维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

·综 述·

面神经的解剖与临床

吴解万* 刘泉峰** 吴金秀**

面神经系第七对脑神经为复杂的脑神经，属混合性脑神经，在脑神经疾病中，面神经麻痹是很常见的，因此，了解面神经的解剖，对临床工作来说，具有重要意义。

一、纤维成份

面神经的纤维成份如下。1. 运动纤维：动物纤维自脑桥面神经核发出，分布于面部表情肌，镫骨肌，茎突舌骨肌，二腹肌后腹，颈阔肌，司随意运动。2. 味觉纤维：起于舌前2/3味蕾，经鼓索神经，中间神经（含味觉分泌纤维）传至延髓孤束核，纤维上行达丘脑，经内囊至中央后回下方，司舌前2/3味觉。3. 分泌纤维：发自脑干延核，同味觉纤维组成中间神经，随面神经行，分出岩浅大神经至泪腺、鼻腭粘膜腺体。另有纤维随鼓索神经支配颌下腺、舌下腺。司分泌。4. 感觉纤维：由膝状神经节发出周围支，随迷走神经分布于外耳道及耳后皮肤，中枢支脑至三叉神经脊束核，纤维交叉至对侧上行达丘脑，经内囊至中央后回，司感觉。

二、面神经行程：1. 脑桥内：面神经核位于脑桥中下部腹侧，三叉神经脊束核内侧发出纤维向后内行，绕展神经核于橄榄体及绳状体之间出脑桥，其外侧有位听神经（前庭蜗神经）。2. 颞骨部：面神经离脑桥后，同听神经行向前外经内耳门入内耳道底后，离听神经入面神经管，在管内行程较长而弯曲。可分三段：(1)第一段（膝段）：入管后向外行于耳蜗及前庭之间，继而急转向后，转弯处为膝部（即膝状神经节处），最短，约3毫米。(2)第二段（水平段）：较长，约10毫米。自膝部向后行，横过鼓室内壁，于水平半规管之下，至鼓室后壁，水平半规管为白色骨突，易认识。此处管壁常薄或缺如，易为中耳病变或手术所伤，宜注意。(3)第三段（垂直部）：最长，约15毫米。自鼓室后壁锥隆凸出，呈直角折向下行，经茎乳孔出颅。3. 颅外部：出茎乳孔后向外下行，离乳突前缘处距乳突平面约18毫米。于下颌支后缘处向前入腮腺，再分支分布于面部表情肌。

三、面神经分支：1. 面神经管分支　岩大神经：由膝状神经节分出，经面神经管裂孔到颅底入蝶腭神经节，节后纤维，随泪腺神经（三叉神经第一分支）支配泪腺，并发支至鼻腭粘膜腺体。镫骨肌支：于岩大神经发出处稍下方分出，离开面神经管支配镫骨肌。鼓索神经：于茎乳孔上方约6毫米处以锐角返向分出，向前入鼓室位于鼓膜深面，于锤骨与砧骨之间同锤骨柄交叉横过鼓室，经岩鼓裂离颞骨，以锐角加入舌神经，舌前2/3味觉，其中分泌（副交感）纤维入颌下神经节，其节后纤维至颌下腺，舌下腺，司腺体分泌。2. 颅外分支：出茎乳孔后分数支，耳后神经至枕肌，耳后肌。二腹肌支及茎突舌骨肌支。面神经入腮腺后各分支吻合成腮腺丛（或称大鹅足）再分支呈放射状，穿出腮腺布于面肌及颈肌。颞支：于腮腺上部，向上越过颧弓支配耳肌，眼轮匝肌，皱眉肌等。颧支：行于腮腺导管上方，支配眼轮匝肌、颧肌、提上唇肌等。颊支：又分上下颊支，行经腮腺导管上、下方，布于颊肌，上唇方肌、笑肌、三角肌、口轮匝肌、下唇方肌等。下颌缘支：向下斜行至下颌缘，布于下唇方肌，颏肌等。颈支：自腮腺下缘向下至距下颌角约一横指处在颈阔肌深面行，布于颈阔肌，再上行至下唇方肌。

四、损伤症状

（一）核上损害（肿瘤、脑血管意外）：1. 随意运动：面神经核的上部纤维支配上面部面肌，如额肌眼轮匝肌等，接受双侧锥体束的支配起于中央前回下方，经内囊膝部下行至面神经核上部，故一侧核上纤维破坏，另一侧锥体束可代偿。上面部肌不受影响，仍可皱额、闭眼。

面神经核下部纤维支配下部面肌，如口轮匝肌，颊肌等，仅接受对侧锥体束的支配，故一侧核上纤维破坏，对侧下部面肌瘫痪。表现为鼻唇沟平浅，口角下垂，不能鼓腮，吹哨、露齿、有歪向健侧（因健侧面肌收缩）但仍可皱额、闭眼。2. 表情运动：纤维来自丘脑。司不随意（下意识）表情运动，丘脑病变时，不随意表情运动消失。随意运动存在，丘脑病变时尚有感觉障碍等症状，可供鉴别诊断参考。3. 面肌张力：面神经核接受锥体外系（如苍白球）的支配抑制面肌张力，如苍白球损害，则

