

目 录

一、运动系统临床病例及解剖学分析····· 1

1. 腰椎结核····· 1
 2. 颈椎病····· 2
 3. 颈椎间盘脱出症····· 3
 4. 腰椎间盘突出纤维环破裂····· 4
 5. 尾骨骨折····· 6
 6. 锁骨骨折····· 6
 7. 颈肋综合征····· 7
 8. 右肩关节前脱位····· 7
 9. 肱骨上段骨折····· 8
 10. 尺骨鹰嘴粉碎性骨折····· 9
 11. 右肱骨髁上骨折····· 9
 12. 桡骨头半脱位····· 10
 13. 桡骨下端骨折····· 11
 14. 骨盆骨折····· 11
 15. 右髋关节后脱位····· 12
 16. 右股臂颈囊内骨折····· 12
 17. 股骨中段骨折····· 13
 18. 胫、腓骨骨折····· 14
 19. 前交叉韧带损伤····· 14
 20. 右侧半月板撕裂····· 15
 21. 踝关节扭伤····· 16
 22. 颅前窝骨折(脑脊液外漏)·····
 23. 颞骨骨折·····
 24. 下颌骨骨折·····
 25. 先天性斜颈·····
 26. 斜方肌瘫痪·····
 27. 掌中间隙感染·····
 28. 指深屈肌腱断裂·····
 29. 腹股沟斜疝·····
 30. 腹股沟直疝·····
 31. 左股部外伤·····
 32. 股疝嵌顿·····
 33. 臀部肌肉注射并发症·····
- ### 二、消化系统临床病例及解剖学分析····· “ ” ’
1. 急性腮腺炎····· “ “ “ ”
 2. 左房扩大压迫食管····· ” ··· “ ”
 3. 食管下段缩窄·····
 4. 食管上段癌·····
 5. 胃穿孔····· ’
 6. 外伤性十二指肠破裂·····
 7. 十二指肠血管压迫综合症·····
 8. 十二指肠球部溃疡穿孔·····

9 急性阑尾炎穿孔--	‘
10 直肠癌伴转移性肝癌.....	
11 直肠壁脓肿.....	
12 便血.....	
13 充血性心力衰竭——肝静脉变化 ..	
14 胆囊结石伴胆囊穿孔	
15. 肝外胆道结石.....—.....—..... • 31	
16. 胆道蛔虫症伴肝脓肿- • —..... • ---37	
17. 肝右叶癌...—...—..... • 38	
18. 胰头癌..... •— ...—.....—... • 39	
19. 胃切除术并发胆总管损伤... ..	椰
20. 美克憩室...—...—.....—..... ∞	
21. 胃下垂... —--... ..	• 41
22. 肛门裂 — •—.....	‘42
三、呼吸系统临床病例及解剖学分析... ..	‘44
1. 急性上颌窦炎..... • 14	
2. 上呼吸道感染伴喉头水肿..... • t4	
3. 喉肌麻痹...—... ..	45
4. 右肺上叶病理性呼吸音..... •	{0
5. 大叶性肺炎... ..	46
6. 外伤性血气胸 •	” 47
7. 自发性气胸 • •。 ...	“48
8. 内源性支气管哮喘... ..	’ 48’
9. 右主支气管内异物..... •	“40
10. 结核性渗出性胸膜炎... •	“50
11. 气管食管瘘(先天性疾病).....—	51
四、泌尿系统临床病例及解剖学分析... ..	铝
1. 急性肾盂肾炎。	“53
2. 肾下垂 —.....—.....—.....	’ 53
3. 右输尿管结石..... • ... •	’ 5 《
d. 膀胱撕裂... ..	’ 55
5. 膀胱结石-.....—..... •’ ...’	55
6. 脐尿瘘... ..	“5e
7, 盂位肾..... ..	a?
8. 右肾周围脓肿...—... ..	57
五、生殖系统临床病例及解剖学分析... ..	—... • 59
1. 隐睾症~.....—.....—.....	 • 59
2. 前列腺肥大伴尿潴留...—... ..	... • 60
3. 导尿术... —	... • 60

4. 尿道球部损伤·····	61
5. 会阴部外伤·····	62
6. 卵巢的影像学变化(B 超)·····	” 62
7. 宫外孕破裂·····	“63
8. 卵巢、子宫和阴道缺如·····	6 zl
9. 残角子宫妊娠·····	65
10. 前庭大腺囊肿·····	· 66
11. 阴道脱垂·····	· 66
12. 右侧急性乳腺炎·····	“67
13 乳腺癌·····	· 67
14. “阴阳人”·····	-68
15. 尿道下裂·····	?O
16. “寄生胎”·····	-0
六、脉管系统临床病例及解剖学分析·····	· 72
1. 动脉导管未闭·····	·。 72
2. 房间隔缺损伴二尖瓣狭窄·····	73
3. 二尖瓣脱垂·····	·
4. 心肌梗死伴左束支传导阻滞·····	·-侣
5. 室间隔缺损·····	·78
6. 法乐四联症·····	--77
7. 慢性缩窄性心包炎·····	r8
8. 二尖瓣狭窄伴右心衰竭·····	仲
9. 冠心病(心绞痛)·····	80
10. 窦性心动过速·····	8n
11. 风湿性心脏病伴动脉栓塞·····	81
12. 肱动脉栓塞·····	R n
13. 胃溃疡侵蚀脾动脉·····	83
14. 左上肢外伤(上肢根部离断)·····	83
15. 左下肢动脉硬化--·····	84
16. 右上纵隔恶性淋巴瘤(上腔静脉梗阻症)·····	84
17. 面部疔肿·····	86
18. 肝硬化、门脉高压症·····	86
19. 颈外静脉淤血·····	8:
20. 下肢静脉曲张一·····	88
21. 静脉输液及静脉切开术·····	89
22. 脓毒血症·····	89
23. 子宫颈癌静脉转移·····	90
24. 左侧精索静脉曲张--·····	“·9】
25. 大隐静脉曲张--·····	91
26. 甲沟炎伴淋巴管炎·····	92
27. 急性淋巴管炎·····	-9s
28. 乳腺癌转移·····	9s

29. 恶性黑色素瘤.....	%
30. 食管癌转移	95
31. 睾丸恶性肿瘤转移.....	96
32. 胃癌转移.....	97
33. 前列腺癌转移..... “.....	i
34. 大阴唇鳞状上皮癌.....”	9B
35. 脾肿大..... “..... “.....	98
36. 副脾..... “	99
37. 脾破裂	9。
七、感觉器和内分泌系统临床病例及解剖学分析.....	10I
1. 病毒性角膜炎..... “,	10i
2. 老视(晶状体调节障碍)..... -..... -.....	1 们
3. 继发性青光眼(房水循环障碍)	10P
4. 视网膜剥离	10s
5. 结膜囊内异物..... -	103
6. 右眼外斜视(眼肌疾病)	104
7. 泪道阻塞(泪器疾病)..... —.....	‘10s
8. 外耳道疖肿..... ‘	10B
9. 急性卡他性中耳炎..... “.....	108
10. 慢性化脓性中耳炎合并乙状窦感染..... •	107。
11. 慢性化脓性中耳炎合并脑脓肿.....	108
12. 腺垂体肿瘤..... “..... ‘	10g
13. 甲状腺腺瘤	” — 109
14. 甲状旁腺功能障碍..... ‘	110
八、神经系统临床病例及解剖学分析.....	112
1. 急性脊髓灰质炎(脊髓前角病变).....	112
2. 脊髓空洞症..... • • •.....	112
3. 胸髓左侧半横断..... • • •.....	’ 113
4. 胸椎压缩性骨折.....” • • •..... —	115 •
5. 颈椎骨折(上运动神经元损伤).....	’ 116
6. 内囊出血..... ‘11?	
7. 侧索硬化症..... ‘	11 8
8. 脊髓痨——..... • • •.....	118
小脑性共济失调症..... “.....	n9
动眼神经交叉性偏瘫伴核上性面瘫, 舌瘫.....	120
舌下神经交叉性偏瘫..... •	121
中央前动脉栓塞..... •	121
先天性脑积水.....	12 f
硬膜外血肿(小脑幕切迹疝).....	123
急性硬膜外血肿(影像学改变)	124

腰椎穿刺术·····	” 125
局限性癫痫·····一·····	126
颈椎病(椎动脉压迫症)·····	126
小脑下后动脉血栓形成·····	127
大脑动脉环异常·····—····· • ···	128
筛板骨折(嗅神经损伤)·····	129
颞骨岩部骨折(面神经损伤)·····	130
腮腺肿瘤(面瘫)·····	131
右侧听神经瘤·····	‘132
三叉神经痛·····	1 罩 3
副神经损伤·····—····· • ···	133
舌下神经纤维癌·····	• 134
乳房癌根治术(胸长神经损伤)·····—····· •	135
腋神经损伤 “	
桡神经麻痹 “	
腕管综合征 ••	
尺神经损伤”	
左髂腰肌血肿(股神经压迫)	
梨状肌综合征(坐骨神经痛)	
1 胫神经及后交叉韧带损伤·····—	141
36. 腓总神经麻痹·····	
37. 左肺上沟癌(交感干压迫症)····· ••	
38. 冠心病心绞痛(感觉传导途径)·····	
39. 右侧结核性胸膜炎(牵涉性痛)·····	
40. 右下肢动脉闭塞(腰交感神经切除术) •	
九、局部解剖临床病例及解剖血分析·····	
1. 腱膜下血肿·····	
2. 头部外伤·····	
3. 左侧咽旁间隙脓肿·····—····· • ···	
4. 颈淋巴结结核·····	• •
5. 右颈动脉化学感受器瘤·····—	
6. 头颈部外伤伴大动脉破裂·····	
7. 左锁骨骨折伴血管、神经压迫·····— ···	151
8. 喉上神经损伤·····—····· • ···	152
9. 化脓性腮腺炎····· “一····· .. —	152
10. 甲状腺腺瘤。····· “····· •	15s
11. 开放性肋骨骨折····· •	154
12. 脓胸·····	155
13. 颈根部贯通伤····· • ···	156
14 上纵隔肿瘤伴头面部水肿·····	157
15. 外伤性膈肌破裂····· ·····一····· •	158
16. 腹部枪击贯通伤·····	t159
17. 继发性膈下脓肿	

- 18. 尿道球部断裂 •
- 19. 化脓性腱鞘炎 • t
- 20. 左拇指指端感染
- 21. 股疝误诊肠梗阻

- 22. 吞服细针之死(法医案例之一)……
- 23. 急性循环衰竭之死(法医案例之二)
- 24. 罕见的脑室出血(法医案例之兰)…

一、运动系统临床病例及解剖学分析

1. 腰椎结核

【临床病例简介】

男，53岁。10年前有肺结核史，近2~3年来在劳累后常出现腰酸背痛，卧床休息后缓解，15d前腰痛加重，伴低热，近一星期双足不能行走，并有麻木，以左下肢为明显。查体发现：腰部活动受限，第3~4腰椎旁有压痛，并放射到左下肢，膝反射及跟腱反射有不同程度的减弱，感觉迟钝，左腹股沟处有鸡蛋大小肿块，大腿内侧拟有肿块扪之消失并使上方的肿块略有膨大感，肿块表面皮肤色泽正常，但有波动感，左Thomns(+)，X线片示：第4腰椎体有明显骨质破坏，第4~5腰椎间隙变窄，第4腰椎体左下方有死骨，并有后突畸形。临床诊断：第4腰椎结核伴骨质破坏，并发左腹股沟寒性脓肿。

试分析·为什么会出现劳累后腰腿痛加重，卧床休息后减轻?为什么会出现左下肢放射痛及膝反射、跟腱反射减弱，肢体感觉迟钝、麻木?左腹股沟寒性脓肿从何而来并与大腿内侧上部肿块有何关系?脊柱结核为什么好发于4~5腰椎?

