

涎腺疾病

Diseases of the Salivary Glands

涎腺疾病

Diseases of the Salivary Glands

俞光岩 编著

马大权 吴奇光 审阅

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社

(京)新登字 147 号

内 容 提 要

本书总结了作者多年来的临床经验及研究成果,在不少方面有其独到见解,并以国内外大量研究资料为背景,反映了涎腺疾病研究的最新动态。主要包括:解剖学及组织学,生理生化、各种检查及诊断方法,先天发育异常、涎石病、涎腺炎症、舍格伦综合征、各类涎腺肿瘤、面神经的损伤及修复、涎腺手术等。病种收集齐全,且从基础到临床,包括病因病理、临床表现、诊断及鉴别诊断、治疗及预后,是一部内容全面、新颖、临床实用性强的涎腺疾病专著,可供口腔科、耳鼻喉科、肿瘤科、放射科医师参考,也可作为医学院校口腔系、医学系学生的课外读物。

涎腺疾病

俞光岩 编著

责任编辑 颜景芳

※ ※ ※

北 京 医 科 大 学 联合出版社出版
中国协和医科大学

(社址:北京医科大学院内)

新华书店总店科技发行所发行 各地新华书店经销

中国人民保险公司印刷厂印刷

※ ※

开本:787×1092 1/16 印张:23.25 字数:551 千字

1994 年 2 月第 1 版 1994 年 2 月第 1 次印刷 印数:1—2000 册

ISBN 7—81034—312—2/R·312(精) 定价:46.00 元

序 言

俞光岩教授编著的《涎腺疾病》共 19 章,从涎腺解剖、胚胎、生理、生化到疾病的各论,包括病因、病理、临床、诊断、鉴别诊断、治疗,最后并讨论了涎腺疾病的手术治疗及涎腺手术中的面神经损伤与修复。国内尚缺乏这样系统知识的涎腺疾病书籍。俞光岩教授曾受国家教委委派在德国汉堡大学病理研究所作高级访问学者 1 年,专攻涎腺疾病病理。涎腺疾病是俞光岩教授重点研究课题,并获霍英东教育基金及国家自然科学基金的支持。本书是从基础到临床的总结,病种收集齐全,以总结自己经验为主,并辅以阅读过的大量文献,力求实用,是一本比较详尽的参考书。尤其值得提出的是影像诊断部分及涎腺肿瘤章,是作者科学研究的第一手资料,有其独到的见解。阅读后获益匪浅,特向广大读者推荐。本书是口腔专业工作者、耳鼻喉专业工作者及其他相关学科的工作者的良好参考书;对口腔系及医学系学生来说也是一本有益的补充读物。

本书文字通畅,深入浅出,论述清楚,逻辑性较强,科学性较高,并配有大量图片说明问题,可谓一部图文并茂涎腺疾病的实用专著。

邹兆菊

识于北京医科大学口腔医学院

1993 年 5 月

前 言

涎腺疾病颇为常见,主要包括炎症和肿瘤,亦常与全身疾病相关,作为系统病的一种表征。涎腺肿瘤种类繁多,可谓全身器官中组织学表现最复杂者。近些年来,新的肿瘤类型不断涌现,世界卫生组织制定了新的组织学分类,国内尚需普及。新的研究手段,诸如免疫组织化学、DNA 含量分析、分子杂交等分子生物学技术均用于涎腺疾病的研究。新的影像学诊断手段,如超声显像,CT 扫描及磁共振显像等相继出现。医学科学的发展日新月异,迫切需要有一本反映最新进展的有关涎腺疾病的专著。

多年来,作者围绕涎腺疾病进行临床、临床病理、影像学诊断及免疫组化等方面的系列研究,积累了一些经验,取得了一些成果。总结这些经验和成果,并参考大量国内外文献资料,较系统、全面地编写了《涎腺疾病》一书,力求实用,又能反映涎腺疾病研究的最新动态。如果能对读者有所裨益,则深感欣慰。

