维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.3

·论 著·

耳颞神经痛诊治的解剖学基础

(系列报道之二)

许风琴* 高湘伟* 金绍岐*

【摘 要】 **目的** 介绍耳颞神经痛的诊断与局部注射的治疗方法。**方法** 选择门诊确诊为耳颞神经痛的患者8例,采用强的松龙混悬液加麻药局部注射神经通过颞下颌关节后面的部分的治疗方法。**结果** 所有病例皆在注射后短时完全止痛,多数病例一周后痊愈,少数病例经2次注射后痊愈。**结论** 对诊断明确的病例,采取强的松龙注射法,可以获得满意的疗效。

【关键词】 耳颞神经痛;局部注射;强的松龙

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the auriculotemporal nerve neuralgia *Xu Fengqin, Gao Xiangwei, Jin Shaoqi. Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an* 710032

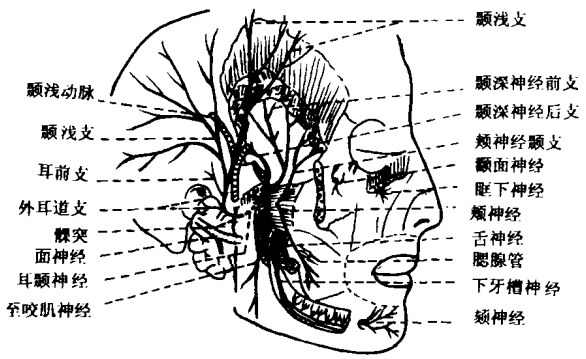
【**Abstract**】 **Objective** To introduce the diagnosis and treatment of auriculotemporal nerve neuralgia. **Methods** 8 cases of certain diagnosed auriculotemporal neuralgia in out patient department were selected and treated by local injection of prednisolone plus local anesthetic to the nerve where it passes by the temporomandibular joint. **Results** Pain was stopped immediately after injection for a short time in all cases. Most of the patients recovered after one week. Less of them recovered after two injections. **Conclusion** To the certain diagnosed auriculotemporal neuralgia, local injection of prednisolone is the method of choice. Best effect could be obtained.

【**Key words**】 Auriculotemporal nerve neuralgia; Local injection; Prednisolone

耳颞神经痛易被误认为偏头痛,未见有关诊治的报道,本文从耳颞神经的起源、行径、邻属、分支及分布,探讨耳颞神经痛的原因、诊断及治疗依据、鉴别诊断的解剖学基础,介绍了强的松龙注射神经绕经下颌骨髁突颈、颞下颌关节囊及颧弓下缘处的治疗方法、依据及成功的要点。

资料与方法

一、应用解剖:耳颞神经自下颌神经后股发出。下颌神经为三叉神经第三支,自卵园孔出颅腔,进入颞下窝。下颌神经主干分出棘孔神经至颅中窝内硬脑膜,肌支至翼内肌。本干再分为前后两股[1~3]。前股分出肌支及颊神经(至颊部皮肤及粘膜)。后股主要为感觉神经,分出耳颞神经后即分为舌神经及下牙槽神经(附图)。耳颞神经起始部为两根,包绕脑膜中动脉,至该动脉的后方再合成一干,位于翼外肌与腭帆张肌之间,继经蝶下颌韧带与颞下颌关节之间,紧依髁突颈及颞下颌关节,沿关节囊内面及后面向外进入腮腺的上部,再转向外上方,出现于腺的上端,末支为颞浅神经,向上跨过颧弓根至颞部,沿颞浅动静脉后方上升,分布于颞部皮肤。耳颞神经在转向外向上处分出两条耳支至耳屏及耳轮的上部前面(外面),分出两条外耳道支至外耳道前上部与鼓膜的前上部,分出关节支至颞下颌关节。耳颞神经在此处尚有交通支与面神经相连。



附图 三叉神经下颌支的分支

* 作者单位:710032 西安市第四军医大学西京医院门诊部

维普资讯 http://www.cqvip.com

二、临床表现：本文报道耳颞神经痛共8例，女性5例，男性3例，皆为急性患者，主诉头侧面及耳廓上部剧痛难忍，呈短暂阵发性，多呈烧灼样或刺割痛，无可寻起因。1例同时有同侧枕大神经痛。病程2～20 d不等。查体所见：颞部皮肤颞浅神经分布区、耳廓上部前面及耳屏对针刺痛觉过敏，未见颞下颌关节、牙齿、腮腺等病变的症状与体征，确诊为耳颞神经痛。

