

全国高等医药院校教材配套用书

轻松记忆“三点”丛书

局部解剖学 速记

主编 李淑静 尹向云


- ★ 学习重点
- ★ 复习要点
- ★ 考试难点

 中国医药科技出版社

全国高等医药院校教材配套用书

局部解剖学 速记

轻松记忆“三点”丛书

 中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是全国高等医药院校教材配套用书之一，全书共分8章，主要内容包括头部、颈部、胸部、腹部、盆部与会阴、脊柱区、上肢、下肢的解剖结构、检查、诊断等。本书提纲挈领，内容简洁精要，切中要点又充分保留了学科系统的完整性，更广泛汲取了各名校优秀学习者的宝贵心得，利于读者提升学习效率。本书是各大、中专院校医学生专业知识学习、记忆及应考的必备书，同时也可作为参加卫生专业技术资格考试的参考书。

图书在版编目（CIP）数据

局部解剖学速记/李淑静，尹向云主编 —北京：中国医药科技出版社，2010.4

（轻松记忆“三点”丛书）

全国高等医药院校教材配套用书

ISBN 978-7-5067-4604-5

I. ①局… II. ①李… ②尹… III. ①局部解剖学-医学院校-教学参考资料 IV. ①R323

中国版本图书馆CIP数据核字（2010）第040258号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号

邮编 100082

电话 发行：010-62227427 邮购：010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787×1092mm¹/₃₂

印张 4¹/₂

字数 95千字

版次 2010年4月第1版

印次 2010年4月第1次印刷

印刷 廊坊市华北石油华星印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-4604-5

定价 10.00元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

出版说明

本系列丛书是由中国协和医科大学、北京大学医学部、中国医科大学、中山大学医学院、华中科技大学同济医学院等国内知名院校优秀硕士、博士生多年的学习笔记和心得融汇而成。丛书在编写过程中对各校在用的教材进行了缜密的分析和比较，各科目分别选择了符合其学科特点，有助于学生进行系统性学习的教材体系作为蓝本。内容简洁精要，切中要点又充分保留了学科系统的完整性，其中更广泛汲取了各名校优秀学习者的宝贵心得，让学生既能将本丛书作为课后复习识记的随身宝典，也能作为展开思路的秘密武器。

我们鼓励广大读者将本丛书同自己正在进行的课程学习相结合，感受前辈学习者对于知识内容的理解，充分了解自己学习的得失，相互比较，互通有无。我们也相信在我们的帮助下，必定会有更多的医学学习者通过自己的努力品味到知识果实的甜美。

由于我们学识有限，编写时间仓促，不当之处请各位同仁和读者批评指正。衷心感谢！

最后，祝所有读者学习愉快，硕果累累！

目 录

Contents

第一章 头部	1
第一节 概述	1
第二节 面部	2
第三节 颅部	8
第二章 颈部	14
第一节 概述	14
第二节 颈部层次结构	17
第三节 颈前区	19
第四节 胸锁乳突肌区及颈根部	24
第五节 颈外侧区	28
第六节 颈部淋巴	30
第三章 胸部	33
第一节 概述	33
第二节 胸壁	35
第三节 膈	40
第四节 胸膜和胸膜腔	42
第五节 肺	45
第六节 纵隔	47
第四章 腹	58
第一节 概述	58

2 局部解剖学速记

第二节	腹前外侧壁	59
第三节	结肠上区	63
第四节	结肠下区	79
第五节	腹膜后隙	86
第五章	盆部与会阴	97
第一节	概述	97
第二节	会阴	98
第六章	脊柱区	100
第一节	概述	100
第二节	层次结构	101
第七章	上肢	108
第一节	概述	108
第二节	肩部	110
第三节	臂部	113
第四节	肘部	115
第五节	前臂部	118
第六节	腕和手	123
第八章	下肢	132
第一节	概述	132
第二节	臀部	133
第三节	股部	133
第四节	膝部	135
第五节	小腿部	135
第六节	踝与足部	136

第一章

Chapter

头 部

第一节 概 述

头部由颅与面两部分组成。颅部容纳脑及其被膜；面部有视器、位听器、口、鼻等器官。头部的血液供应来自颈内、外动脉和椎动脉，经颈内、外静脉回流至心；淋巴直接或间接注入颈深淋巴结；所分布的神经主要是脑神经。