在多年的临床及研究工作中,得到北京医科大学口腔医学院马大权教授、邹兆菊教授、吴奇光教授、孙开华教授以及德国汉堡大学病理研究所 Seifert 教授、Donath 教授的热情指导和帮助。承蒙邹兆菊教授为本书作序,马大权教授、吴奇光教授细致地审阅全稿,提出宝贵意见。中华医学会副秘书长颜景芳编审在百忙中应允作为本书的责任编辑,并在文字润色、图片编排方面给予很大帮助。吴奇光教授、马大权教授、孙开华教授提供部分图片。林冠华同志绘制部分图片。本书的部分科研内容及书籍出版得到霍英东教育基金会及国家自然科学基金的资助。一并致以衷心感谢。

由于作者知识有限、难免存在缺点和错误,敬请读者批评指正。

俞光岩

北京医科大学口腔医学院

1993 年 5 月

目 录

第一章 应用解剖	(1)
第一节 腮腺.....	(1)
一、部位与结构	(1)
二、腮腺筋膜	(2)
三、腮腺间隙及“腮腺床”	(2)
四、面神经	(3)
五、面神经与腮腺的关系	(4)
六、感觉神经与分泌神经	(5)
七、血管系统	(5)
八、淋巴系统	(5)
第二节 颌下腺.....	(6)
一、部位与结构	(6)
二、颌下间隙	(6)
三、感觉神经与分泌神经	(7)
四、血管系统	(7)
五、淋巴系统	(7)
第三节 舌下腺.....	(8)
一、部位与结构	(8)
二、舌下间隙	(8)
三、感觉神经与分泌神经	(8)
四、血管系统	(8)
五、淋巴系统	(8)
第四节 小涎腺.....	(9)
一、唇腺	(9)
二、腭腺	(9)
三、舌腺	(9)
四、磨牙后腺	(9)
五、颊腺	(9)
第二章 涎腺的胚胎学及组织学	(10)
第一节 胚胎学	(10)
第二节 组织学	(11)
一、腺泡.....	(11)
二、导管.....	(12)
三、间质.....	(13)

第三节 超微结构	(13)
一、腺泡	(13)
二、导管	(13)
三、植物神经系统	(14)
四、透明细胞	(14)
第三章 涎腺的生理和生化	(15)
第一节 唾液分泌	(15)
一、涎腺分泌的神经支配	(15)
二、分泌机理	(15)
三、激素对唾液分泌的影响	(16)
四、药物对唾液分泌的影响	(17)
第二节 涎腺与激素	(17)
第三节 唾液流量及其生理性改变	(18)
第四节 唾液的成分	(18)
一、唾液中的无机物	(18)
二、唾液中的有机物	(20)
第五节 唾液的功能	(20)
一、消化功能	(21)
二、分泌功能	(21)
三、防御和保护功能	(21)
四、对牙齿的保健及对粘膜的保护	(22)
第四章 检查与诊断	(23)
第一节 临床诊断	(23)
一、病史	(23)
二、临床检查	(23)
第二节 影像学诊断	(24)
一、涎腺造影	(24)
二、灰阶超声	(30)
三、X 线 CT 扫描	(32)
四、磁共振显像	(35)
五、核素显像	(37)
第三节 唾液流量测定及唾液分析	(39)
一、唾液收集方法	(39)
二、唾液流量测定	(40)
三、唾液分析	(40)
第四节 细针吸细胞学检查	(41)
一、检查方法	(42)
二、各类涎腺肿瘤的细胞学特点	(42)
三、细胞学鉴别诊断的线索	(43)

第五节 组织病理诊断	(44)
一、石蜡切片诊断.....	(44)
二、冰冻切片诊断.....	(45)
第六节 免疫组织化学诊断	(45)
一、中间丝蛋白.....	(46)
二、其它上皮分化的标记物.....	(47)
三、涎腺功能性分化的特异性标记物.....	(48)
四、肌上皮细胞的标记物.....	(49)
五、凝集素.....	(49)
六、血型物质.....	(50)
七、基底膜标记物和细胞间基质.....	(50)
八、表皮生长因子及表皮生长因子受体.....	(51)
九、癌基因的表达.....	(52)
第七节 流式细胞术研究	(53)
一、流式细胞术简介.....	(53)
二、流式细胞术的一些参数.....	(54)
三、流式细胞术在涎腺肿瘤研究中的意义.....	(54)
第五章 涎腺发育异常	(56)
第一节 涎腺先天缺失或发育不全	(56)
第二节 涎腺异位	(56)
第三节 迷走涎腺	(56)
第四节 多囊腮腺	(58)
第五节 先天性涎腺导管扩张	(58)
第六章 唾液分泌异常	(60)
第一节 口干症	(60)
一、口干症的病理生理.....	(60)
二、口干症的临床表现.....	(61)
三、口干症的诊断.....	(61)
四、口干症的治疗.....	(61)
第二节 流涎症	(62)
第七章 涎石症	(63)
一、涎石的成分、形状及结构	(63)
二、涎石形成的机理.....	(63)
三、临床表现.....	(64)
四、诊断与鉴别诊断.....	(64)
五、治疗.....	(65)
第八章 涎瘘和鳃裂瘘	(67)
第一节 涎瘘	(67)
一、病因.....	(67)