【解剖学分析】

腰部主要有腰大肌，腰方肌，背阔肌及竖脊肌等支持脊柱及身体的负重组织，当劳累后以上诸肌痉挛性收缩，使腰椎间隙变狭窄压迫神经根而疼痛加重。平卧休息时，使肌肉松弛些，腰椎间隙相对增宽，神经根压迫症好转，从而疼痛减轻。腰4~5及腰5~骶，之间负重大(约占体重60%)，而活动度亦大，易损伤，椎

体属于骨松质，供血主要是椎动脉，而此处已是椎动脉末梢，血供差，所以是脊柱结核的好发部位。第4腰椎体结核并有明显骨质破坏可在左侧椎旁形成脓肿，脓液、肉芽组织、破坏的椎间盘向左后突入椎管刺激或压迫脊髓及脊神经根，而脊神经根主要是腰4~骶3所组成的坐骨神经，它出骨盆后在臀大肌深面下行至大腿后面支配股后肌群的运动及皮肤感觉，再下行至腘窝处分为胫神经及腓总神经支配小腿前群、外侧肌群和足部肌肉的运动及皮肤感觉。由于腰大肌起于腰椎体侧面，止于股骨小转子，髂腰筋膜覆盖髂腰肌表面，并形成腰大肌鞘，经腹股沟韧带

深面终于小转子(在大腿内侧上部)，因而结核性脓液可向左外侧方扩散进入左腰大肌鞘，并沿该鞘向下蔓延至大腿，从而在左腹股沟韧带上、下各形成肿块。又由于2个肿块内的脓液是相连续的，所以压迫1个肿块可把脓液挤向另1个肿块。

1. 颈椎病

【临床病例简介】

男，57岁。头晕，颈部活动受限，颈、肩疼痛、上肢麻木感3年，颈椎X线片示，第4、5、6颈椎体前后缘唇样骨质增生，椎间隙变窄，钩突增生变尖，椎间孔变小变形，项韧带钙化。报告“颈椎病”。

试分析：解释患者所出现的临床表现。

【解剖学分析】

颈椎椎间孔内通过的是颈神经，椎体后缘的骨质增生，钩突增生变尖，椎间孔变小，压迫了颈神经，从而引起颈、肩部疼痛、上肢麻木，钩突紧邻横突孔，而横突孔内有椎动脉通过，当钩突增生变尖时，可压迫椎动脉造成椎动脉供血不足，引起头晕。由

于颈椎椎间盘的退行性改变，导致椎体失稳，再加上项韧带的钙化，使得患者颈部活动受限。

2. 颈椎间盘脱出症

【临床病例简介】

女，45岁。从事修理钟表工作，数小时前不慎从阁楼上跌下，头颈部着地，当时神志清，无恶心呕吐，因颈部疼痛不能活动前来门诊。查体t神志清，颈部偏斜不能旋转显僵直，颈5—6棘突处有明显压痛，有向左肩背部和上肢手部放射痛，左上肢肌无力(II级)，手指有麻木感。x线颈髓核造影示：颈5_6之间髓核向后外侧突出，CT提示：颈5椎间隙狭窄(8mm)。

临床诊断：颈扭伤，颈5~6间椎间盘脱出症，左第5颈椎间隙狭窄。

试分析：颈扭伤为什么好发于颈椎下段?本例与患者年龄，职业有何关系?为什么会产生左颈肩部及上肢疼痛?

【解剖学分析】

在颈部，由于颈椎关节突的关节面为倾斜的平面关节，椎间盘相对较厚，故当其作屈伸、侧屈、旋转和环转运动时，运动幅度也较大，又由于下颈部运动更灵活，因而损伤多见下颈部。人体的颈部与躯干完全直立，故头的重量全由颈椎负荷。并且在生活和劳动中，头的各种姿势动作，负荷，伤力等都得在颈椎和椎间盘处发生不良应力。成年人的椎间盘可逐渐发生退行性变—髓核和纤维环胶质纤维变性，修理钟表职业的人，由于长期伏案埋头工作，颈长期处于屈曲状态，迫使髓核向椎间盘后方移位，使该处纤维环变薄变性，当颈部外伤时容易引起纤维环破裂，使髓核脱出，又因椎体后方有后纵韧带加厚，而椎间盘后外

侧较薄弱，而所受的压力较大，故椎间盘大多在后外侧脱出。椎间孔是脊神经根离开椎管时的骨性通道，位于关节突关节和钩椎关节之间，上下是相邻的两个颈椎弓根的切迹。神经根与椎间盘紧密相接，正常时椎间孔为椭圆形，脊神经根不受压迫，只有当椎间盘脱出或周围关节增生，骨赘生存，造成椎间孔狭窄，才能引起压迫脊神经根而出现左颈肩部及上肢疼痛的临床症状。

1. 腰椎间盘突出纤维环破裂

【临床病例简介】

男，42岁。2年前在劳动中不慎扭伤腰部，当时即感腰部疼痛，运动受限，经按摩休息后好转，此后经常复发，近日来病情加重，腰痛时向左大腿后侧及小腿外侧放射；打喷嚏或咳嗽时均可使腰痛和下肢痛加剧，平卧休息后可减轻好转。骨科情况：缓慢踱行，脊柱前屈后向左侧弯，腰椎前凸消失，旋转活动受限，腰4~5处左侧椎旁肌有压痛及叩击痛，重压时有向患侧下肢放射触电感；直腿抬举试验左侧(+)，右侧(-)，左小腿后外侧及足背区皮肤感觉异常。x线片示：脊柱向左凸侧弯，腰生理性前凸减小，腰4~5间隙变窄。

临床诊断：左侧腰4—5椎间盘纤维环(后外侧)破裂症(伴髓核突出)。并经手术证实。

试分析：为何成年人易发生腰椎间盘突出纤维环破裂，且以腰4~5椎间盘后外侧辐射形破裂更为多见？为什么腰痛或叩击患处时产生向左大腿后侧及小腿外侧放射痛和这些区域的皮肤感觉异常？为什么咳嗽打喷嚏时腰痛加重，患肢直腿抬高试验(+)？

【解剖学分析】

腰段脊柱是人体着力，负重及活动度较大的部位，尤以下

4 ‘

腰部腰4~5，腰5~骶1的椎间盘为甚，脊柱经常性屈伸，旋转运动使该部所受挤压力受磨损很大，久而久之易发生退行性变；使椎间盘变薄，坚韧性降低；在此基础上再加上腰部扭伤即可造成纤维环在退行性变基础上的破裂。椎间盘是连接于上下椎体之间的密闭性弹性垫，其中央部是含水分丰富呈胶冻状的髓核，其有不易压缩的特点；纤维软骨环在骨髓的周围，可以阻止髓核的移动，当运动时，体重挤压髓核可为纤维环所阻抗，纤维环外形一般呈前宽后窄，环的前、后方中央部有较强的前纵、后纵韧带附着，且前纵韧带较宽，后纵韧带较窄，在后外侧方缺如，故纤维环破裂更易发生在后侧方。纤维环破裂后，髓核受到挤压即可从裂口处向外突出。该处为椎间孔前壁，后方为关节突关节，突出物极易挤压穿过椎间孔的腰4或腰5脊神经根，并进而可使神经根与关节突关节的囊前壁发生粘连，加重了神经根挤压激惹症。腰4—5神经前支形成腰骶干参与骶丛的组成，而坐骨神经又是骶丛最大分支，它经梨状肌下缘穿出骨盆进入臀大肌深面再经大腿后侧下行至腘窝处分为胫神经(内侧)和腓总神经

(外侧), 分布于大腿后部及小腿后部外侧、足背等处, 每当运动, 叩击患部均可加重对神经根的挤压激惹, 造成下肢放射性串痛和坐骨神经分布区域的皮肤感觉异常。咳嗽打喷嚏时可导致腹内压胸内压升高, 均可激惹受挤压的神经根而加重腰腿部的疼痛, 同理直腿抬高试验时因牵行坐骨神经使本已受挤压的神经根所受的张力更大也可加重疼痛, 而脊柱侧弯腰椎正常生理前突减小或消失都是减轻突出物对神经根的压迫, 缓解腰痛和下肢痛的保护性措施。

1. 尾骨骨折 •

【临床病例简介】

女, 20 岁。体重 60kg, 去溜冰场滑冰, 因初学身体失控, 臀部重重摔倒在地, 因骶尾部持续性疼痛而就诊。经查: 臀部有严重的乌青块, 骶尾部有压痛, 直肠指检, 其后壁有明显压痛点, X 线检查发现有骨折。

试分析: 哪 1 块骨最有可能骨折? 为什么在直肠后壁能触到压痛点?

【解剖学分析】

尾骨骨折。尾骨尖的前下方有直肠会阴曲绕过, 因而用戴指套的手指伸入肛门内, 从后壁能触到骨折的尾骨尖, 因而压痛明显。

8. 锁骨骨折

【临床病例简介】

女, 16 岁。作倒立表演时, 失去平衡, 全身体重落到了伸直的右手上, 当时听到了明显的骨裂声, 并感到右肩部疼痛, 经检查发现锁骨的平滑轮廓丧失, 肩和锁骨外侧端降低, 而内侧端升高。诊断为锁骨骨折, 断端可触及。

试分析: 锁骨哪一部分最易骨折? 为什么断端移位? 为什么机械力量会使锁骨骨折而不是胸锁关节和肩锁关节脱位?