一、境界与分区

头部借下颌骨下缘、下颌角、乳突尖端、上项线和枕外隆凸的连线与颈部分界。头部又借眶上缘、颧弓上缘、外耳门上缘和乳突的连线，分为后上方的颅部和前下方的面部。

二、表面解剖

1. 体表标志

- (1) 眉弓：其内侧份的深面有额窦。
- (2) 眶上切迹或眶上孔：眶上血管和神经由此通过。
- (3) 眶下孔：眶下血管及神经由此穿出。
- (4) 颞孔：有颞血管和神经通过，为颞神经麻醉的穿刺部位。

(5) 翼点：额、顶、颞和枕骨四者在此相接，多呈“H”形的缝。翼点是颅骨的薄弱部分，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，并常伴有上述动脉的断裂出血，形成硬膜外血肿。

(6) 颞弓：颞弓下缘与下颌切迹间的半月形中点为咬肌神经封闭及上、下颌神经阻滞麻醉的进针点。

(7) 乳突：其根部的前内方有茎乳孔，面神经由此孔出颅。在乳突后部的颅底内面有乙状窦沟，容纳乙状窦。行乳突根治术时，应防止伤及面神经和乙状窦。

(8) 枕外隆凸：枕外隆凸的下方有枕骨导血管，颅内压增高时此导血管常扩张。施行颅后窝开颅术时，若沿枕外隆凸作正中切口，注意勿伤及导血管和窦汇，以免导致大出血。

2. 体表投影 为了描述脑膜中动脉和大脑半球背外侧面主要沟、回的位置及其体表投影，通常先确定以下六条标志线：①下水平线；②上水平线；④前垂直线；⑤中垂直线；⑥后垂直线。

第二节 面部

面部可划分为眶区、鼻区、口区、和面侧区。面侧区为介于颞弓、鼻唇沟、下颌骨下缘与胸锁乳突肌上部前缘之间的区域，又可分为颊区、腮腺咬肌区和面侧深区。

面部浅层结构

(一) 皮肤与浅筋膜

1. **面部皮肤** 是皮脂腺囊肿和疔肿的好发部位。
2. **脸部皮肤** 最薄，易出现水肿。
3. **颊脂体** 颊面及其与咬肌之间的脂肪团块。

(二) 面肌

面肌又称表情肌，属于皮肤，薄而纤细，起自颅骨或筋膜，止于皮肤，主要围绕在睑裂、口裂、鼻和耳的周围，有缩小或开大孔裂的作用，且收缩时可牵动皮肤，使面部呈现各种表情。

(三) 血管、淋巴及神经

1. **血管** 分布于面部浅层的主要动脉为面动脉，静脉回流入面静脉。

(1) **面动脉**：起自颈外动脉，面动脉的分支主要有颞下动脉、下唇动脉、上唇动脉和鼻外侧动脉等。

(2) **面静脉**：起始于内眦静脉，面静脉可经眼静脉与海绵窦交通，也可通过面深静脉、翼静脉丛等与海绵窦交通。口角平面以上的一段面静脉通常无静脉瓣，当面部因细菌感染致疔、痈时，可循上述交通途径延及海绵窦，导致颅内感染。故临床上将两侧口角至鼻根连线所形成的三角区域称为“危险三角”。

2. **淋巴** 面部浅层的淋巴管非常丰富，常吻合成网，通常注入下颌下淋巴结和颞下淋巴结。这些淋巴结引流面部的淋巴，其输出管均注入颈外侧深淋巴结。

3. **神经** 分布于面部的感觉神经来自三叉神经，支配面肌活动的是面神经的分支。

(1) **三叉神经**：为混合神经，发出眼神经、上颌神经

和下颌神经三大分支。

(2) 面神经：由茎乳孔出颅，向前外穿入腮腺，先分为上、下两干，再各分为数支并相互交织成丛，最后呈扇形分为五组分支，由腮腺上缘、前缘及下端穿出，支配面肌。

① 颞支：若该支损伤，同侧额纹消失。

② 颧支：支配颧肌、眼轮匝肌下部及提上唇肌。颧支与颞支共同管理眼睑闭合，对保护眼球起重要作用。

③ 颊支：支配颊肌和口裂周围诸肌。颊支损伤，可出现鼻唇沟变浅。

④ 下颌缘支：支配下唇诸肌及颊肌。临床颌下区手术时，可选用下颌骨下缘下 1.5 ~ 2cm 处与其平行的切口，以免损伤下颌缘支。

⑤ 颈支：多为 1 ~ 2 支，由腮腺下端穿出，在下颌角附近至颈部，行于颈阔肌深面，并支配该肌。

面侧区

(一) 腮腺咬肌区

1. 境界

腮腺咬肌区指腮腺和咬肌所在的下颌支外面和下颌后窝，其上界为颧弓与外耳道，下界为下颌骨下缘平面，前界为咬肌前缘，后界为乳突和胸锁乳突肌上部的前缘。腮腺咬肌区内主要结构有腮腺、咬肌以及有关的血管、神经等。