二、临床表现·····	(67)
三、诊断·····	(67)
四、治疗·····	(68)
第二节 鳃裂瘻·····	(69)
一、病因·····	(69)
二、临床表现·····	(69)
三、病理表现·····	(69)
四、治疗·····	(69)
第九章 涎腺囊肿 ·····	(71)
第一节 粘液囊肿·····	(71)
一、病因病理·····	(71)
二、临床表现·····	(72)
三、诊断与鉴别诊断·····	(72)
四、治疗·····	(73)
第二节 涎腺导管囊肿·····	(73)
一、病因病理·····	(73)
二、临床表现·····	(73)
三、诊断及鉴别诊断·····	(73)
四、治疗·····	(73)
第三节 淋巴上皮囊肿·····	(74)
一、病因病理·····	(74)
二、临床表现·····	(74)
三、诊断·····	(74)
四、治疗·····	(74)
第十章 其它非炎症性上皮病变 ·····	(75)
第一节 嗜酸细胞增生症·····	(75)
一、弥漫性嗜酸细胞增生症·····	(75)
二、多灶性嗜酸细胞腺瘤样增生·····	(75)
第二节 囊性纤维变性·····	(76)
第三节 涎腺萎缩·····	(76)
第四节 涎腺良性肥大·····	(77)
一、临床特点·····	(77)
二、病理表现·····	(77)
三、发病机理·····	(78)
四、诊断及鉴别诊断·····	(79)
五、治疗·····	(79)
第五节 坏死性涎腺化生·····	(80)
一、病因病理·····	(80)
二、临床表现·····	(81)

三、诊断	(81)
四、治疗	(81)
第六节 其它上皮化生	(81)
一、皮脂腺化生	(81)
二、杯状细胞化生	(82)
三、鳞状细胞化生	(82)
四、嗜酸细胞化生	(82)
第十一章 涎腺炎症	(83)
第一节 概论	(83)
一、分类	(83)
二、病因	(83)
三、感染途径	(84)
第二节 细菌性涎腺炎	(84)
一、急性化脓性腮腺炎	(84)
二、慢性复发性腮腺炎	(87)
三、慢性阻塞性腮腺炎	(88)
四、涎腺结核	(90)
五、涎腺放线菌病	(91)
六、猫爪病	(92)
第三节 病毒性涎腺炎	(93)
一、病毒与涎腺疾病	(93)
二、流行性腮腺炎	(94)
三、涎腺包涵体病	(96)
四、柯萨奇病毒及其它病毒性涎腺炎	(97)
五、艾滋病病毒相关性涎腺疾病	(97)
第四节 放射性涎腺炎	(99)
一、病因病理	(99)
二、临床表现	(100)
三、诊断及鉴别诊断	(100)
四、治疗	(100)
第五节 慢性硬化性颌下腺炎	(100)
一、病因病理	(100)
二、临床表现	(101)
三、诊断及鉴别诊断	(101)
四、治疗	(102)
第六节 过敏性涎腺炎	(102)
一、病因病理	(102)
二、临床表现	(102)
三、诊断	(102)