【解剖学分析】

从解剖学观点看, 锁骨内侧 $2/3$ 呈三棱柱形, 凸向前, 外侧 $1/3$ 较扁凸向后, 因而中外 $1/3$ 交界处较易骨折, 本侧骨折就发生在此部, 外侧骨折端因重力而向下移位, 又因胸肌的作用而被牵向前内方, 内侧骨折端因胸锁乳突肌牵拉而向上、向后移位。相

比较胸锁关节和肩锁关节周围有很强的韧带加强, 故不易脱位。

7. 颈肋综合征

【临床病例简介】

女, 39 岁。右臂“风湿痛”多年, 近因工作劳累后疼痛加剧, 并沿臂及前臂的内侧向手放散, 傍晚和夜间疼痛加重, 有时尺侧手指有刺痛和麻木感。右臂肌力较左臂弱。检查发现右锁骨上区轻度触痛和肌紧张, 向下牵拉臂部疼痛加重。右大鱼

际明显萎缩。X 线摄片显示右侧副肋与第 7 颈椎形成关节，副肋指向前下方，末端钝圆。诊断为颈肋综合征。

试分析：颈肋所引起临床症状的解剖学基础。颈肋属先天性病变。为什么患者在以后才出现症状？

【解剖学分析】

颈肋是肋的一种常见变异现象，本病例的颈肋位于颈下部，其后端与第 7 颈椎相联结形成关节，前端延续成一纤维带与第 1 肋相连，此处正好有臂丛下干和锁骨下动脉跨越，臂丛的下干受到副肋的牵拉影响，根据患者的临床表现，如臂及前臂内侧放射痛、尺侧手指刺痛和麻木感，右大鱼际萎缩，表明有臂内侧皮神经、前臂内侧皮神经、尺神经的感觉纤维和正中神经的部分运动纤维受累。随着年龄的增长，悬吊肩部的肌肉张力和肌力降低，对抗臂部向下牵拉的力量减小，使临床症状逐渐加重。

7. 右肩关节前脱位

【临床病例简介】

男，30 岁。因跌倒时用右手支撑着地，右肩部出现撕裂样剧痛，不敢活动。以左手托扶右侧肘部来院求诊。检查发现右上

肢呈外展位，右上臂比左侧长；右肩部呈方形，手触肩部有空虚感，但在右腋下可摸到隆凸的肱骨头。诊断为右肩关节前脱位。

试分析：肱骨头为什么易向关节的前下方脱位？脱位后为何出现方肩？右上臂为什么会增长？

【解剖学分析1】

肩关节上方有肩峰、喙突及两者之间的韧带保护，而且关节囊的上、前、后方均有肌肉覆盖和肌腱纤维增强，唯关节囊的下壁薄而松弛，缺乏肌肉等保护，所以肩关节脱位以前下脱位多见。本例肱骨头脱位到关节盂下方，故在肩部触诊有空虚感而在腋下可摸到肱骨头，由于肱骨头脱位到关节盂下方，因而从肩峰至肱骨外上髁的臂长度较健侧长。正常时肱骨大结节为肩部最外侧的骨点，该点与上方的肩峰及三角肌共同维持肩部呈圆弧形，当肱骨头脱位后，肩峰成为最外侧的骨点，因此肩呈方形。

8. 肱骨上段骨折

【临床病例简介】

男，30 岁。因交通事故右臂碰在公路旁的大树上，当时感到右臂疼痛并出现皮肤青肿，由路人护进急诊。入院检查发现右臂中部肿胀瘀血，压痛明显，并可触及骨折断端，近侧端向前内侧移位，远侧端向外侧移位，两骨端重叠。

试分析：解释 x 线正、侧位片中骨折端变位的原因。

【解剖学分析】

骨折远侧断端在三角肌牵拉作用下，向外上方移位，骨折近侧断端在胸大肌等的牵拉下向前方移位，又由于臂肌前、后群共同牵拉的结果，使骨折远侧断端上移，从而使两骨端重叠。

8. 尺骨鹰嘴粉碎性骨折

【临床病例简介】

女，16岁。骑自行车不慎从高坡摔下，因保护意识当时右手撑地，起来后觉右上肢疼痛剧烈，肘关节不能活动。30min后检查右前臂肿胀，不能旋转，右肘关节处于0°位，尺骨鹰嘴处不能触及并压痛明显。x线摄片显示右肘关节背侧有碎裂骨片，尺骨鹰嘴阴影变小，边缘不整齐。诊断：尺骨鹰嘴粉碎性骨折。

试分析：造成骨折的原因？

【解剖学分析】

临床上常有因突然的暴力使肌肉强力收缩从而导致该肌附着部位骨断离，该病例正是这一情况。当患者为防止摔倒而用右手作撑地保护时，引起肱三头肌的剧烈收缩使其止点鹰嘴从尺骨上断裂。

9. 右肱骨髁上骨折

【临床病例简介】

男，10岁，学生。因骑车时摔倒，右手着地受伤。查：右前臂疼痛剧烈，右肘部明显肿胀、压痛；桡动脉搏动消失，手部皮肤苍白发紫、麻木；右前臂不能旋前，右拇、示(食)指不能屈曲，右拇指不能对掌右拇、示(食)指远节皮肤感觉丧失。x线摄片显示“右肱骨髁上骨折”。

试分析：该病患损伤了哪些血管，神经？肱骨髁上骨折与肘关节脱位如何进行临床鉴别？

【解剖学分析】

该患者为肱骨髁上骨折合并肱动脉及正中神经损伤，因为正中神经于臂部沿肱二头肌内侧沟由外向内伴肱动脉下降入肘窝，支配大部分前臂屈肌和大鱼际肌的运动和手掌面桡侧半皮肤感觉。肘窝位于肘关节前面，呈三角形，外侧界为肱桡肌，内侧界为旋前圆肌。上界为肱骨内、外上髁的连线，窝内有肱动脉及正中神经通过，故肱骨髁上骨折，骨折端可刺伤肱动脉和正中神经。引起上述临床症状。肱骨内、外上髁和尺骨鹰嘴都属骨性标志，易在体表扪及。正常人肘关节处于伸肘时，此三点位于一条横线上，肘关节屈至90°时，此三点的连线构成一等腰三角形。肘关节脱位时，鹰嘴向后上移位，三点的位置关系就发生改变。故肱骨髁上骨折时，此三点位置关系不变。

10. 桡骨头半脱位

【临床病例简介】

男，3岁。患儿不慎跌倒时其母突然手拉手提起，患儿哭诉右肘部疼痛，无红肿。随后患儿不肯用该手取物和活动右肘，并拒绝触碰右肘部。查右肘部无红肿，右肘略屈，前臂略旋前。伸右手取物及前臂旋后时疼痛加剧。右手腕活动自如。入院后给

予复位处理，疼痛立即消失，右肘部即可自由活动。

试分析：应诊断为什么损伤?为什么?

【解剖学分析】

病变部位在肘关节，但肘关节是由肱尺关节、肱桡关节、桡尺近侧关节 3 个关节构成。3 个关节同包在 1 个关节囊内，关节两侧有韧带加强，关节前后壁较薄弱，在关节囊外侧部分有桡骨环状韧带，5~6 岁以内小儿的桡骨头发育不全(未完全骨化)，

桡骨头相对地较桡骨环状韧带小，当右上臂纵向牵拉时，肱桡关节轻度分离，桡骨头向远侧滑移，滑向薄弱的环状韧带上缘，待牵拉力松开后，肱桡关节恢复原位时，环状韧带上缘即被卡在肱桡关节内，使前臂旋转困难。此即桡骨头半脱位。

18. 桡骨下端骨折

【临床病例简介】

女，75 岁。因不慎跌倒，而发生桡骨下端骨折。矫形外科医生给予复位并石膏固定，并告之腕关节必须固定于功能位，并注意时常锻炼手指功能。

试分析：何谓功能位?这种功能位有何临床意义?

【解剖学分析】

当手以拇、示(食)指抓取物体时所采取的姿势称为手的功能位，即前臂半旋前、腕关节略伸，手指半屈，第1 掌骨旋转到使拇、示(食)指指甲平行拇指头与示(食)指刚好能接触的位置。手功能位的重要意义在于手的某一部分永久固定，而使手仍能发挥最大的机械效能。

14. 骨盆骨折

【临床病例简介】

女，18 岁。蹲在公路边上整理自行车时，被一辆个体中巴撞伤，当即疼痛难忍无法爬起，急送入院。经查体发现患者髋部肿胀，压痛明显，骨盆变形，膀胱充盈于下腹部正中可触及。经

X 线摄片检查诊断为骶尾骨骨折及骨盆环双处骨折(耻骨上，下支骨折伴骶髂关节脱位)。

试分析：为什么会出现骨盆变形?骨盆复位有哪些临床意

义?为何要卧床休息?