2. 内容

(1) 腮腺咬肌筋膜：腮腺鞘有以下特点：①腮腺鞘与腮腺结合紧密，并发出许多间隔伸入腺体，将其分隔为许多小叶，因此腮腺化脓时可形成多个散在的小脓灶，在切开排脓时，应注意引流每一个脓腔。②腮腺鞘的浅层致

密，而深层薄弱且不完整，在茎突和翼内肌之间有一裂隙，腮腺深部经此与咽旁间隙和翼下颌间隙相通。故腮腺化脓时，脓肿易穿过深层，形成咽旁脓肿。

(2) 腮腺

①腮腺的位置和形态：位于外耳道前下方；呈不规则的楔形。

②腮腺管：开口于与上颌第二磨牙相对处颊黏膜上的腮腺乳头，临床可经此乳头插管，进行腮腺造影。腮腺管上方有面神经的上颊支及面横动、静脉，下方有面神经的下颊支。

(3) 腮腺淋巴结。

(4) 穿经腮腺的结构：在腮腺内有血管和神经纵横穿行，血管和神经由浅入深依次为：面神经分支、下颌后静脉、颈外动脉和耳颞神经。

①面神经：在颅外的行程中，因穿经腮腺而分为三段。

第一段：为面神经干从颈乳孔穿出至进入腮腺前的一段，位于乳突与外耳道之间的切迹内。此段尚未进入腮腺实质内，故显露面神经主干可在此处进行。

第二段：为腮腺内段。分为颞面干和颈面干，形成颞支、颞支、颊支、下颌缘支、颈支五组分支。正常情况下，面神经外膜与腮腺组织容易分离，但在病变时二者常紧密粘连，术中分离较为困难。腮腺切除术时应注意保护面神经，以免引起面瘫。

第三段：为面神经穿出腮腺以后的部分。面神经的五组分支，分别由腮腺浅部的上缘、前缘和下端穿出，呈扇形分布，至各相应区域，支配面肌。

②下颌后静脉。

③颈外动脉。

④耳颞神经：因腮腺肿胀或受肿瘤压迫时，可引起由颞区向颅顶部放射的剧痛。

(5) 毗邻腮腺的结构：位于腮腺深面的茎突及茎突诸肌，颈内动、静脉以及后4对脑神经（第IX~XII对脑神经），共同形成“腮腺床”。

(6) 咬肌：表面覆以咬肌筋膜，浅面有面横动脉、面横静脉、腮腺管、面神经的颊支和下颌缘支横过。

咀嚼肌

层次	名称	起点	止点	作用	神经支配
浅层	颞肌	颞肌 颞筋膜深面	下颌骨冠突	前部： 提下颌骨 (闭口) 后部：拉 下颌骨向后	颞深神经 (V3)
	咬肌	浅层： 颞弓前 2/3 深层： 颞弓后 1/3	咬肌粗隆	上提下颌骨 (闭口)	咬肌神经 (V3)
深层	翼外肌	颞下面、 颞下嵴与 翼突外侧板	下颌骨髁突、 翼肌凹及 关节囊	单侧： 使下颌骨 向对侧移动 双侧： 协助开口	翼外肌神经 (V3)
	翼内肌	翼突窝与 上颌结节	翼肌粗隆	上提下颌骨， 并向前	翼内肌神经 (V3)

(二) 面侧深区

1. 境界

此区是由一顶、一底和四壁围成的腔隙：顶为蝶骨大翼的颞下面，底平下颌骨下缘，前壁为上颌骨体的后面，后壁为腮腺深部，外侧壁为下颌支，内侧壁为翼突外侧板和咽侧壁。此区内有翼内、外肌及出入颅底的血管和神经