四、治疗	(102)
第七节 碘性涎腺炎	(102)
第十二章 舍格伦综合征	(103)
一、病因病理	(103)
二、临床表现	(105)
三、诊断方法	(106)
四、诊断标准	(108)
五、鉴别诊断	(109)
六、治疗	(109)
七、预后	(109)
第十三章 涎腺上皮性肿瘤	(111)
第一节 概论	(111)
一、发病概况	(111)
二、致病因素	(112)
三、组织发生	(113)
四、组织学分类及其沿革	(115)
五、临床分期及其沿革	(119)
六、治疗	(122)
七、预后	(125)
第二节 良性肿瘤	(126)
一、多形性腺瘤	(126)
二、肌上皮瘤	(132)
三、基底细胞腺瘤	(134)
四、膜性基底细胞腺瘤	(136)
五、Warthin 瘤	(139)
六、嗜酸细胞腺瘤	(146)
七、管状腺瘤	(148)
八、皮脂腺腺瘤及皮脂腺淋巴腺瘤	(149)
九、导管乳头状瘤	(150)
十、乳头状囊腺瘤	(152)
第三节 恶性肿瘤	(154)
一、腺泡细胞癌	(154)
二、粘液表皮样癌	(157)
三、腺样囊性癌	(163)
四、多形性低度恶性腺癌	(170)
五、上皮-肌上皮癌	(172)
六、涎腺导管癌	(175)
七、基底细胞腺癌	(178)
八、皮脂腺腺癌和皮脂腺淋巴腺癌	(179)

九、嗜酸细胞腺癌	(181)
十、乳头状囊腺癌	(183)
十一、腺癌	(185)
十二、鳞状细胞癌	(187)
十三、癌在多形性腺瘤中	(188)
十四、肌上皮癌	(192)
十五、未分化癌	(195)
第十四章 涎腺非上皮性肿瘤	(200)
一、血管瘤及血管畸形	(200)
二、淋巴管瘤	(202)
三、脂肪瘤	(203)
四、良性神经源性肿瘤	(203)
(一)神经鞘瘤	(203)
(二)神经纤维瘤	(204)
(三)神经纤维瘤病	(204)
五、其它良性间叶性肿瘤	(204)
(一)纤维瘤	(204)
(二)颗粒细胞瘤	(205)
(三)巨细胞瘤	(205)
(四)骨软骨瘤	(205)
六、涎腺肉瘤	(206)
七、涎腺恶性淋巴瘤	(206)
第十五章 涎腺转移癌	(209)
一、腮腺和颌下腺淋巴系统的解剖	(209)
二、发病情况	(209)
三、病理类型	(209)
四、原发瘤的部位	(210)
五、诊断及鉴别诊断	(211)
六、治疗及预后	(212)
第十六章 儿童涎腺上皮性肿瘤	(214)
一、发病情况	(214)
二、病理类型	(214)
三、临床表现	(215)
四、诊断与鉴别诊断	(215)
五、治疗及预后	(215)
第十七章 各部位涎腺肿瘤的诊治特点	(217)
一、腮腺浅叶肿瘤	(217)
二、腮腺深叶肿瘤	(220)
三、副腮腺肿瘤	(222)

四、颌下腺肿瘤	(223)
五、舌下腺肿瘤	(225)
六、小涎腺肿瘤	(226)
第十八章 面神经的损伤及修复	(229)
第一节 面神经的显微解剖	(229)
一、神经元	(229)
二、结缔组织膜	(230)
三、神经末梢	(231)
第二节 面神经的病理生理	(231)
一、轴突运输	(231)
二、神经纤维的变性	(232)
三、神经纤维的再生	(233)
第三节 创伤性神经损伤的类型	(233)
第四节 面神经功能的评定	(234)
一、主观评价	(235)
二、线性测量	(236)
三、肌电测定	(237)
第五节 面神经功能的自行恢复	(239)
第六节 面神经损伤的外科治疗	(240)
一、神经吻合	(240)
二、神经交叉吻合	(241)
三、神经移植	(242)
四、神经移植植入	(243)
五、血管化神经移植	(243)
六、神经血管化肌肉移植	(243)
第十九章 涎腺疾病的手术治疗	(245)
第一节 腮腺切除术	(245)
一、保留面神经的腮腺肿瘤及浅叶切除术	(245)
二、腮腺肿瘤及瘤周部分正常腺体的区域切除术	(250)
第二节 颌下腺切除术	(252)
第三节 舌下腺切除术	(254)
第四节 上颌骨切除术	(256)
一、上颌骨次全切除或部分切除术	(256)
二、上颌骨全切除或扩大切除术	(257)
第五节 颈淋巴清除术	(258)
一、根治性颈淋巴清除术	(259)
二、功能性颈淋巴清除术	(262)