【解剖学分析】

骨盆是由骶尾骨、两侧的髋骨及骶髂关节、耻骨联合及其韧带所构成的盆状结构。骨盆既构成盆部外形，又向下传递重力。故双处骨折后伴骶髂关节脱位，将使力的平衡打破。故在力的作用下而发生变形。骨盆复位后既能向下传递重力又能连接下肢并恢复盆部外形。骨盆骨折后的常规治疗为复位及卧床休息，卧床休息能避免疼痛、避免移位，又有利于骨折处康复。

15. 右髋关节后脱位

【临床病例简介】

男，28 岁。因外伤致右下肢呈内收、内旋屈曲畸形，髋关节活动受限，伤肢缩短，右臀部可摸到坚硬突出物。

试分析：右下肢属于何种损伤？右臀部摸到的突出物是什么？并通过何种途径突出？

【解剖学分析】

右下肢的损伤是右髋关节后脱位，右臀部摸到的突出物是股骨头。髋关节囊前壁有较强的髂股韧带，其内上壁和后上壁均有韧带加强，但内下壁和后下壁较为薄弱缺乏韧带，故此两处的脱位最为常见。股骨头由髂股韧带与坐股韧带之间的薄弱区穿出，造成后关节囊及轮匝韧带撕裂。

16

1. 右股骨颈囊内骨折

【临床病例简介】

女，72 岁。因地面潮湿打滑而跌倒导致右股骨颈囊内骨

折。查体发现患者呈急性病容，强迫体位，下能站立，右大腿外旋、右下肢缩短，右髋部有压痛，大转子明显突出。

试分析：为什么右下肢不能活动？为什么会出现右大腿外旋伴下肢缩短？是哪些肌的能用？大转子突出是什么原因？为什么要进行人工股骨头置换术？

【解剖学分析】

股骨颈骨折后由于肌收缩通常发生移位，患侧大腿外旋是由于臀后群肌大部分附着在股骨大转子上，这些肌均位于髋关节后方，而平时起拮抗作用的肌和结构由于股骨颈骨折后失去作用(紧张度)故使大腿外旋。患侧下肢缩短同样是由于骨折后股骨颈失去平常支撑作用，由诸如髂腰肌等的收缩所致。大转子的突出系原先拮抗肌因杠杆(股骨颈)失去作用所致。此例患者为女性且年龄已 72 岁，据此需做人工股骨头置换术。理由是此种病情发生股骨头缺血性坏死的可能性极大。易引起骨折不愈合，因为股骨头的大部分血供是由股骨干和股骨颈的血管供给。骨折后股骨头血供无疑将大大减少，影响其愈合。

17. 股骨中段骨折

【临床病例简介】

男，25 岁。因骑自行车与汽车相撞受伤后入院。除一些浅表部位损伤外，发现右股骨干中段处骨折。查体发现右下肢较左侧短 5cm，在 x 线侧位片中显示骨折片互相冲重叠，远侧骨折端向后旋转。

试分析：解释右下肢变短的原因。为什么远侧骨折端向后旋转？

【解剖学分析】

患者右下肢变短是由于股四头肌和股后肌群向上牵拉近侧骨折端之故；腓肠肌内、外侧头的牵拉作用，则使远侧骨折端向后旋转。

18. 胫、腓骨骨折

【临床病例简介】

男，56岁。因骑自行车摔倒。右下肢不能行走，肿胀剧痛而就医。经检查右胫骨下端前方有约 $0.2\text{cm} \times 0.3\text{cm} \times 0.5\text{cm}$ 伤口少许出血，右下肢X线摄片提示：右胫骨下端斜型骨折，右腓骨上端粉碎性骨折，骨折端向外侧完全错位并旋转15°。

试分析：为什么骨折端向外侧完全错位并旋转15°？是哪块肌肉受力所致？哪些血管、神经有可能损伤？

【解剖学分析】

右腓骨上端骨折、骨折端向外侧完全错位并旋转15°。是股二头肌牵拉所致。因为股二头肌止于腓骨小头，可使小腿微外旋。滋养动脉一般从胫骨干中、下交界处由滋养孔进入骨内，胫骨干下段骨折时，滋养动脉容易发生断裂。从而导致血供不足，使骨折延迟愈合，腓总神经自腓窝绕过腓骨头前行，在腓骨上端骨折时很容易伤及腓总神经，出现相应的症状。

19. 前交叉韧带损伤

I 临床病例简介】

女，25岁。在一次严重的车祸时，右膝部受伤，局部有血肿，右膝关节前后不稳固。在麻醉屈膝情况下，发现胫骨能过度

前移。手术后将关节用石膏固定2个月，并嘱患者进行股四头肌的功能训练。

试分析：膝关节的什么结构受损？为什么要作股四头肌功能训练？

【解剖学分析】

该患者的胫骨能过度前移，说明右膝关节的前交叉韧带断裂，因为前交叉韧带有限制胫骨前移的作用。维持膝关节的稳固性的结构很多，其中以股四头肌和韧带的作用较为重要，因而训练股四头肌的功能，增强肌张力，以弥补交叉韧带损伤所丧失的功能。

20. 右侧半月板撕裂

【临床病例简介】

男，17岁。学生。因玩足球与另一个球员相撞而跌倒，倒地时支持体重的右膝关节半屈曲，大腿内旋，小腿外展，右膝关节即感疼痛剧烈，不能伸膝。被人送进医院后1h，该患者虽作了很大的忍受但仍不能伸膝。经检查在关节线的内侧端有严重触痛，随之膝关节前面出现严重肿胀。

试分析：该病例应诊断为什么？膝关节为什么会锁住？膝关节前面为什么会如此广泛地肿胀？

【解剖学分析】

当这个学生跌倒时，膝关节内侧半月板向外侧牵拉，膝关节突然活动，使相对不易活动的内侧半月板挤压在股骨和胫骨内侧髁之间，发生半月板撕裂。半月板撕裂后可发生卷曲而挤到

关节面之间，限制膝关节进一步伸展。此即“膝关节交锁”现象。被撕裂的内侧半月板上可有压痛。外伤可引起滑液过度分泌而

充满于关节腔和髌上囊内，因而膝关节前面广泛地肿胀。

19. 踝关节扭伤

【临床病例简介】

女，18岁结伴上山春游，在下山中因奔跑不慎扭伤踝部，不能活动。查体：局部肿胀，压痛明显，呈内翻扭伤，x线检查未见骨折。

试分析：为什么在下山时易造成足内翻扭伤？

【解剖学分析】

踝关节由距骨滑车和胫、腓骨下端形成的关节窝组成。距骨滑车所构成的关节头前部较宽，后部较窄，呈楔形，正好与关节窝的形态相适应，即前宽后窄。当下山时，踝关节处于跖屈位，使关节头的较窄部分进入前端宽大的关节窝内，即头与窝之间形成了较大的间隙，加之踝关节内侧韧带较坚韧强大，外侧韧带相对薄弱。故下山时易造成足内翻扭伤。

20. 颅前窝骨折(脑脊液外

【临床病例简介】

男，20岁。因车祸致头部受伤，昏迷15min，清醒后查体发现右眼眶青紫、肿胀、球结膜充血，且鼻腔有淡红色液体流出，被人急送入院。

试分析：鼻腔流出的为何种液体？哪处损伤部位，流出途径如何？为什么会出现眼眶青紫？

【解剖学分析】

鼻腔流出的淡红色液体为血性脑脊液。提示该患者为颅前

窝骨折，具体在筛骨的筛板和额骨右侧眶面。

流出途径：脑脊液经硬脑膜破裂口，筛板裂缝及鼻粘膜破口流入鼻腔，然后经鼻孔流出。因颧骨右侧眶面骨折伴随硬脑膜撕裂致使脑脊液及出血经裂口渗入右眼眶眼球周围的疏松组织。故有球结膜充血。眼眶青紫等表现。

28. 颞骨骨折

【临床病例简介】

男，25岁。因骑自行车撞伤了头部左颞区。伤后自行回家。回家后2h，自感看书视力模糊、视觉紊乱逐渐加重，并且嗜睡，伤后2.5h已丧失知觉，即来院急诊。查体发现左颞部皮下青紫，左侧瞳孔比右侧大了(左眼向外斜视、x线摄片显示骨折线通过额、顶、颞、蝶4骨交界处。

试分析：该处有何血管经过？该血管经何孔入颅？

【解剖学分析】

该患者的骨折线通过额、顶、蝶、颞4骨交界处，上述4骨常

呈“H”形连接点。翼点的骨质较薄。其内面有脑膜中动脉的前支经过(脑膜中动脉经棘孔入颅中窝)。因而本例为翼点骨折伤及脑膜中动脉前支所致的硬膜外血肿；意识障碍和眼部症状及体征系血肿压迫脑干和动眼神经(脑疝)之故。

24. 下颌骨骨折

【临床病例简介】

男，35岁。因下颌受突然的暴力打击受伤而急诊患者有一过性知觉丧失，但很快即恢复知觉。主诉醒来时满口是血，不能正

常闭口，下颌部的左侧迅速肿胀，摸、压局部和张、开口时疼痛明显，且有血性唾液自口中流出。口腔检查发现牙齿咬合错位，可闻及骨擦音局部粘膜，骨膜撕裂出血，患者合拢牙齿时，下颌骨的左后部向内上移位。诊断左侧下颌骨体部骨折，伴骨折段移位。

试分析：引起下颌骨骨折段移位的因素有哪些？

【解剖学分析】

下颌骨骨折一般好发于结构薄弱的区域，如本例的骨折正好位于左侧颏孔的后方。造成下颌骨骨折段移位，而引起咬合错位的原因有三种。①外力的方向。②骨折部使骨的结构(即骨密质包裹骨松质构成)。③最重要的是附着于骨折段肌肉的收缩牵拉。引起骨折的下颌骨体的错位一是由于颞肌、咬肌拉下颌骨向上，翼内肌拉下颌骨向内侧，颏舌骨肌、二腹肌和下颌舌骨肌将下颌骨拉向舌骨的结果。

25. 先天性斜颈

【临床病例简介】

男，5岁。因头斜向一侧而求医。经检查发现脊柱颈段处于微屈位。右侧胸锁乳突肌前缘较左侧突起，触之硬如索条状，右耳较正常时更接近右肩，头倾向左侧。颜面斜向左上方、诊断为先天性斜颈。

试分析：该病由哪一肌肉的病变引起？为什么会出现上述症状？

【解剖学分析】

先天性斜颈系分娩时胸锁乳突肌受伤、出血、血凝块纤维性浸润使肌肉挛缩所致，但只有当小儿的颈部增长时才被注意到。患儿的右胸锁乳突肌有挛缩病变，故触之如硬索状。右胸锁乳突肌收缩时，使头向右侧侧屈，面向左上方仰，即将右耳牵向右肩部。

26. 斜方肌瘫痪

【临床病例简介】

女，35岁。因右侧颈后三角脓肿而行切开排脓术，术后2周，患者发现她的右手不能再上举过头梳发。

试分析：解释该患者的症状？

【解剖学分析】

副神经支配斜方肌的运动，副神经在经过颈后三角时位置比较浅表，其体表投影从胸锁乳突肌后缘中上1/3交点至斜方

肌前缘中1/3交点的连线。这位外科医生忘记了这一解剖关系而切伤了右侧副神经，因而发生右侧斜方肌麻痹。由于上肢高举过头必须要有斜方肌的参加，这是因为斜方肌的上，下部纤维能协助前锯肌使肩胛骨下角外旋，所以这个患者的右手不能高举过头梳发。