通过。

2. 内容

(1) 翼内、外肌。

(2) 翼静脉丛：位于翼内、外肌与颞肌之间。翼静脉丛从经过面部的深静脉与面静脉交通，并经卵圆孔网及破裂孔导血管与海绵窦交通，故口、鼻、咽等部的感染，可沿上述途径蔓延至颅内。

(3) 上颌动脉：上颌动脉以翼外肌为标志可分为三段。

第一段：又称下颌段，其主要分支有：①下牙槽动脉；②脑膜中动脉。

第二段：又称翼肌段，为最长的一段。

第三段：又称翼腭窝段，为上颌动脉的末段，经翼外肌两头间进入翼腭窝。主要分支有①上牙槽后动脉；②眶下动脉。

(4) 下颌神经：是三叉神经最大的分支，为混合性神经。自卵圆孔出颅至翼外肌深面立即分为数支。下颌神经发出咀嚼肌神经支配咀嚼肌，还发出下述四条神经：①颊神经；②耳颞神经；③舌神经；④下牙槽神经。

三、面部的间隙

面部的间隙系指位于颅底与上、下颌骨之间，散在于筋膜间、筋膜与肌肉间、肌肉与骨膜间之间的潜在间隙，彼此相通。各间隙内均为疏松结缔组织所充满，间隙感染时，可局限于一个间隙，也可沿间隙扩散，由近及远波及一个或数个间隙。

1. 咬肌间隙 位于咬肌与下颌支之间的狭隙。许多牙源性感染如第三磨牙冠周炎、牙槽脓肿和下颌骨骨髓炎等均有可能扩散至此间隙。

2. 翼下颌间隙 位于下颌支与翼内肌之间，此间隙内有舌神经、下牙槽神经和下牙槽动、静脉通过。下牙槽神经阻滞，即注射麻醉药液于此间隙内，牙源性感染常累及此间隙。

3. 舌下间隙 此间隙内有舌下腺、下颌下腺的深部及腺管、下颌下神经节、舌神经、舌下神经和舌下血管等。舌下间隙向后在下颌舌骨肌后缘处与下颌下间隙相通，向后上通翼下颌间隙，向前与对侧舌下间隙相交通。

第三节 颅 部

颅部由颅顶、颅底、颅腔及其内容物等部分组成。颅顶分为额顶枕区和颞区，由颅顶软组织和其深面的颅盖骨等构成；颅底有内、外面之分，有许多重要的孔道，是神经和血管出入颅的部位。

一、颅顶

(一) 额顶枕区

1. 境界

前界为眶上缘，后界为枕外隆凸及上项线，两侧借上颞线与颞区分界。

2. 层次

覆盖于此区的软组织，由浅入深可分为5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。其中，浅部3层紧密结合，不易分离，常被合称为“头皮”。

(1) 皮肤：厚而致密，含有大量的毛囊、汗腺、皮脂腺以及丰富的血管、淋巴管，为疔肿和皮脂腺囊肿的好发部位，同时也是一个良好的供皮区，临床上可在此处多次

切取表皮片覆盖创面，而不影响头发的生长。如外伤易致出血，但创口愈合较快。

(2) 浅筋膜：由致密结缔组织和脂肪组织构成，内有血管和神经穿行。此层感染时，炎症渗出物不易扩散，早期即可压迫神经末梢引起剧痛。头皮的血管和神经主要位于此层内，按其位置和分布，可分为前、后两组：前组距正中线约2cm处，有滑车上动、静脉和滑车上神经；距正中线约2.5cm处，有眶上动、静脉和眶上神经。分布于额、顶区软组织。后组有枕动、静脉和枕大神经等，分布于枕区。

颅顶血管和神经的行径和分布特点，具有重要的临床意义：①由于颅顶的神经分布互相重叠，故在局部麻醉时，如仅阻滞一支神经，常得不到满意效果，而需扩大神经阻滞的范围；②因颅顶的动脉来源于颈内、外动脉，其分支之间存在着广泛的吻合，所以，头皮大面积撕裂时，也不易缺血坏死；③由于血管和神经从颅周围向颅顶走行，在行头皮单纯切开术时，应采取放射状切口，以免损伤血管和神经；如开颅手术做皮瓣时，皮瓣的蒂应在下方，以保留蒂内血管和神经的主干，并有利于皮瓣的成活及保留感觉功能。