第一章 应用解剖

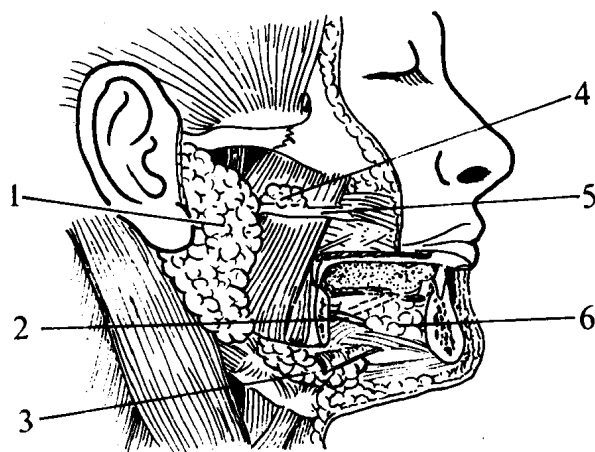
涎腺(salivary gland)又称唾液腺,包括腮腺、颌下腺、舌下腺三对大涎腺,及位于口腔粘膜下层的小涎腺。小涎腺按其所在的解剖部位,分别称为腭腺、唇腺、磨牙后腺及颊腺等。

第一节 腮腺

腮腺(parotid gland)在涎腺中体积最大,左右各一,重约 20~30g,为浆液腺。腮腺本身的结构较简单,但与周围血管、神经等组织间的关系颇为复杂。

一、部位与结构

腮腺位于面侧部,表面略似倒立的锥体形,底在上,尖朝下,前后宽约 3~4cm,上下高约 6cm(图 1-1)。腺体上缘为颧弓,前缘覆盖于嚼肌表面,下界为下颌角的下缘、二腹肌后腹的上缘,后上界为外耳道的前下部,并延伸到乳突尖部。腺体的内外观为一外大内小的哑铃状,其柄在下颌升支后缘和乳突前缘之间。腺体的内侧部分形态不规则,前方伸至下颌升支和翼内肌内侧,可达咽旁间隙。此处发生的肿瘤不易早期发现,有时可在咽侧壁出现肿块。后方伸至胸锁乳突肌的内



1. 腮腺 2. 下颌骨体 3. 颌下腺
4. 副腮腺 5. 腮腺导管 6. 舌下腺
图 1-1 腮腺、颌下腺及舌下腺

面和二腹肌后腹表面。上方可延至下颌关节窝的后部,该处的肿瘤可将髁突推移向前,产生颞下颌关节的症状。

下颌角与乳突尖之间的部分腮腺浅叶为腮腺的后下极,又称“腮腺尾”。发生于此处的肿瘤约占有腮腺肿瘤的 20%,其中绝大多数为 Warthin 瘤。正常情况下,腮腺后下极的直径约 2cm,厚 1~2cm,扪诊时界线不清。但在老年人,由于脂肪浸润,腺体增大,扪诊时腺体界线较清楚。

约半数人的腮腺有副腺体,其部位、数量及体积均不恒定。大多位于腮腺导管的上方,大小及形状类似豌豆(图 1-1)。副腺体有分支导管进入腮腺主导管,腮腺造影时常可显示。Oppenheim 等统计 100 份腮腺造影片,38%有一个副腺体,7%有两个,6%有三个或更多个副腺体。副腺体的组织结构与腮腺完全一致,因而,发生于腮腺的疾患也可在副腺