24. 掌中间隙感染

【临床病例简介】

男，9岁。在登上旧建筑物时，因滑倒右手按在了生锈的铁钉上，发现第四掌骨前方的掌面有一深的刺伤口，2天后伤口疼痛、变软，手背肿胀。

试分析：假如伤口被细菌感染，应如何诊断？为什么手背肿胀明显？

【解剖学分析】

这个患者因右掌中间隙有急性感染，污染的钉子穿过皮肤和掌腱膜并把病原菌接种到筋膜间隙(掌中间隙)。同时此处感染可经第2—4蚓状肌引向第3~5指的背侧；或可经淋巴引流到手背皮下组织中的淋巴管网，从而使手背部疏松的皮下组织水肿。

25. 指深屈肌腱断裂

【临床病例简介】

男，17岁。因右手掌被利刀割伤，致左中指呈伸直位不能屈曲，探查原切口找不到肌腱。

●试分析：该患者损伤了什么结构？为什么在原切口找不到肌腱？

【解剖学分析】

该患者切断了支配左中指的指深屈肌腱。因为屈肌腱损伤断裂后回缩在掌心部位，所以在原切口找不到肌腱，往往需要延长或另行切口。

26. 腹股沟斜疝

【临床病例简介】

男，74岁。有慢性支气管炎病史16年。本次因右侧腹股沟区可复性肿块3年入院。起初在长期站立、行走或咳嗽时，肿块向外突出，以后肿块逐渐增大并延伸进入阴囊，有下坠感。查体：站立时，右侧腹股沟区及阴囊可扪及肿块，无触痛，仰卧时，用手按压肿块即可回纳，在腹股沟韧带中点上方一横指处扪压深环，并令患者站立咳嗽，肿块不再突出。临床诊断：右侧腹股

沟斜疝(可复性)。

试分析：这个可复性肿块是什么？经怎样途径突入阴囊内？此处为什么会发生疝？与患者年龄、慢性支气管炎病史有无关联？为什么本病应与直疝、股疝相鉴别？

【解剖学分析】

这个可复性肿块是腹腔内的肠管及其系膜、大网膜等项带

腹膜，经腹股沟管深环随精索突入腹股沟管，再经腹股沟管浅环进入阴囊内。腹股沟区结构较为薄弱，其原因是：①腹外斜肌在此处移行为较薄的腱膜。②腹内斜肌和腹横肌的下缘与腹股沟韧带内侧份之间缺乏肌肉。③此处有腹股沟管存在，是腹腔通向阴囊的潜在性裂隙。由于以上解剖特点，故腹壁疝多发生于腹股沟区。患者年老体弱，腹壁肌肉、腱膜、筋膜均萎缩退化，致使腹壁强度降低，而长期慢性咳嗽可使腹内压增高，两者都是疝发病的诱因。由于直疝在腹股沟韧带内上方，经海氏三角向前突出，而股疝在腹股沟韧带内下方，由股环，经股管至隐静脉裂孔处向外突出，因而本病应与直疝、股疝相鉴别。

24. 腹股沟直疝

【临床病例简介】

男，75岁。因左腹股沟部有一肿物而求医。有慢性支气管炎病史。经检查发现右左腹股沟韧带内侧端上外方有一半球形肿物。令患者咳嗽时肿物膨大，但不降入阴囊。

试分析：应诊断为什么？肿物在咳嗽时为什么会膨大？肿物为什么不降入阴囊？

【解剖学分析】

本例为腹股沟直疝，疝囊在咳嗽时膨大是由于腹内压增高

之故。腹股沟直疝疝内容物不降入阴囊，这是因为疝囊是从腹壁下动脉内侧的腹股沟三角薄弱区推向前方，此处既无作为天然通道的腹股沟管，又无鞘膜突形成的天然疝囊，所以直疝不降入阴囊。

11. 左股部外伤

【临床病例简介】

男，27岁。因与人斗殴被刀刺伤左股部而入院。入院体征：贫血貌，神志清。左腹股沟中点偏外侧可见一纵形的3cm长创口，流血不止。左下肢皮肤苍白，足背动脉搏动消失。经手术清创修补后康复。

试分析：损伤了什么结构，并综述其临近的解剖结构。

【解剖学分析】

分析为股动脉断裂。股三角在大腿前面的上部，为底朝上尖向下的三角形结构。上界为腹股沟韧带，内侧界为长收肌内侧缘。外侧界为缝匠肌内侧缘，前壁为阔筋膜，底为髂腰肌、耻骨肌及长收肌。该三角内自外向内依次有股神经、股动脉、股静脉、股管等结构。患者伤口在股三角内，下肢有缺血性的改变，故损伤血管为股动脉。

32. 股疝嵌顿

I 临床病例简介】

男，69岁。半月前发现左大腿根部有一小肿块，后逐渐增大。最近3d下腹部呈持续性钝痛，阵发性加重，伴恶心、呕吐，肛门不能排气。查体左股区前内上方有肿块3cm×3cm。诊断

为左股疝嵌顿。经股疝高位结扎修补术后治愈。

试分析：肿块的内容物是什么？股疝形成的解剖学原因？为什么容易发生嵌顿？

【解剖学分析】

由于肿块嵌顿时，表现为肠梗阻症状，故肿块内容物为肠管。股管是股鞘内压增高时，肠管或大网膜等可经股管至隐静脉裂孔，从腹股沟韧带内侧下方皮下突出而形成股疝。因为股管的上口股环前、后、内三面均为韧带，不易延展，所以股疝容易嵌顿。

32. 臀部肌肉注射并发症

【临床病例简介】

男，39岁。因患呼吸道感染伴高烧、咳嗽，医生曾给以青霉素肌肉注射，最后一次于右臀部注射后，患者即觉右小腿向下直至脚趾麻木、刺痛和烧灼感。翌日，患者出现足下垂而入院。经检查呼吸道感染基本已痊愈，右小腿外侧和右足背感觉消失，踝关节不能背屈，足不能外翻，行走时见患者拖着右足的前部和外侧缘。观察右臀部见大致沿坐骨神经行径有若干注射痕迹。诊断为肌肉注射后的神经并发症。

试分析：臀部肌肉注射为什么会伤及神经？应如何避免？

【解剖学分析】

肌肉注射是常用的给药途径，由于局部刺激小，适用于某些刺激性较强、吸收较慢的药物注射，而臀部则是肌肉注射的常选部位。在梨状肌下缘，从外侧到内侧有坐骨神经、股后皮神经、臀下神经、臀下动、静脉、阴部内动，静脉及阴部神经出入，坐骨神经位于臀大肌深面，从梨状肌下缘出骨盆，经过大

转子和坐骨结节之间的中点，分胫神经和腓总神经。坐骨神经的变异主要有两个方面：①分支平面差异较大。②出骨盆时与梨状肌的关系多变。医务人员在作臀部注射时由于注射位置选择不当，造成坐骨神经损伤，因腓总神经较胫神经粗。位置更靠外侧似乎更易受累，本例患者所表现的足下垂、足外翻及小腿外侧和足背感觉丧失均是腓总神经受伤所致。故臀部的肌肉注射，应该选择在外上象限进针，尤其是小儿选择在臀中、小肌区为好，定位的方法有两种：一种是从臀裂顶点向外侧作一水平线，再从髂嵴最高点向下作垂线，将臀部分为内上、内下、外上及外下四区，外上 $1/4$ 区即为注射区；另一种是从尾骨尖至髂前上棘作一连线，该线的外侧 $1/3$ 即为注射区。

二、消化系统临床病例及解剖学分析

1. 急性胰腺炎

【临床病例简介】

男，12岁。发热，咽痛2天，伴腮腺部肿痛而就诊。查腮腺肿大以耳垂为中心，边缘不清，触之有弹性感，局部有轻度触痛，让患儿张开嘴巴发现右侧平对上颌第二磨牙的颊粘膜上有

红肿。诊断为急性腮腺炎。

试分析：腮腺炎与口腔颊粘膜上的红肿区域有什么关系？

【解剖学分析】

腮腺位于外耳道的前下方，其表面被结缔组织形成的被膜所包裹。由腮腺前缘发出腮腺管，在颧弓下一横指处，沿咬肌表面水平前行，至咬肌前缘穿颊肌，开口于平对上颌第二磨牙的颊粘膜上，故在患急性腮腺炎时，可在腮腺管口见到红肿。若口腔炎症，也可沿腮腺管蔓延至腮腺。

2. 左房扩大压迫食管

【临床病例简介】

男，45岁。有风湿病史10年。反复发作后发生二尖瓣狭窄，最近因右心衰竭而入院。医生为了解左房的大小、疾病的发展情况，进行了食管钡餐造影检查。

试分析：解释食管与左房有什么关系。

【解剖学分析】

食管胸段的前面与气管下段，主动脉弓、左主支气管及心包相毗邻，左心房后壁仅隔以心包与食管前壁相贴，通常可取右前斜位吞钡透视，根据充钡的食管前壁所形成的局限性压迹的大小来判断左心房的扩大程度，左心房扩大严重者，不仅食管压迹深，而且可使食管向后移位。

3. 食管下段缩窄

【临床病例简介】

女，32岁。因家庭问题企图吞服来苏儿自杀。后经医务人员抢救和及时治疗恢复了健康。5年后因吞咽困难而入院，主诉胸骨中部隐痛，在吃固体性食物时有在此处卡住的倾向。

试分析：患者为什么会出现梗阻？梗阻可能在什么部位？

【解剖学分析1】

食管狭窄通常发生于喝腐蚀性液体损伤食管壁之后。食管生理性缩窄都能短暂阻留腐蚀性液体而使该处损伤最严重，这些狭窄部依次在食管的起始部(即咽与食管连接处)，主动脉弓和左支气管横过食管处以及食管穿膈肌入胃处，食管镜显示病人在食管下两个生理缩窄部已成病理性狭窄，并且第二缩窄部狭窄得更严重。患者胸骨角后部疼痛，正好在此狭窄平面。

4. 食管上段癌

【临床病例简介】

男，54岁。1994年下半年发现进食米饭时有摩擦感，并伴有胸骨后隐痛，继而出现食物滞留感，甚则出现吞咽困难。到春节后不论食什么固体食物均出现上述症状而就医。进行食管钡

餐造影检查提示"食管上段

试分析：可能出现的临床症状。

【解剖学分析】

食管是连接口腔和胃的一条中空肌性管道，全长25～30 cm。本例出现吞咽困难，从解剖学角度讲原因有两种：①食管癌块的形成，突入食管腔中形成机械性阻塞而出现吞咽困难。③癌瘤组织沿食管壁生长；使食管壁的硬度增加而弹性减弱，当食物通过时不能因势扩张，因而造成吞咽困难。胸骨后疼痛，是由于肿瘤局部侵犯食管壁，刺激感觉神经末梢，经喉返神经、迷走神经传至脑而产生疼痛感觉。