三、诊断依据：自觉疼痛及对针刺痛感觉的改变范围完全限于上述耳颞神经分布区的全部。无其它症状与体征，是诊断该神经痛的唯一依据，亦即诊断要点。

四、治疗方法：本文对明确诊断为耳颞神经痛的病例，分析病因是在神经绕经颞下颌关节囊及髁突颈部后面及再向上绕过颧弓的一段受到刺激所致，据此皆采取2%利多卡因或1%普鲁卡因5 ml＋强的松龙混悬液25 mg局部注射法。患者取卧位头转向健侧使患侧朝上，或坐位头伏于桌面患侧转向上，口半张开以使颞下颌关节与外耳道之间的间隙加大。在耳前触及颞浅动脉搏动后，在血管后方，颧弓下方，紧依下颌骨髁突颈部后面与颞下颌关节囊后面在皮肤上作一指甲压迹，消毒后在此处垂直向深处进针，注射一皮丘后，向深处紧贴关节囊后面刺入，同时注入药液至深约2 cm左右为止。进针过程中应随时注意回抽，无回血后再推药，至此约需药液3 ml。再拔针至皮下，转向上在颞浅动脉的后方触及颧弓骨骼时再注入药液1 ml，然后沿骨面向上进针约1 cm，同时注入药液。应注意在骨面上神经的前方紧邻颞浅动静脉，动脉位置最前，皆不得伤及。在注射过程中，须保证药液注射到神经周围、颞下颌关节囊及髁突颈后面、颧弓下缘及外面骨膜，以消除各处可能存在的纤维织炎类的改变。

五、注射要求：由于针和一部分药液进入颞下窝，应严格无菌操作，避免导致窝中疏松结缔组织感染，注射过程中药液切忌进入血管。

结　果

注射后检查该神经分布区感觉情况，以确定注射部位的准确与否。注射无误者数分钟后即应出现麻醉效果。近一年来，先后注射8例病人，病史在一周以内的经一次注射均痊愈，病史较长者，经2～3次治疗，间隔一周，而后痊愈。

讨　论

本文认为治疗耳颞神经痛的成功关键在于正确的诊断与准确的注射方法。正确的诊断根据是解剖学特有的临床症状与体征，必须是严格明确在耳颞神经的分布区的全部，且无其它任何易混杂的症状与体征。原发性三叉神经痛、下颌牙齿病变皆可能出现耳颞神经分布区内的牵涉性疼痛[4]，但皆不会有针刺痛觉改变的体征。如果病因在下颌神经主干，疼痛与痛觉改变的范围应包括颊神经。如果病因是在分出颊神经以后的部分，则症状与体征不包括颊神经分布区。如果病变是在分出耳颞神经以后的舌神经与下牙槽神经部分，主要即为下牙齿及下颌疼痛，耳颞神经分布区内虽可能出现牵涉性疼痛，但不会出现针刺痛觉改变的体征。据此可以确定病变部位，再分析病因，仔细检查，针对处理。

确定为耳颞神经本干病变以后，应分析原因，根据神经的行径及邻属，最大可能是在邻近颞下颌关节囊与髁突颈部及颧弓骨膜处受到刺激所致，在此前走在颞下窝中部的一段，受刺激的可能性太小。因腮腺病变累及神经时不难查出。颞下颌关节病变也可能累及耳颞神经，此种情况下，关节病变也不难查出。如果仅有颞部症状而无耳部症状，则表明仅为颞浅神经受累，而非耳颞神经主干，受刺激部位应在分出耳支以后经颧弓处。本治疗方法据此推理而定。良好的疗效证明推理无误。

此外，在鉴别诊断中，尚需注意者，前述外耳道及鼓膜的前上部皆由耳颞神经的耳支分布，因而患神经痛时两处及耳廓上部皆可有疼痛，有未细查而误为耳部病变以至误而切开鼓膜者，不可不慎。另须注意者，前已述及耳颞神经与面神经有交通支相连，前者有刺激性损害时，可能出现面肌痉挛，并非面神经本身病变，刺激消除后可自愈。

参 考 文 献

1. 金绍岐.实用外科解剖学.西安：陕西科学技术出版社，1987.181.184.192.
2. Gray H. Anatomy: descriptive and surgical. 15th ed. Toronto: Chancellor Press, 1994.715.
3. Schmidt BL, Pogrel MA, Necoechea M, et al. The distribution of the auriculotemporal nerve around temporomandibular joint. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1998, 86(2): 165.
4. DeBenedittis G. Auriculotemporal syndrome (Frey's syndrome) presenting tic douloureux. Report of two cases. J Neurosurg, 1990, 72(6): 955.

（收稿日期：2002-04-18）