体内发生。

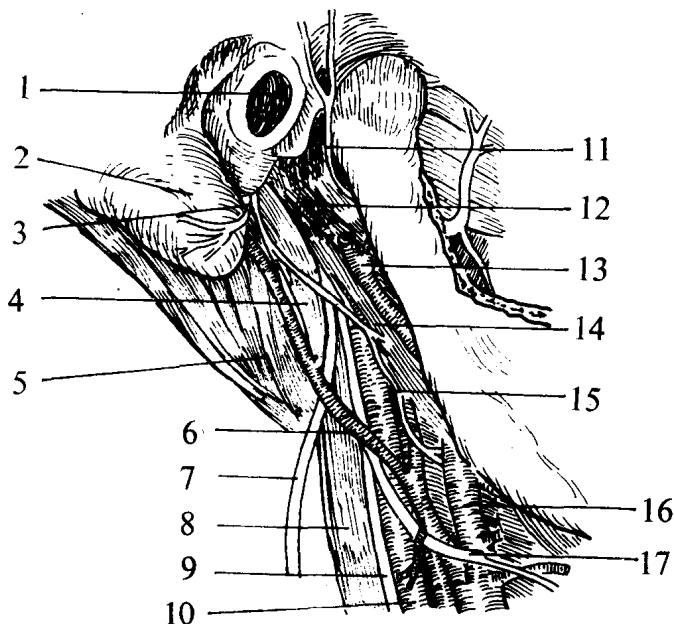
腮腺导管长约 5cm,管径 0.9~4mm 不等,在腺体前缘穿出,在颧弓下约 1.5cm 处与颧弓平行越过嚼肌表面,在嚼肌前缘几成直角转向内侧,穿过颊脂体及颊肌纤维,开口于上颌第二磨牙牙冠相对的颊粘膜,开口处形成腮腺乳头。腮腺导管与面神经颊支的关系较恒定,故常作为解剖面神经颊支的重要标志。从耳屏中点向鼻翼至口角联线中点作一联线,在该线的中 1/3 处,即为腮腺导管的表面投影。

二、腮腺筋膜

腮腺筋膜来自颈深筋膜浅层,在腮腺后缘分为浅层和深层,包绕腮腺,形成腮腺鞘。在腮腺前缘筋膜复合为一,形成嚼肌筋膜。腮腺鞘浅层特别致密。腮腺鞘上部与外耳道紧密相连,并发出索状纤维束,伸入外耳道前下壁软骨部的 Santorin 裂隙中。腮腺内的小动、静脉及神经也经该裂隙进入外耳道。外耳道前下部的淋巴亦经此裂隙引流至腮腺淋巴结。因此,腮腺的化脓性感染可沿腮腺鞘经外耳道软骨前下壁的裂隙,向外耳道蔓延。腮腺鞘的深层薄弱而不完整,在茎突和翼内肌之间有一裂隙,腮腺深叶经此与咽旁间隙和翼下颌间隙相邻。腮腺鞘与腮腺贴连紧密,腮腺的可膨胀性小。腮腺炎症,诸如流行性腮腺炎时,腮腺内在压力明显增加,患者胀痛常较明显。腮腺鞘向腺体内伸入许多间隔,将腮腺分成多数小叶。化脓性腮腺炎时形成独立散在的小脓灶。

三、腮腺间隙及“腮腺床”

腮腺位于略呈三角形的腮腺间隙内,该间隙前界由浅入深分别为嚼肌、下颌支及翼内肌后缘;后界为胸锁乳突肌、乳突及二腹肌后腹之前缘;上界为外耳道及颞下颌关节;下方伸延至下颌角之微下,进入颈动脉三角。间隙的后内侧与茎突诸肌(茎突舌肌、茎突舌骨肌及茎突咽肌)及围以蜂窝组织的深部血管神经(颈内动、静脉及第Ⅸ、X、XI、XII 对脑神经)相毗邻,上述结构称为“腮腺床”(图 1-2)。在腮腺间隙及其周围有三个重要的解剖标志:



1. 外耳道 2. 乳突 3. 面神经 4. 环椎横突 5. 二腹肌后腹 6. 枕动脉 7. 副神经 8. 颈内静脉 9. 迷走神经 10. 颈内动脉 11. 耳颞神经 12. 茎突和茎突诸肌 13. 颈外动脉 14. 茎突舌骨肌 15. 舌咽神经 16. 颈外动脉 17. 舌下神经

