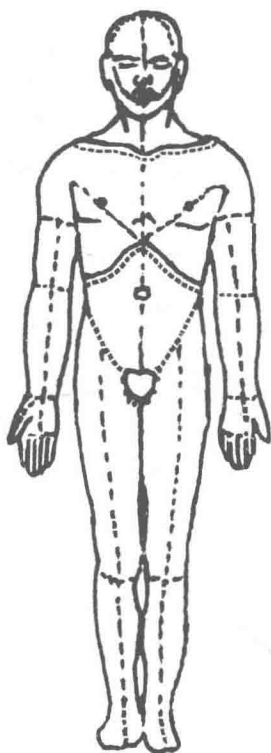


图1 人体解剖常用皮肤切口（前面）

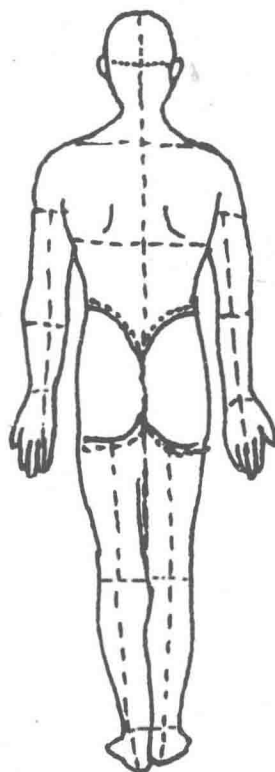


图2 人体解剖常用皮肤切口（后面）

1. 正中切口

从颅顶正中向前下经鼻背、人中至下颌体下缘做切口。

2. 横切口

从鼻根中点向外到眼内眦，沿睑裂上、下缘到眼外眦，并继续向外到耳前做一横切口。

3. 环形切口

在鼻孔和口裂周围各做一环形切口。

4. 下横切口

沿下颌体下缘至下颌角，再至乳突尖做横切口。

各切口要深浅适宜，不要过深。然后将眼裂下方的皮片向后翻到耳郭根部，上方的皮片翻向上后。翻皮片时要细心，刀刃应向皮面，尽量使深面的肌肉少受损伤。

(二) 层次解剖

1. 解剖面肌

(1) 在眼内眦处摸认睑内侧韧带（拉眼睑向外时紧张），然后修洁眼轮匝肌。睑部的肌纤维色淡而薄，修洁时要小心，不要误以为脂肪而除去。

(2) 修洁口轮匝肌，注意不要切掉与口轮匝肌交织的其他肌肉。

(3) 在前额修洁额肌，刀刃应与肌纤维平行。

(4) 在鼻上半部靠眼内眦处找出滑车下神经。

(5) 追踪面静脉到颧大肌深面，修洁提上唇肌、颧小肌和颧大肌。

(6) 追踪颈阔肌，可见其后部纤维向前弯向口角，即为笑肌。在口角下方，辨认并修洁降口角肌和它前面的降下唇肌。

2. 解剖腮腺区

(1) 解剖腮腺咬肌筋膜 紧靠耳郭前面，自颧弓到下颌角切开腮腺表面的腮腺咬肌筋膜，向前、上、下三个方向逐渐翻起除去，修洁时可能见到一些小的淋巴结即腮腺淋巴结。

(2) 以腮腺管为起点解剖穿出腮腺前缘上份至上端的结构 先在腮腺前缘、颧弓下方约一指宽处找到腮腺管，追踪到咬肌前缘，在腮腺管上方寻找副腮腺（一小部分分离的腮腺），面横血管和面神经颧支（有上、下两支）。

在腮腺的上端找出颞浅动脉和静脉，并在血管的后方找出三叉神经分出的耳颞神经，血管的前方找出面神经的颞支。

(3) 解剖穿出腮腺前缘下份及下端的结构 在腮腺管下方寻找面神经的颊支和下颌缘支。

在腮腺的下端找出面神经的颈支和下颌后静脉的前支和后支。在腮腺上、前、下三个方向的结构依次有：①耳颞神经；②颞浅血管；③面神经颞支；④面横血管；⑤面神经颧支；⑥腮腺管；⑦面神经颊支；⑧面神经下颌缘支；⑨面神经颈支；⑩下颌后静脉的前支、后支。

(4) 解剖面神经、颈外动脉和颞浅动脉，并观察其在腮腺内的排列。

1) 追踪面神经各支至进入面肌处。

2) 将颧大肌、颧小肌和提上唇肌从起点分离向下翻开，修洁面动、静脉及其分支和属支。注意找到面深静脉，它由面静脉越过颊肌时分出，向后穿过脂肪到咬肌的深面，与翼丛相交通。