5. 胃穿孔

【临床病例简介】

女，30岁。曾有反复发作的胃痛病史，现因持续性上腹部疼痛4h而急诊入院。查体发现腹肌紧张，右髂区有明显的压痛和反跳痛，经x线腹部摄片，见膈下有少量游离气体，诊断为急性胃穿孔，

试分析：若胃后壁穿孔，胃内容物首先会进入何部位？为何会出现右髂区的压痛和反跳痛？该患者应取什么体位？为什么？

【解剖学分析】

胃后方为网膜囊，当胃后壁穿孔时，胃内容物首先进入网膜囊，然后可经网膜孔沿有结肠旁沟流向右髂区。由于腹膜炎刺激了壁腹膜，致使右髂区局部有明显的压痛和反跳痛，并反射性地引起腹肌紧张，以减少局部活动，防止外流的刺激性胃内容物在腹腔内蔓延。又由于上腹部的腹膜吸收速度较下腹部快，在腹膜炎时，临床上常取半卧位，使腹膜腔内的炎性渗出液积存

于盆腔，特别是直肠子宫陷凹内(在男性为膀胱直肠陷凹)，以延缓吸收速度，减轻中毒症状。

6. 外伤性十二指肠破裂

【临床病例简介】

男，31岁。因上腹部被手拉车柄撞击伤伴腹痛3h入院，3h前上腹部不慎被手拉车柄撞击，即感上腹部疼痛伴恶心，呕吐，吐出为胃内容物及少量淡血性液体。体格检查除发现腹壁内侧有4cm×3cm大小的皮下瘀血斑，右上腹压痛外，未发现其他阳性体征，腹部B超及X线检查正常。入院后腹痛加重，并向腰背、会阴部放射痛，呕吐频繁。再次x线透视提示腹膜后右肾周围积气，腰大肌阴影模糊不清。手术探查发现：十二指肠周围、后腹膜外巨大血肿；胰头肿胀，包膜下有瘀血，切开后腹膜见十二指肠第三段1/2周径横断，局部有胆汁、食糜及血性液体。施行清创、胃造瘘、高位空肠造瘘、胆总管引流等治疗，治愈出院。

试分析：十二指肠第三段穿孔为什么没有气腹症？为什么会出现腰背部及会阴部疼痛？

【解剖学分析】

因为十二指肠第2、3、4段为腹膜外位器官，当其外伤穿孔如无后腹膜破裂，肠道内液、气体不会进入腹膜腔，所以无腹腔游离气体。由于腹膜后十二指肠破裂，肠内容物包括食糜、胆汁，

血液弥入腹膜后间隙，刺激该处组织从而引起腰背痛。当十二指肠液沿肾周围、腰大肌间隙流入盆底，刺激会阴部神经等组织而出现会阴部疼痛。

1. 十二指肠血管压迫综合征

【临床病例简介】

男，57岁，干部。诉2年来恶心，呕吐，呕出伴有胆汁的食物，尤其是进餐1h左右，上腹胀痛、不适，呕吐后症状好转。近二月来加重而入院。体格检查除消瘦外，无其它阳性体征发现。胃镜检查：无溃疡，有胆汁反流。钡餐造影：透视下胃排空良好，十二指肠扩张，6h后十二指肠仍有明显钡剂残留，并见第3、4段之间始终有钡剂充盈缺损。临床诊断为十二指肠血管压迫综合征。

试分析：为什么会发生十二指肠压迫症？解剖上有什么特点？

【解剖学分析】

肠系膜上动脉起自第一腰椎前下1/3平面的腹主动脉，亦可高自第十二胸椎中部或低至第2、3腰椎椎间盘半面。矢状面上由肠系膜上动脉和腹主动脉所形成的角内含有左肾静脉，胰腺钩突和十二指肠第3段。角的后翼由脊、椎旁肌以及腹主动脉所构成，前翼由系膜内的肠系膜上动脉所组成。由于人类直立姿势的结果使肠系膜上动脉与腹主动脉所形成的角比四足动物所见到的更为锐利。有资料表明十二指肠受压迫的患者角度都在20°以下。十二指肠移行空肠的一个标志是十二指肠悬韧带(treitz韧带)，其起自膈肌各脚纤维性肌束，止于十二指肠空肠曲的上缘。该韧带变短，可使十二指肠更高地进入血管角。另外，肠系膜上动脉周围的脂肪也起着缓冲的作用。因此患者往往比较消瘦。一旦形成十二指肠压迫就表现为梗阻现象。

2. 十二指肠球部溃疡穿孔

【临床病例简介】

男，52岁。因上腹部饥饿样疼痛20余年。剧烈腹痛5h入院。入院前5天因饮酒、吃萝卜干等食物后开始上腹部剧痛，难以忍受，继而自右下腹扩散，约30min后弥漫至全腹部，伴恶心，呕吐2次，呕出胃内容物。体格检查：见腹部平坦，腹式呼吸消失，腹肌呈板样硬，全腹广泛压痛以及反跳痛，腹部移动性浊音可疑，肝浊音界缩小，肠鸣音减弱，腹腔穿刺有少许黄色脓液。x线腹部透视提示膈下游离气体。入院后立即在持续硬膜外麻醉下进行剖腹探查手术，见腹腔有黄色混浊脓液1000ml及食物残渣，十二指肠球部前壁有0.5cm穿孔口，穿孔口周围有1.5cm×1.5cm疤痕样组织，其附近组织充血，水肿及脓苔粘附，行胃

大部切除、毕罗Ⅱ式胃肠吻合术，病理切片报道十二指肠球部溃疡穿孔。治愈后出院。

试分析：十二指肠球部溃疡穿孔为什么多发生在前壁？为什么腹痛从上腹部开始扩散到右下腹再弥漫至全腹部？腹腔内残留液体最易积聚在什么部位？检查及引流有何特点？

【解剖学分析】

十二指肠球部是溃疡病的好发部位，该处肠壁较薄，且随着呼吸运动经常向肝及腹前壁移动，妨碍了组织覆盖粘连，而后壁溃疡在病变进展过程中逐渐与邻近的组织器官粘连形成慢性穿透性溃疡，所以很少发生穿孔。因为溃疡病穿孔后，胃、肠内容物进入腹腔先积于肝下或膈下间隙(尤其是肝肾隐窝)，继而沿右结肠旁沟流到右下腹及右髂窝部，出现右下腹疼痛，颇似阑尾炎。当腹膜炎进一步加重后腹痛弥散至全腹部。

手术后采取半卧位，腹腔内液体可继续向下越过骨盆缘，在男性，达直肠膀胱陷凹；在女性，达直肠子宫陷凹，上述两

个窝在临床上有特殊意义，窝的底部为腹膜腔最低位，腹腔内如有积液，由于重力关系，均首先积聚在此，同时两窝前邻子宫、阴道或膀胱，后邻直肠，所以，临床上常常通过肛门的指诊或阴道后穹指检，为疾病的诊断和鉴别诊断提供有价值的参考依据。其次，经阴道后穹窿或直肠前壁穿刺抽液，能达到引流治疗的目的。

1. 急性阑尾炎穿孔

【临床病例简介】

女，11岁几天前不明原因出现上腹隐痛，约6~7h后转移至右下腹痛，为持续性，伴阵发性加重。约4h前疼痛突然减轻，但渐波及全腹而入院。伴有发热、恶心、呕吐，便意频繁感。查体：急性病容，全腹压痛，反跳痛，肌紧张，以右下腹为明显。嘱患者右大腿屈曲并内旋时，自感右下腹疼痛。肛门指检直肠前壁有触痛，临床诊断：急性阑尾炎穿孔，弥漫性腹膜炎。

试分析：为什么疼痛从上腹部转移至右下腹，继而波及全腹？小儿患阑尾炎有什么解剖特点？为什么压痛以右下腹明显？为什么右大腿屈曲内旋时，可引起疼痛？便意频繁又是怎么回事？

【解剖学分析】

炎症早期，腹痛为内脏神经反射所致，故上腹部疼痛范围较弥散，常不能确切定位。当炎症波及阑尾的浆膜层和壁层腹膜时，因后者受躯体神经支配，痛觉敏感，定位确切，故疼痛从上腹部转移并固定于右下腹。由于小儿阑尾壁薄，血运障碍时，易发生穿孔，其腔内容物从穿孔处进入腹膜腔。又由于小儿大网膜短而薄，盲肠活动度大，故炎症不易局限，而导致弥漫性腹膜炎，炎

症刺激壁层腹膜使疼痛渐波及全腹。又因阑尾位于右髂窝,属腹膜内位器官,其根部附于盲肠后内侧壁,位置较恒定;远端游离,位置可发生变化。其根部相应的体表位置,通常称为麦氏点(Mc Burneys Point)即右髂前上棘与脐连线的中、外1/3交界处(或位于两侧髂前上棘连线中、右1/3交界处的Lanz点),故压痛通常以右下腹麦氏点或Lanz点为明显。虽随阑尾解剖位置的变异,压痛点可相应改变;似右下腹有一固定的压痛点是不会改变的,由于炎性阑尾炎端伸入盆腔,贴近闭孔内肌并使其受到炎性刺激,因而在右大腿屈曲内旋,牵拉闭孔内肌时;可引起疼痛。便意频繁是因炎性分泌物易积存于腹膜腔最低位,即直肠子宫陷窝内(盆腔脓肿)而引起的直肠刺激征。

1. 直肠癌伴转移性肝癌

【临床病例简介】

男, 67岁。因持续性腹痛, 伴里急后重1月余而入院。患者主诉每天大便约10余次, 每次大便量甚少, 呈粘液样血便, 便后有排便不尽的感觉。查患者面部黄染, 肝质硬有结节状伴中等度腹水。直肠指诊: 距肛门口约6cm处, 直肠前壁触及约3cm×4cm大小肿块, 表面粗糙不平, 质硬, 边界较清, 基底宽, 有压痛, 移动度小, 手指套上有新鲜血迹, 诊断: 直肠癌, 继发性肝癌。

试分析: 为什么会出现里急后重症状?为什么伴粘液血便?直肠癌为什么易转移至肝脏?