图 1-2 “腮腺床”的结构及毗邻

1. 环椎横突:位于乳突尖端与下颌角连线的上、中 1/3 交界处,颈内动、静脉和第Ⅸ、X、XI、XII 对脑神经位于其前方。

2. 茎突:其根部深面是颈静脉凹及颈动脉管,顺其而下为颈鞘。茎突后外部分为茎乳

孔,面神经主干由此孔出颅。颈内动、静脉及第Ⅸ至Ⅻ对脑神经均位于茎突深面,故在其浅面手术较安全。

3. 二腹肌后腹:起自乳突二腹肌切迹,前下行附着于舌骨。颈内动、静脉位于二腹肌后腹深面。腮腺深叶肿瘤手术结扎切断颈外动脉时,可在二腹肌后腹上缘进行。

四、面神经

面神经为混合性神经,除运动纤维外,含有副交感纤维及味觉纤维。以茎乳孔为界,可将面神经分为颅内段及颅外段。后者与涎腺外科关系密切。

面神经出茎乳孔时,适位于茎突与乳突之间的间隙内,在乳突前缘相当于乳突上方约1cm处,距表面皮肤深约2~3cm,继而向前、外并稍向下经外耳道软骨与二腹肌后腹之间,在茎突根部的浅面,进入腮腺峡部。面神经主干全长约2cm,粗为0.2cm。在主干上方或下方可有副干存在,从茎乳孔发出后,向前连于面神经的第一级分支。在进入腮腺前,主干发出一些小支,分布于枕肌、耳肌、二腹肌后腹及茎突舌骨肌。这些小支无临床意义。小儿的面神经主干位置浅、细直且短,可接近尚不发达的乳突表面平面,手术时应注意避免误伤。

在外耳道骨壁下约1.5cm,下颌升支全长的1/2或稍上方,面神经发出分干和分支。根据熊树明的研究资料,主干分叉类型可分为两干、三干、四干及五干型。其中以两干型居多,占70~75%;其次为三干型,约占20%。两干型者分颞面干和颈面干。颞面干较粗,行向前上,约在下颌髁颈处向前延续为上颊支,向上发出颞支及颧支,向下分出1~2支组成下颊支。颈面干较细,沿下颌支后缘前行向下,在面后静脉浅面,与胸锁乳突肌前缘方向一致,向下延续为颈支,行程中发出下颌缘支及2~3条小支参与下颊支(图1-3)。

Chilla等通过100例患者的研究,根据面神经分支的吻合形式分为八种类型:

I型(48%):面神经分支间无吻合。

II型(27%):颞面干的分支之间有吻合。

III型(8%):颞面干与颈面干之间有吻合。

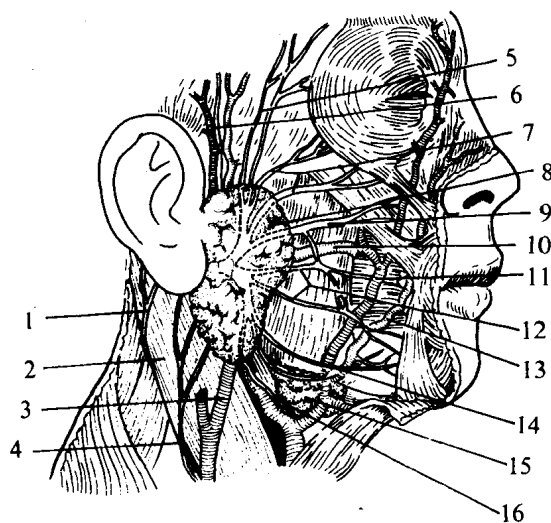
IV型(4%):颈面干的分支之间有吻合。

V型(5%):颞面干的分支间有吻合,同时颞面干与颈面干之间有吻合。

VI型(3%):颈面干分支间有吻合,同时在颞面干与颈面干之间有吻合。

VII型(3%):颞面干的分支间以及颈面干的分支间有吻合。

VIII型(2%):颞面干的分支间以及颈面干的分支间有吻合,同时在颞面干与颈面干之



1. 枕小神经 2. 胸锁乳突肌 3. 颈外静脉 4. 耳大神经 5. 面神经颞支 6. 耳颞神经 7. 面神经颞支 8. 腮腺 9. 面神经上颊支 10. 腮腺导管 11. 面前静脉 12. 面神经下颊支 13. 颌外动脉 14. 面神经下颌缘支 15. 颌下腺 16. 面神经颈支