3) 小心去掉咬肌前缘深面的颊脂体, 追踪面神经的颊支到颊肌, 找出与颊支有吻合的下颌神经的分支颊神经和与之相伴行的颊动脉, 修洁颊神经并向后追踪到下颌支前缘。

4) 逐块除去腮腺浅部, 可见面神经各支交织成丛, 顺面神经各分支向前追至颞面干和颈面干。追踪面神经各支向后至其本干。同时寻找由耳大神经和耳颞神经来的交通支。耳大神经来的分支不易寻到, 而由耳颞神经来的分支较大比较好找。继续追踪面神经干到茎乳孔, 找出面神经干进入腮腺前的分支: 耳后神经及到二腹肌后腹和茎突舌骨肌的肌支。

5) 继续除去腮腺实质, 找出并修洁下颌后静脉, 观察其由颞浅静脉和上颌静脉合成。下颌后静脉出腮腺后分为前、后两支, 前支与面静脉合成面总静脉, 后支与耳后静脉合成颈外静脉。位于静脉深面可见颈外动脉, 解剖分离至下颌颈高度, 见其分为颞浅和上颌动脉。注意颞浅动脉起始处发出面横动脉, 向前横行为颧弓和腮腺导管之间。

(5) 解剖面动、静脉 在下颌骨下缘与咬肌前缘相交处, 寻找面动脉及位于面动脉后外方的面静脉, 并向内上方追踪, 见其经口角、鼻翼外侧向上延续为内眦血管。面动脉在口角的外下方, 发出下唇动脉, 平口角发出上唇动脉。

3. 解剖眶上神经、眶下神经和颞神经

(1) 解剖穿出额肌纤维的滑车上神经和血管以及眶上神经和血管, 前者在眶上缘内侧部的上方, 距正中线约一横指宽处; 后者常有两支, 位于较外侧。

(2) 翻开眼轮匝肌下内侧份, 找出穿眶下孔的眶下神经和血管, 修洁它们的分支。

(3) 切断并向下翻起降口角肌, 找出由颞孔穿出的颞神经。

4. 解剖咬肌

修洁咬肌, 观察其起止形态, 向前翻起其后缘上部, 寻找进入咬肌的神经和血管。

5. 解剖面侧深区 (颞下窝)

用刀柄自下颌颈和下颌支后缘的深面插入, 使下颌颈和下颌支与深面的软组织分离, 刀柄向下移动, 受阻处就是下牙槽神经和血管穿入下颌孔之处。用骨剪剪断下颌颈, 并紧靠下颌孔上方水平锯断下颌支, 将此段骨片去掉, 小心除去脂肪纤维组织, 露出深面的肌肉、血管和神经。依次找出并修洁下列结构: ①在下颌孔处找到下牙槽神经和下牙槽动脉, 向上追踪到翼外肌下缘。在下牙槽神经进入下颌孔的稍上方, 寻找它发出的细小的下颌舌骨肌神经。②在下牙槽神经的前方, 翼内肌表面找出舌神经。③追踪颊神经到翼外肌两头之间, 颞深神经和咬肌神经到翼外肌上缘。④修洁位于翼外肌表面的上颌动脉及其分支。有时上颌动脉位于翼外肌深面待以后再解剖。在修洁过程中遇到一些小静脉交织成网, 即翼静脉丛, 可除掉。翼静脉丛向后下汇合成一或两支较大的静脉, 即上颌静脉。⑤修洁翼外肌和翼内肌已暴露的部分, 观察它们的起止和形态。