(3) 帽状腱膜：位于此区中部，坚韧致密，头皮裂伤如伴有帽状腱膜横向断裂时，由于枕额肌的收缩，则伤口裂开较大，缝合头皮时，应将腱膜仔细缝合，以减少皮肤张力，有利于止血和创口的愈合。

(4) 腱膜下疏松结缔组织：又称腱膜下间隙，是一层疏松结缔组织，头皮撕脱伤多自此层分离。此隙范围较广，移动性较大，开颅时可经此间隙将皮瓣游离后翻起；若此层内积血或积脓时，可广泛蔓延至全颅顶。此间隙内有静脉网，借导静脉与颅骨的板障静脉和颅内的硬脑膜静

脉窦相通。若发生感染，可继发颅骨骨髓炎或颅腔感染，故临床上常称此层为颅顶部的“危险区”。

(5) 颅骨外膜：由致密结缔组织构成，借少量疏松结缔组织与颅骨表面相连，容易剥离。

但在骨缝处则与缝韧带结合紧密，不易分开。骨膜下感染或血肿，常局限于一块颅骨的范围。

(二) 颞区

1. 境界 位于颅顶的两侧，上界为颞上线，下界为颞弓上缘，前界为额骨和颞骨的结合部，后界为颞上线的后下段。

2. 层次 此区的软组织，由浅入深依次为皮肤、颞浅筋膜、颞筋膜、颞肌和颅骨外膜。

(1) 皮肤：前部较薄，移动性较大，后部较厚。

(2) 颞浅筋膜：其内的血管和神经可分为耳前和耳后两组。耳前组有颞浅动、静脉和耳颞神经；耳后组有耳后动、静脉和枕小神经。

(3) 颞筋膜。

(4) 颞肌：经颞区开颅术切除部分颞骨鳞部后，颞肌及其深面的颞筋膜足以保护脑膜和脑，故颞区为开颅术常采用的人颅部位。

(5) 骨膜：较薄，紧贴于颞骨表面。颞筋膜下疏松结缔组织间隙中有出血或炎症时，可向下蔓延至面部，形成面深部的血肿或脓肿，而面部炎症，如牙源性感染也可蔓延到颞筋膜下疏松结缔组织中。

颅底内面

(一) 颅前窝

颅前窝，容纳大脑额叶，前界为额鳞，后界为蝶骨小翼的后缘。窝的中部凹陷处为筛骨筛板，构成鼻腔顶，筛

板上有许多筛孔；前外侧部形成额窦和眶的顶部。颅前窝骨折伤及筛板时，常伴有脑膜和鼻腔顶部黏膜撕裂以及嗅神经受损，引起鼻衄、脑脊液外漏等，导致嗅觉障碍；骨折线经过额骨眶板时，可见结膜下或眶内出血。

（二）颅中窝

颅中窝容纳大脑颞叶和脑垂体，前界为蝶骨小翼的后缘，后界为颞骨岩部的上缘及鞍背。可分为较小的中央部（蝶鞍区）和两个较大而凹陷的外侧部。

1. 蝶鞍区

指颅中窝中央部的蝶鞍及其周围的区域。该区主要的结构有垂体、垂体窝和两侧的海绵窦等。

（1）垂体与垂体窝：垂体位于蝶鞍体上面的垂体窝内，借漏斗穿鞍膈中央的膈孔与第三脑室底的灰结节相连。垂体呈椭圆形或圆形。

垂体窝的前方为鞍结节，前外侧界为视神经管，后方为鞍背，垂体窝的两侧为海绵窦，顶为硬脑膜形成的鞍膈，鞍膈的前上方有视交叉和视神经，底隔一薄层骨壁与蝶窦相邻。垂体前叶的肿瘤可将鞍膈的前部推向上方，压迫视交叉，出现视野缺损。垂体肿瘤向上突入第三脑室，可引起脑脊液循环障碍，导致颅内压增高；向下生长可使垂体窝的深度增加，甚至侵及蝶窦；若向两侧扩展，可压迫海绵窦，发生海绵窦淤血及脑神经受损症状。在垂体肿瘤切除术中，要注意避免损伤视神经、视交叉、海绵窦和颈内动脉等。

（2）海绵窦：为一对重要的硬脑膜窦，位于蝶鞍和垂体的两侧，前达眶上裂内侧部，后至颞骨岩部的尖端。窦内有许多结缔组织小梁，将窦腔分隔成许多相互交通的小腔隙。窦中血流缓慢，感染时易形成栓塞。