图1-3 面神经分支及其毗邻关系

间有吻合。

根据上述分型可以看出,颞面干分支间的吻合较多,占 37%;而颈面干分支间的吻合较少,仅占 12%。颞面干与颈面干之间的吻合占 18%,其中绝大多数是通过颊支联系的。面神经部分分支损伤时,可通过这些吻合支得到一定的代偿。

1. 颞支:常为 2 支,由颞面干发出,在腮腺上缘出腮腺鞘后,越过颞弓后段的浅面行向前,分布于额肌、眼轮匝肌上份、耳上肌及耳前肌。该支受损则同侧额纹消失。

2. 颧支:常为 2~3 支。自颞面干分出,经腮腺前上缘穿出,其上部分支较细,越过颧骨骨膜浅面,布于上、下睑之眼轮匝肌;其下支较粗,循颞弓下方及面横动脉之下平行向前,分布于颧肌及上唇方肌。在眶下部与三叉神经之眶下神经组成眶下丛。颧支司眼睑闭合,是面神经各分支中功能最重要的一支。

3. 颊支:多为 3~5 支,由颈面干分出,或来自颞面、颈面二干。根据 Chilla 等的分析,35%来自颈面干,34%来自颞面、颈面二干,21%来自颞面干,10%分别来自颈面干和颞面干,且两颊支之间有吻合。来自二干者,根据其与腮腺导管的位置关系,分为上颊支和下颊支。上颊支常较粗,位置较恒定,平行于腮腺导管之上方,故腮腺手术常以腮腺导管为标志寻找面神经颊支。下颊支位于口角平面或稍上方向前走行。上、下颊支分布于颧肌、上唇方肌及口轮匝肌等,损伤后则出现鼻唇沟变浅或消失,上唇运动力减弱或发生偏斜。

4. 下颌缘支:可为 2~3 支,一般较细,直径 1~1.5mm。自颈面干分出后,穿经腮腺的途径较长,位置变异较大。从腮腺前下端穿出,在颈阔肌深面,自后向前依次越过面后静脉、面前静脉及颌外动脉的浅面(少数在其深面),继续向前,分布于三角肌及下唇方肌。损伤后致口角歪斜。下颌缘支与下颌骨下缘的位置关系,根据熊树明的观察,72.3%走行于下颌骨下缘之上,27.7%自面后静脉起在颌下区呈弧形经颌外动脉后方或表面越过下颌下缘向上伸展。弧形弯曲之最大弧度距下颌下缘约 7mm。因此,颌下区切口选择在下颌下缘以下 1.5cm,以免损伤下颌缘支。

5. 颈支:在腮腺下极或稍前出腮腺后,在下颌角与胸锁乳突肌之间,行向前下至颌下三角,分布于颈阔肌。有时颈支可发出一返支向前上并入下颌缘支。颈支与面部表情肌的运动关系不密切,故当下颌缘支某一段连同肿瘤一并切除时,可选用颈支作间接吻合。

五、面神经与腮腺的关系

腮腺是单叶还是双叶结构?两叶之间是否存在确切的由面神经通过的分裂平面?这是许多学者长期争论的问题。早在 1859 年,Triquet 等指出,面神经不是穿越腮腺实质,而是位于腺体的裂沟内,神经由疏松结缔组织包绕并与腮腺完全分离。Luschka(1862 年和 1867 年)证实面神经及其分支将腮腺分为两部分,内侧部分较外侧部分小。1873 年,Henle 也发现腮腺被面神经主干及分支分为外大内小的两部分。1912 年,Gregorie 通过大量成人和胚胎腮腺的解剖,认为腮腺分为深、浅两叶,其间由峡部相连,面神经在两叶间走行。这一观点被许多学者所支持。Bailey(1947 年)将面神经形象地比喻为“腮腺三明治中的肉”。然而,不少学者持有异议,认为腮腺是单叶结构,只是以面神经为界分为深、浅两部。Gasser(1970 年)通过研究腮腺和面神经早期胚胎的发育,发现在胎长 22mm 时,腮腺胚芽为实质性而无分支,位于颞面干上颊支的深面,颈面干下颊支及下颌缘支的浅面。随着胚胎发育,腮腺围绕面神经各分支由前向后生长,腺体各部均有联系,而无分成两部分的平面,亦无互相连接的峡部。我们也有同样体会,面神经在腺小叶间穿行,只有通过锐利解