6. 解剖面侧深区浅部

(1) 除去颞下颌关节盘、下颌头及翼外肌, 注意不要损伤耳颞神经、上颌动脉和深面其他结构。

(2) 修洁下颌神经及其分支, 拉舌神经向前, 找出加入其后缘的鼓索神经。凿开下颌管, 追踪下牙槽神经到牙根和颞孔。

(3) 修洁上颌动脉第一段, 找出它的分支。追踪脑膜中动脉到棘孔, 看清耳颞神经两个根包绕脑膜中动脉的情况, 追踪修洁耳颞神经。

(4) 扭转下颌神经干 (必要时可以切断翻开), 试寻找位于其深面的耳神经节和连于耳

神经节的小支。

二、解剖颅部

解剖颅部主要是解剖颅顶部软组织。

(一) 皮肤

将尸体头垫高，把颅顶正中矢状皮肤切口向后延续到枕外粗隆，并从颅顶正中做一冠状切口向下到耳根上方，自颅顶中央将颅顶皮肤向外下翻开。

(二) 浅筋膜

1. 在前额找到前已找出的滑车上神经和血管、眶上神经和血管，以及颅顶肌的额腹，向上追踪修洁直到颅顶。

2. 向上追踪面神经颞支，同时修洁颞筋膜前部。

3. 向上追踪颞浅血管和耳颞神经。

4. 在耳郭后面，追踪并修洁耳大神经、枕小神经、耳后血管、耳后神经。

5. 将尸体翻转，面部朝下，在枕外隆凸处的浅筋膜中找出由颈部上升的第三颈神经末支。摸认上项线，估计这里浅筋膜的厚度，然后在距枕外隆凸外侧 2.5cm 处切开浅筋膜，找出在此处穿出深筋膜的枕动脉和枕大神经，追踪它们到颅顶。

(三) 帽状腱膜、腱膜下疏松结缔组织、颅骨外膜

1. 从上向下，修洁颅顶腱膜的后部和颅顶肌的枕腹，注意不要损伤血管和神经。

2. 在正中线切开颅顶腱膜，插入刀柄，检查其下面的疏松结缔组织和颅顶肌前、后、左、右相连情况。分层仔细观察帽状腱膜、腱膜下疏松结缔组织和颅骨外膜。探查证实颅骨外膜与骨缝连接紧密。

第四节 临床病例

病例 1

患者，男，17 岁，学生，因严重的面部粉刺（痤疮）去皮肤科就医。医生观察到患者口唇上方以及鼻尖等部位有带脓点的脓肿（疖肿），有些顶部已经有浅黄色的脓头。医生为其做了治疗处理，给予抗生素治疗，并告诉他不要挤压脓肿，因为该处为面部的“危险三角区”，容易引起感染，并可能导致颅内感染。

临床诊断：面部痤疮继发引起上唇、鼻尖疖肿。

临床解剖学问题：

1. 描述面部的危险三角区。

2. 从解剖学的角度解释面部的感染向颅内蔓延的可能途径。

3. 颅内感染的危害性有哪些？

病例 2

患者，女，50 岁，早晨起床后洗漱，从镜子中看到自己右侧面部下垂，面部感觉与往

常不同。闭目时右眼合不拢，右侧嘴唇不能动，不能吹口哨，不能鼓气，不能上扬右边眉毛或是皱眉，吃饭时食物会从右侧嘴角漏出来。此女性怀疑自己已中风，因此去医院就诊。患者向医生表述，几天前患了感冒并中耳炎感染，前一天晚上驾车回家途中，开着车窗吹着风车。

体格检查：患者平静状态下，右脸变平无皱纹，无表情；右侧面下部下垂，右侧口角有唾液流出；患者右侧舌前 2/3 的味觉消失；右侧面肌和颈阔肌不能随意控制；微笑的时候，患者面下部歪向左侧，左侧口角上扬。

临床诊断：病毒感染，Bell 麻痹。

临床解剖学问题：

1. 哪条神经、哪侧损伤会导致患者出现上述体征？
2. 此患者神经损伤的可能部位是哪里？
3. 为什么患者右眼闭不上，即使是在睡着时？
4. 为什么患者右舌前 2/3 失去了味觉？
5. 此种面瘫能完全恢复治愈吗？

病例 3

患儿，男，5 岁，从幼儿园回家后不适，咽痛，发热，右侧耳前有肿大，触摸有疼痛，不肯饮食。家长送其到儿科治疗。医生观察到，患儿面部两侧不等，右侧腮腺肿大明显，触压时疼痛，张口检查时发现患儿的右侧腮腺乳头周围红肿。当患儿吸吮酸性饮料时，右侧腮腺部位疼痛明显加剧。

临床诊断：腮腺炎。

临床解剖学问题：

1. 简述腮腺的形态、位置和分布。
2. 简述腮腺导管的起止、行径和开口部位。
3. 为什么肿大的腮腺会引起疼痛，尤其是咀嚼时？
4. 为什么吸吮酸性饮料时，腮腺疼痛加剧？

病例 4

患者，青年女性司机，在车祸中外伤，致其前额至头顶部位被车内装饰物损伤，皮肤破损，流血不止。此伤者被送到医院的急诊室，医生检查发现其头部有一个 2 ~ 3cm、深达颅骨的伤口，医生做了头部伤口清创、缝合处理。

临床诊断：前额上部锐器切割伤。

临床解剖学问题：

1. 从解剖学角度解释，为什么头部损伤出血比较多？
2. 为什么头皮伤口较深时一定要逐层缝合？
3. 头皮深部损伤还具有哪些潜在危险？