* 作者单位：334100　江西医学院上饶分院解剖学教研室
** 上饶地区卫生学校护理教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

面肌强硬，面容呆板，同时，常并发锥体外系损伤的其他症状，而面肌随意运动及表情肌运动可存在。4. 核上刺激性病变，如炎症、肿瘤、核上病变的刺激现象可引起面肌痉挛，出现口角抽动等。5. 并发症状：核上纤维（皮质核束）同皮质脊髓束及感觉纤维伴行，故核上纤维损伤，常引起对侧肢体偏瘫和感觉障碍。

（二）核性损害，如脑桥病变表现

1. 同侧面瘫，不能皱额闭眼，鼻唇沟消失，口角下垂等。2. 反射消失，麻痹侧角膜直接、间接反射消失，眨眼反射亦消失，但健侧反射正常。3. 并发症状：面神经核靠近展神经核，其纤维绕过展神经核，故展神经常受累，而出现外直肌麻痹。如损伤锥体束，则引起对侧偏瘫，如波及9、10、11、12对脑神经，则出现相应脑神经损伤症状、提示病变在脑桥下部。

（三）核下损害，除病侧面瘫及反射消失外，尚有不同表示：1. 病变在脑桥小脑角或内耳道，常累及中间神经外侧或前庭蜗神经而出现同侧味觉障碍、眼干、唾液分泌减少，耳鸣、耳聋或前庭症状。2. 面神经管损害，病侧面肌麻痹，味觉丧失，分泌减少。病变在膝状神经节（此外有感觉分泌纤维进出），可引起外耳道、耳后疼痛或疱疹，并出现泪腺、颌下腺、舌下腺分泌障碍。病变在镫骨肌神经分出以上，出现听觉过敏。病变在镫骨肌神经分出以下、鼓索神经分出以上，出现味觉分泌障碍。3. 病变在茎乳孔以下，同侧面瘫。无味觉或分泌障碍。反射减弱或消失。

五、小结

（一）中枢性面瘫：①一侧中枢瘫，对侧下部面肌麻痹，而上部面肌不受影响。这一点可作为中枢性瘫与周围性瘫的鉴别。②因核上纤维（皮质核束）同皮质脊髓束一起（如皮质、内囊、大脑脚等处）故中枢性面瘫常伴有对侧肢体偏瘫。③无味觉丧失或分泌障碍。4. 无肌萎缩。

（二）周围性面瘫：①常为单侧。②病侧面肌（上、下部）瘫。③反射减弱或消失（如角膜、眨眼等反射）。④肌萎缩。⑤面神经在不同的部位有不同功能的分支，所以不同部位的损伤出现不同的症状，可为定位诊断之依据（见核下损伤）。

（三）面神经在颞骨内行程长而弯曲，并同内耳及鼓室密接，因此，颞骨病变（如骨折、肿瘤）或内耳、中耳的病变或手术，易伤及面神经。此外，面神经一旦发生炎症，由于面神经骨管限制，易因水肿，压力增高，影响血循及淋巴回流，从而影响其传导功能。

（四）面神经穿过腮腺，故腮腺病变（炎症或肿瘤）可引起面神经暂时或顽固性麻痹。

参 考 文 献

1. 张培林. 神经解剖学. 北京：人民卫生出版社，1987：239.
2. 唐竹吾. 周围神经解剖学与临床. 上海：科学技术出版社，1986：307.
3. 郑思竞主编. 人体解剖学. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1985：322－324.
4. 王大玟主编. 实用外科手术解剖学. 第1版. 北京：人民卫生出版社，1972：108－112.
5. 曾小鲁主编. 神经解剖学基础. 第1版. 北京：高等教育出版社，1994，10：187.

（收稿：1999-04-29）

304-305 骨间前神经综合征 病因 临床 R745

骨间前神经综合征及其有关解剖

舒 强* 凌光烈* 徐恩多*

骨间前神经综合征是一种较少见的疾病，它是由多种原因引起的骨间前神经麻痹，从而使其支配的肌肉瘫痪。临床特点为骨间前神经支配的拇长屈肌，支配示指和中指的指深屈肌和旋前方肌无力，但手部皮肤感觉正常。

骨间前神经综合征于1948年首次 Parsonage 和 Tuener 描述[1]，他们报告了5例与肩部麻痹病变同时存在的骨间前神经麻痹，还有一个仅有骨间前神经麻痹的病例。1952年 Kioh 和 Nevin 报告了两个相同的病例[2]。所以，有人称骨间前神经综合征为 Kiloh-Nevin 综合征。之后，又有了一些报道[3~14]。由于对本病的认识不足，可能存在着误诊或漏诊，因此该病发病率并不低[7]。本综述的目的是为了提高对该综合征的认识和治疗水平。

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院外科局解教研室