【解剖学分析】

因大便次多量少, 便后感觉还要大便及肛门下垂感, 叫里急后重。因直肠内肿块并逐渐增大, 占直肠腔越多。每次便量则越

少, 残留越多, 刺激直肠壁时有便意次数就增多。每次便后有排便不尽的感觉。癌肿表面溃破后, 便时可伴粘液样血便。癌肿侵入局部小静脉后, 癌细胞栓可经肠系膜下静脉、门静脉进入肝内.继发肝内肿瘤。黄疸、肝肿、腹水均为肝癌的临床表现。

2. 直肠壁脓肿

【临床病例摘要】

男: ×岁。因肛管直肠连接部脓肿作切开引流术, 在手术中, 医生为了使引流更通畅, 向脓肿深部进行了探查, 术后3d, 听到患者主诉大便失禁。

试分析: 解释其原因。

【解剖学分析】

肛提肌两侧会合形成漏斗型, 封闭骨盆下口, 承托盆腔脏器, 其中有部分纤维呈袢状从后面套绕直肠, 并悬吊到耻骨体的后面(即耻骨直肠肌), 可协助肛门内、外括约肌紧缩肛门的作用。该医生在向脓肿深部探查分离时严重损伤了这一部位的肌性环, 从而引起大便失禁。

3. 便血

【临床病例摘要】 、

女，65岁。有慢性腹泻病史，近1月来左下腹钝痛，粪便中带有少量鲜血，为排除肿瘤可能，医生建议作直肠镜检查。

试分析：在检查中应注意哪些问题？

【解剖学分析】

(1) 直肠下段膨大的直肠壶腹内有 223 个由环行肌和粘膜

形成的直肠横襞，其中最大且恒定的横襞在壶腹上份，位居前右侧壁，距肛门约 7cm。可做为直肠镜检的定位标志。

(2) 直肠在矢状面上有 2 个弯曲，即在骶尾骨前面凸向后方

的骶曲和绕尾骨尖凸向前方的会阴曲；侧方有 3 个弯曲，但不恒定，一般中间较大的 1 个弯曲凸向左侧，上、下 2 个突向右侧。当进行直肠镜检查时，必须注意这些弯曲，以免损伤肠壁。

13. 充血性心力衰竭——肝静脉变化

【临床病例简介】

B 型超声检查肝脏时所作的常规切面之一为右肋缘下向上斜断第二肝门(见图)。

试分析：何谓第二肝门？A—B C、D 各为何结构？在充血性心力衰竭的患者，临床上亦可以这些管道的增粗程度来判断心力衰竭的程度。这是什么机制？

【解剖学分析】

所谓第二肝门，临床上一般是指腔静脉沟上端，各支肝静脉汇入下腔静脉处。肝血窦的血液经物质交换后，汇入肝小叶内的中央静脉，再汇入小叶下静脉，它们汇集成三支大干，即肝左、中、右静脉，最后注入下腔静脉，是主要的出肝血管。图中 A、B、C 分别为肝右静脉，肝中静脉和肝左静脉，D 则为下腔静脉。患充血性心力衰竭时，由于回心静脉压力增高，下腔静脉血液回流障碍、并极易波及肝静脉，加上肝静脉内不具静脉瓣，故可较早出现被动性充血扩张，其扩张程度和右心功能相关。因此，可根据肝静脉内经增粗程度判断心力衰竭的程度。

14. 胆囊结石伴胆囊穿孔

【临床病例简介】

女，40 岁。体型肥胖，有胆结石病史，现因肠梗阻而入院。初步诊断肠梗阻为大的胆石所致。由于胆石症和胆囊炎反复发作，使胆囊和邻近肠管粘连。因此，推测大胆石可能是穿经溃烂的胆囊壁和肠壁进入肠腔。

试分析：大胆石可进入哪些邻近肠管？胆石又在何处引起梗阻？

【解剖学分析】

胆囊与十二指肠和横结肠邻近，胆囊的慢性炎症病变可使胆囊壁与肠壁互相粘连，一 粘连处破溃，巨大胆石可进入十二指肠和横结肠。进入横结肠的大胆石向下通过肛管是没有困难

的，因而不会引起肠梗阻；但是进入十二指肠的巨大胆石，不易通过回盲瓣，从而发生小肠梗阻。

15. 肝外胆道结石

【临床病例简介】

女，55岁。于3年前在无明确诱因下，感剑突下偏右阵发性钝痛。并向右肩背部放射，伴有晨寒、恶心呕吐，吐出物为胃内存物，经抗炎输液治疗好转。15d前又再次发作，仍以剑突下偏右疼痛为主，能忍受，昨晚六时起腹痛加剧，难忍，伴有恶心呕吐，先吐出胃内容物，后为苦味黄水。查体为痛苦病容，皮肤、巩膜轻度黄染，右肋弓下压痛明显，墨菲征阳性。经B型超声检查诊断为胆囊及胆总管结石。

试分析：剑突下偏右疼痛伴有皮肤、巩膜黄染是何原因？为何出现右肩背部放射痛？何为墨菲征阳性？

【解剖学分析】

分析：剑突下偏右疼痛伴有皮肤、巩膜黄染，最大可能为胆石症。由于结石堵塞总胆管，引起胆道梗阻，胆汁排泄障碍，造成肝内胆小管破裂胆汁渗入肝血窦，随血液循环达全身而导致皮肤、巩膜出现黄疸。胆囊的内脏感觉纤维终于脊髓颈3~5节段与分布于肩胛区的躯体感觉纤维正好在相同的脊髓节段内行走(c4)，故可引起右肩背部牵涉痛。墨菲征阳性是因胆囊附着于肝的脏面，由于肝随深呼吸时膈运动而上、下移动，当胆石症并发胆囊炎症肿大时，检查者手拇指触胆囊底体表投影处(右锁骨中线与右肋弓交点处稍下方)时，患者即表现有疼痛加剧，称墨菲征阳性。

16 胆道蛔虫症伴肝脓肿

【临床病例简介】

女，39岁，农村妇女。3年来右上腹反复发作疼痛，每次都有不同程度畏寒，发热，黄疸等，并能经解痉、抗炎治疗后好转。1个月前，再次右上腹疼痛，有钻钉样感；呈持续性，阵发性加剧，体温曾达39℃左右。6h前剧烈疼痛后扩散为全腹疼痛。入院后检查：消瘦，营养不良，急性痛苦貌，巩膜可见黄染，腹肌紧张，有压痛及反跳痛，并以右上腹为明显。腹部穿刺抽得脓性液体，有胆汁；x线腹部透视无游离气体，血象增高。

手术探查：腹腔内有脓液，并见活蛔虫1条，肝左叶与周围粘连，分离粘连后，见肝左叶一脓腔已破溃，有较多脓液外流；胆总管扩张，切开胆总管后见管腔内有较多大小不一结石和糜烂蛔虫1条。

试分析：为什么蛔虫会进入腹腔？其途径怎样？肝脏脓肿与周围脏器的关系如何？

【解剖学分析】

肝内毛细胆管逐渐变粗合并成左、右肝管，并在肝门(横沟)

内集成肝总管，向下延续为胆总管至十二指肠大乳头开口处与十二指肠相通。肠道的蛔虫就是通过十二指肠大乳头进入肝外胆道，然而向上进入肝内胆道。由于蛔虫的进入而带入肠道的细菌引起肝内外胆道的感染。同时由于结石和蛔虫体本身使胆汁淤积，胆道扩张和细菌的繁殖，形成肝脏脓肿的患者，往往抵抗力下降。更便于细菌的繁殖。脓肿破裂造成胆汁、脓液进入腹膜腔，蛔虫也随之破裂口进入腹腔。肝脏脓肿部位如果紧邻膈肌、心包，也可穿破局部而形成肺脓肿、脓胸或化脓性心包炎等。

17.肝右叶癌

【临床病例简介】

女，43岁。因右上腹疼痛2个月而求诊。B超检查示肝脏右叶一低回声团块，大小约4cm×5cm，报告“肝脏右叶占位性病变”。腹部CT扫描见肝脏右叶有一椭圆形低密度肿块，密度不均，边界清楚，静脉注入76%的泛影葡胺60ml后作增强cT扫描见肿块密度很快升高，但很快又下降至原来的密度，其密度变化较正常肝组织要快，与腹主动脉密度变化速度相似，CT报告“右肝癌”。肝动脉造影见右叶局部有一团粗细不等、紊乱的网状肿瘤血管，大小约4.0cm×5.0cm，局部静脉提早显影，诊断“右肝癌”。

试分析：增强cT片上肝癌密度变化的解剖学基础。

【解剖学分析1

正常肝脏有两套血供，门静脉和肝固有动脉，其中前者占95%左右。肝癌的血供主要来自肝固有动脉，而肝脏其他良性肿瘤的血供主要来自门静脉。当上肢静脉内注入造影剂后，造影剂通过心脏首先到达动脉系统，然后流到静脉系统，动脉内血流速度较快，而静脉内血流缓慢，故造影剂在动脉内迅速通过，停留时间较短，而静脉内通过较慢，停留时间稍长。肝癌主要是肝固有动脉供血，而且癌块中有肿瘤血管的动静脉短路，故肝AI内造影剂迅速到达，又迅速通过，在CT表现为密度很快升高，又很快下降，在其密度下降时或下降后，其余主要有门静脉供血的正常肝脏的密度才开始升高，这是肝癌在增强cT扫描时的典型表现，也是肝癌与其他良性肿瘤的重要鉴别点之一。

‘38。

18. 胰头癌

【临床病例简介】

男，60岁因上腹部隐痛不适，伴有全身皮肤进行性黄染2月入院。2个月前开始上腹部隐痛呈持续性，且放射至腰背部，伴食欲不振，饱胀，体重日趋减轻。查体：发现肝肿大，无触痛，右肋缘下摸到“鸭蛋”大卵圆形肿块，质软，无触痛。x线检查显示

十二指肠弯曲扩大，降部内侧壁粘膜纹理失常。B 超显示胰头部增厚，胆总管扩大，胆囊扩张。临床诊断：胰头癌，阻塞性黄疸。

试分析：胰头部癌肿压迫什么结构而产生上述症状和体征？这个“鸭蛋”大卵圆形肿块是什么？

【解剖学分析】

由于胆总管下行至十二指肠降部的后内侧壁处与胰管汇合成肝胰壶腹，开口于十二指肠大乳头，因而胰头部的癌肿可压迫胆总管和胰管汇合处而使其发生梗阻，致使胆汁和胰液排出不畅而淤积，出现相应的症状和体征。

(1)胆汁逆行，渐而出现胆总管扩张、肝肿大和胆囊扩张，这个“鸭蛋”大卵圆形的肿块就是扩张的胆囊。同时，胆汁突破肝毛细胆管进入血循环，导致皮肤黄染并进行性加深。

(2)早期胆、胰管内压增高所引起内脏神经痛，癌肿晚期浸润和压迫腹后壁的腹腔神经丛，故疼痛放射至腰背部。

(3)由于胆汁和胰液排入十二指肠受阻，因而出现消化吸收不良症状。

(4)由于十二指肠的降部和下部环抱胰头，当胰头部癌肿浸润或向右推移十二指肠时，故 x 线片示十二指肠弯扩大，降部内侧壁粘膜纹理失常。

19. 胃切除术并发胆总管损伤

【临床病例简介】

男，15 岁，因胃溃疡入院。胃大部分切除后第 2d 出现腹肌紧张，压痛等腹膜炎体征，腹腔穿刺抽出草绿色液体(胆汁)。

试分析：手术时损伤了什么结构？作胃大部分切除时应注意些什么？

【解剖学分析】

胃手术时损伤了胆总管，胆汁流入腹膜腔，引起胆汁性腹膜炎，可导致患者死亡。

做胃大部分切除术。勿损伤胃小弯侧，肝、十二指肠韧带内行走的胆总管、肝固有动脉和门静脉。勿损伤胃大弯侧，胃结肠韧带深面横结肠系膜中行走的中结肠动脉。

20. 梅克尔

【临床病例简介】

男，59 岁。脐右侧腹痛待查入院。经 B 型超声、x 线、血液常规等检查，诊断为美克(Meckel)憩室炎，后经手术治疗痊愈出院。

试分析：何谓美克(Meckel)憩室？有何临床意义？

【解剖学分析】

美克(Meckel)憩室，又称回肠憩室，是消化管最常见的一种畸形，约 2%~4% 的人有此畸形。典型的美克(Meckel)氏憩室形似指状小袋，长约 3cm~6cm，位于回肠系膜缘的对侧，距回

盲连接处 40cm~50cm。憩室壁具有回肠各层结构，并可能有胃与胰的组织。

美克(Meckel)憩室发生炎症时，可出现类似阑尾炎症

状。由于憩室的炎症可与肠系膜或邻近组织粘连形成索带，压迫肠管形成内疝，可出现明显腹痛。憩室可以穿孔，临床可出现弥漫性腹膜炎征象。憩室也可造成肠套迭，憩室与脐间残留索带能导致肠扭转；憩室周围炎症粘连或巨大憩室压迫肠管均可引起肠梗阻。憩室也可出血等。

20. 胃下垂

【临床病例简介】

女，32岁。由当地医生诊断为胃下垂和消化不良而转至门诊部。患者主诉常常恶心，烧灼感，偶而呕吐，进食后即腹胀、不适。呕吐发作于心绪烦乱时。最近因其母去世，她的症状日益严重。还诉经常头痛，轻微劳动即感疲倦，失眠，食欲不振。胃肠道 x 线检查显示胃的张力低下。胃很长，下垂至小骨盆内，胃大弯最低点在耻骨联合上 3 横指。诊断为：①胃下垂。②情绪性非器质性胃不适。

试分析：何谓胃下垂？与哪些因素有关？胃床和胃固定有什么关系？

【解剖学分析】

胃的位置随体型，体位和充盈程度不同而变化较大，在卧位和中等充盈时，其大部分位于左季肋区，小部分(胃体的小部分及幽门部)在腹上区，其贲门在第 11 胸椎体平面,中线左侧 9. 5cm 处连接食管；幽门在第1腰椎平面，中线右侧 2cm 处与十二指肠相续，胃体可达第 5 前肋间隙。内脏的下降(松垂)称为“下垂”。过去的文献报道常见胃下垂，结肠下垂及广泛性肠下垂等的描述和病史。哪些生理因素会导致胃和其它腹部脏器位置的变动？身体的姿势和呼吸状态是引起腹部内脏的形态和位置大

变动的因素。直立姿势及膈下降(吸气)时胃下降，如果要在两张连续的 x 线片上显示胃的位置变动的两个极端，应当1张 x 线片在吸气和直立时拍摄，另 1 张应在呼气和仰卧时拍摄。除了膈肌之外，腹前壁肌内的收缩状态对胃的位置影响最大。

胃的张力是指胃的平滑肌持续的收缩状态。胃壁松弛，导致胃壁向尾侧呈袋状膨出，尤其是胃大弯，调节胃平滑肌的张力主要是受胃壁的肌间神经丛调节的。外来神经是迷走神经和交感神经，迷走神经使胃的张力增高，而交感神经支配则对胃壁有抑制作用。胃的张力受皮质及皮质下中枢调节。激烈的情绪波动引起自主神经系统胸腰段和肾上腺髓质的活动增加；常伴有胃壁的张力降低和胃下垂。因此患者一时的情绪波动加重了胃的下垂。

胃床是指仰卧位时与胃后壁相邻的结构。包括膈、左肾上

腺、左肾小部分，在胰上缘的脾动脉，胰体，在肾和胰左侧的脾，以及从胰下降的横结肠系膜。所有这些结构均借网膜囊与胃相隔。脾位于网膜囊的左端，借胃脾韧带与胃相连。直立时胃毗邻变化很大，此时与肠系膜和邻近小肠及盆腔脏器也有密切关系。

20. 肛门囊

【临床病例简介】

女，42岁，因大便时肛门部位剧痛而求医。患者主诉最初疼痛开始于试图排便之时，疼痛持续约1h，然后消失，在第一次有便意想解大便时疼痛又复发。仔细询问病史，得知该患者有便秘史，且大便常带血丝。经检查发现肛门紧闭，试图肛管指诊但由于引起剧痛而未成功。后来，医生缓慢地外翻肛缘，见

肛管后壁撕裂线的下缘，因而诊断为肛门裂。

试分析：为什么肛门裂会如此剧烈疼痛？肛门为什么紧闭？而肛管上部癌性溃疡为什么不痛？

【解剖学分析】

硬粪块在排便时可撕裂肛瓣。在这一平面的肛管前、后壁的粘膜很薄，主要由肛门外括约肌浅部支配，故在此处肛管的前、后壁常可发生肛门裂。肛管下部的粘膜由痛觉很敏感的直肠下神经支配，肛管上部粘膜则由对张力敏感的内脏传入神经支配。肛门外括约肌亦由直肠下神经支配，由于肛门裂所产生的痛觉冲动可反射性地引起肛门外括约肌痉挛，导致肛门紧闭。齿状线以上，肠壁粘膜感觉受内脏神经支配，故对痛觉不敏感。

三、呼吸系统临床病例及解剖学分析

1. 急性上颌窦炎

【临床病例简介】

男，14岁。1周前曾因鼻塞，流涕，畏寒，发热而就医，此期间服药时断时续，昨天开始头痛激烈，流出大量脓性鼻涕，有腥臭味。经检查，鼻腔粘膜肿胀、充血，可见脓性分泌物。用压舌板轻叩磨牙，有酸痛感，颊部有压痛。诊断：急性上颌窦炎。

试分析：为什么流行性感易诱发鼻窦炎？为什么临床上多见上颌窦炎？其解剖学上有何特殊性？

【解剖学分析】

鼻窦之所以易患炎症，常见原因有：①鼻窦的窦口较细小，一旦发生狭窄或阻塞，窦腔的通气引流即受影响。易蓄脓或变成慢性炎症。②鼻窦粘膜与鼻腔粘膜相连续，当鼻腔感染时可扩展到鼻窦。③各窦口与窦壁均相隔甚近，当窦发炎时，易使邻近各鼻窦受累。上颌窦因窦腔较大，位置较低而窦口较高，易于蓄脓，且居额窦与筛窦后下，更易被炎症所牵累。另外，上颌窦底邻上颌磨牙根，此处骨质菲薄，约有70%的牙槽窝与窦底相通，

并以第 1、2 磨牙为多见，故牙根感染常可引发牙源性上颌窦炎。

2. 上呼吸道感染伴喉头水肿

【临床病例简介】

男，3 岁。3d 前患重感冒，发热、鼻塞、流涕，之后发热症状

未缓解，开始出现阵发性咳嗽，咳嗽声如破竹，痰多，为白色泡沫痰或较粘稠，同时伴声音嘶哑，今日早晨，因气急，吸气性喘鸣。

口唇发绀，呼吸困难而急送入院。诊断为上呼吸道感染伴喉头水肿。

试分析：患儿为什么在感冒后出现呼吸困难等症状？

【解剖学分析】

患儿上呼吸道感染，因声门裂以下的喉腔粘膜下组织比较疏松，在炎症时易引起水肿，幼儿因喉腔较狭小，水肿时易导致管腔阻塞，而引起呼吸困难。

3. 喉肌麻痹

【临床病例简介】

男，55 岁。主诉最近声音发生嘶哑，体重明显减轻。伴有持续性咳嗽，痰中带血。有吸烟史，每天吸 50 支左右。经检查发现左侧声带不能动，并处于内收位。胸部后前位 X 线摄影显示左肺上叶有一大片阴影，同时纵隔阴影向左侧扩大。

试分析：声音变化的原因以及与声音变化有关的其他现象。

【解剖学分析】

该患者有吸烟史。左肺上叶为进行性支气管癌，且已转移到支气管纵隔淋巴结，这些肿大的淋巴结压迫了左喉返神经绕过主动脉弓下方处，喉返神经支配声门裂以下喉腔粘膜及喉肌，故喉返神经部分损伤使声带的外展肌麻痹，但内收肌的机能仍保留，因而左侧声带不能动，并处于内收位。

4. 右肺上叶病理性呼吸音

n 临床病例简介】

男，48 岁。因寒战、发热、胸痛、咳嗽而就诊。诊断为大叶性肺炎。经检查发现左肺上叶有病理性呼吸音为证实这一体征，请问应在什么部位听诊？

【解剖学分析】

左肺上叶位于斜裂的上前方，斜裂的体表标志可从肩胛根部起斜向下外前方沿第六肋骨走行直到第 6 肋骨和肋软骨连接处为止的一条线确定之。因而听诊器应当放在胸前壁第 6 肋平面上方。

5. 大叶性肺炎

【临床病例简介】

男，15 岁。曾因不慎踏入薄冰层跌落到湖中而被人救起，第 2d 出现鼻塞、发热，经自行服药后症状未解，3d 后一般状况

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/118054126043006052>