



## فلج بل

پیش گفتار:

خمی را می‌پیماید.

این عصب از طریق مجرای داخلی شنوایی به استخوان گیجگاه (تامپورال) وارد می‌شود و از داخل مجرای بنام فالوپ گذشته و چند شاخه می‌دهد، این شاخه‌ها عبارتند از: عصب بزرگ سطحی خارهای (مربوط به ریزش اشک)، عصب رکابی (مربوط به ماهیچه رکابی در گوش) و عصب طناب صماخی (مسئول حس چشایی  $\frac{2}{3}$  قدامی زبان).

بخش خارج جمجمه‌ای عصب هفتم از طریق سوراخ نیزه‌ای - ماستویید خارج می‌شود و به ماهیچه‌های صورت عصب می‌دهد. هم‌چنین عصب ماهیچه‌های شیپورزن را تأمین می‌کند.

رشته‌های عصبی مربوط به ماهیچه‌های زیرچشم، از قشر مغز تا ماهیچه‌های مزبور عمدتاً از یک طرف تأمین می‌شوند، در حالی که ماهیچه‌های بالای چشم از هر دو طرف، عصب دریافت می‌کنند و این موضوع نشان می‌دهد که چرا در ضایعات مرکزی عصب هفتم، فلج در پیشانی رخ نمی‌دهد. شکل (۱) نمای شماتیک عصب هفتم را نشان می‌دهد:

فلج بل ضایعه‌ای است شایع و محیطی در عصب صورتی که علت ایجاد آن ناشناخته است. سالانه از هر صد هزار نفر جمعیت، بیست نفر به آن دچار می‌شوند. میزان گرفتاری زنان و مردان مساوی است. این بیماری در هر سنی یافت

مرد ۴۰ ساله‌ای به دلیل آنکه فکر می‌کند به سکنه مغزی دچار شده است به شما مراجعه می‌کند. بیمار می‌گوید که به علت درد ناحیه پشت گوش از خواب بیدار گردیده و صورتش کج شده است. در معاینه بیمار ضایعه محیطی عصب هفتم جمجمه (یا عصب صورتی) را در او پیدا می‌کنید. تشخیص شما فلج بل است. سندرمی که خوش‌خیم است. اینطور نیست؟ آری، ولی نه همیشه.

لازم به یادآوری است که کالبدشناسی عصب هفتم در شکل یک نشان داده شده است و برای اینکه ابهامی در این شکل وجود نداشته باشد به شرح آن می‌پردازیم:

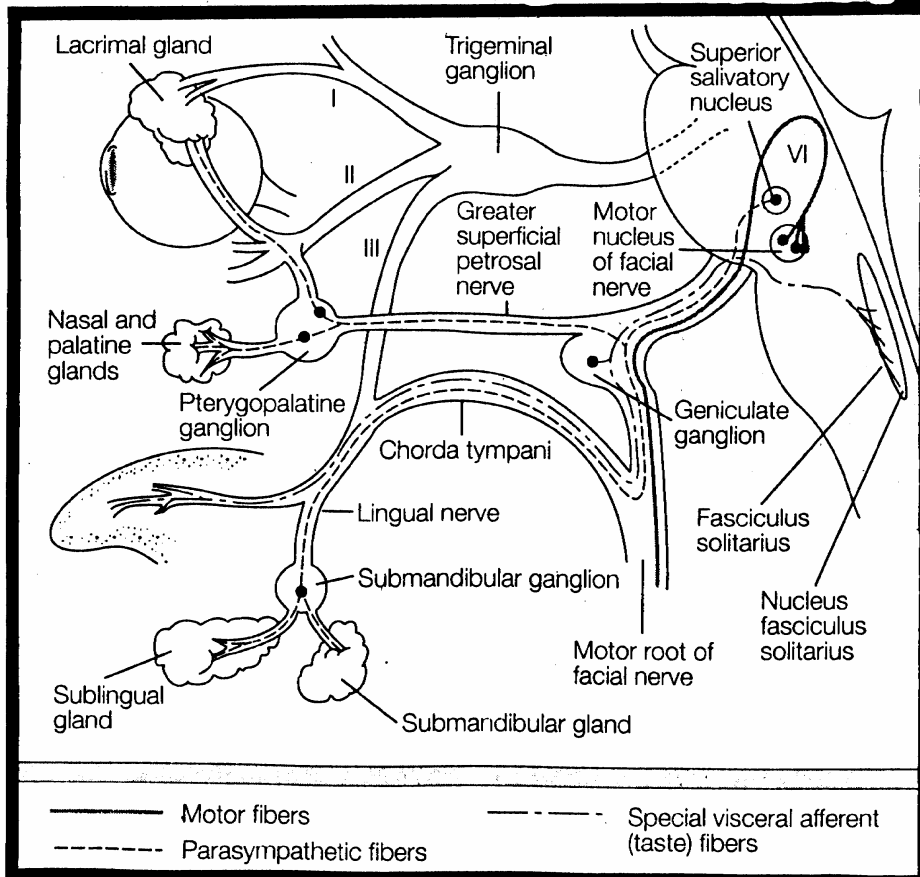
کالبدشناسی عصب هفتم:

عصب صورتی یا عصب هفتم جمجمه‌ای، از هسته عصب صورتی که در پل مغزی واقع است سرچشمه می‌گیرد. و پس از آنکه هسته عصب ششم را دور زد، از ساقه مغز، در محل اتصال پل مغز به پیاز مغز، مابین عصب پنجم و هشتم خارج می‌شود. عصب هفتم نسبت به سایر اعصاب دوازده‌گانه جمجمه‌ای مسیر طولانی و پریپیچ و

\* دستیار گوش و حلق و بینی بیمارستان فیروزگر - دانشگاه علوم پزشکی تهران

سیر فلج بل و طرز بهبود آن شبیه  
نورویاتی‌های ویروسی است. بررسی  
آسیب‌شناسی نمونه‌های عصب هفتم ممکن است  
ارتشاح باخته‌های تک هسته‌ای را در آن نشان

می‌شود، اما بیشتر بیماران، بیست تا چهل ساله  
هستند. شیوع اختلال در سمت چپ و راست  
صورت یکسان است. در ۳٪ درصد این بیماری  
دوطرفه می‌باشد و در ۹٪ موارد، عود می‌کند.



شکل (۱)

دهد. برخی پژوهشگران بر این باورند که در  
بسیاری از موارد، عامل مولد آن ویروس  
هرپس می‌باشد. بروز فلج بل در دهه عضو از یک  
خانواده گزارش شده است، اما آیا این حالت در  
اثر عوامل محیطی یا ژنتیکی رخ می‌دهد یا نه،  
روشن نیست.

سابقه فلج بل در خانواده بیمار در یک تا  
دو درصد موارد وجود دارد.  
سندرم بالینی فلج بل شباهت بسیاری به  
پولی‌نوریت دارد. اگرچه علت آن نامعلوم است،  
اما عوامل عفونی، عروقی و ژنتیک را در بروز  
آن دخیل دانسته‌اند.

ویژگی‌ها و سیر بالینی:

در فلج بل علاوه بر ضعف ماهیچه‌های صورت، شایعترین شکایتهای بیمار عبارتند از:

○ درد صورت یا پشت گوش

○ اختلال چشایی

○ فراشوائی

○ کاهش اشک

در معاینه بیمار علائم زیر ممکن است دیده شود:

○ کاهش حس در مسیر توزیع عصب پنجم

○ جمجمه‌ای (عصب سه قلو) یا در مسیر 2<sup>o</sup>.

○ ضعف حرکتی عصب دهم (یا عصب و آگ)

ضعف ماهیچه‌های صورت بطور حاد بروز می‌کند و ممکن است پیشرفت نماید و در عرض ۳ هفته به حداکثر شدت خود برسد.

ورم موضعی عصب هفتم می‌تواند باعث فشردگی آن، بویژه در بخش لابیرنتی (یعنی جایی که این عصب تقریباً تمام مجرای فالوپ را اشغال کرده است)، رخ دهد (شکل ۲).

انقباض شریان‌های کوچک می‌تواند سبب ورم موضعی این عصب شده و تراوایی آنرا تغییر

● بهبود فلج بل هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشد و در شدیدترین حالت، برای بهبودی نیاز به شش ماه زمان می‌باشد.

دهد. بندرت در عصب، سکته عروقی رخ می‌دهد.

بهبود فلج بل هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشد. در شدیدترین حالت به شش ماه زمان

برای بهبودی نیاز است. یک بررسی نشان داده است که بهبودی کامل (بدون درمان) در ۸۴ درصد کسانی که به فلج بل دچار شده‌اند، رخ داده است.

● تنها درمانی که همگان آنرا در فلج بل پذیرفته‌اند، مراقبت از چشم‌های بیمار است زیرا به دلیل کاهش پلک‌زدن و تولید اشک قرنیه دچار آسیب شده که می‌تواند به زخم و التهاب آن منجر شود.

عوامل خطری که احتمال بهبودی نا کامل را می‌افزایند، عبارتند از:

- فلج کامل صورت.
- بالا بودن فشار خون.
- نبودن درد گوش.
- سن بالاتر از ۶۰ سال.

در فلج بل بیمار به دلایل زیر دچار ناتوانی می‌شود:

○ اختلال در عملکرد صورت از نظر زیبایی.

○ مشکل در هنگام جویدن غذا.

○ پدیده‌های ناشی از عصب‌گیری مجدد مانند اختلال اعصاب خودکار (بصورت ریزش اشک هنگام جویدن غذا یا بروز پدیده‌ای که به اشک تمساح معروفست).

○ اختلالات حرکتی

بیمارانی که در همان طرف صورتشان دچار عود فلج می‌شوند، شانس بهبودشان کمتر خواهد بود. در ۳۰٪ این گونه بیماران، یک تومور عامل ایجاد ضعف ماهیچه‌های صورت است.

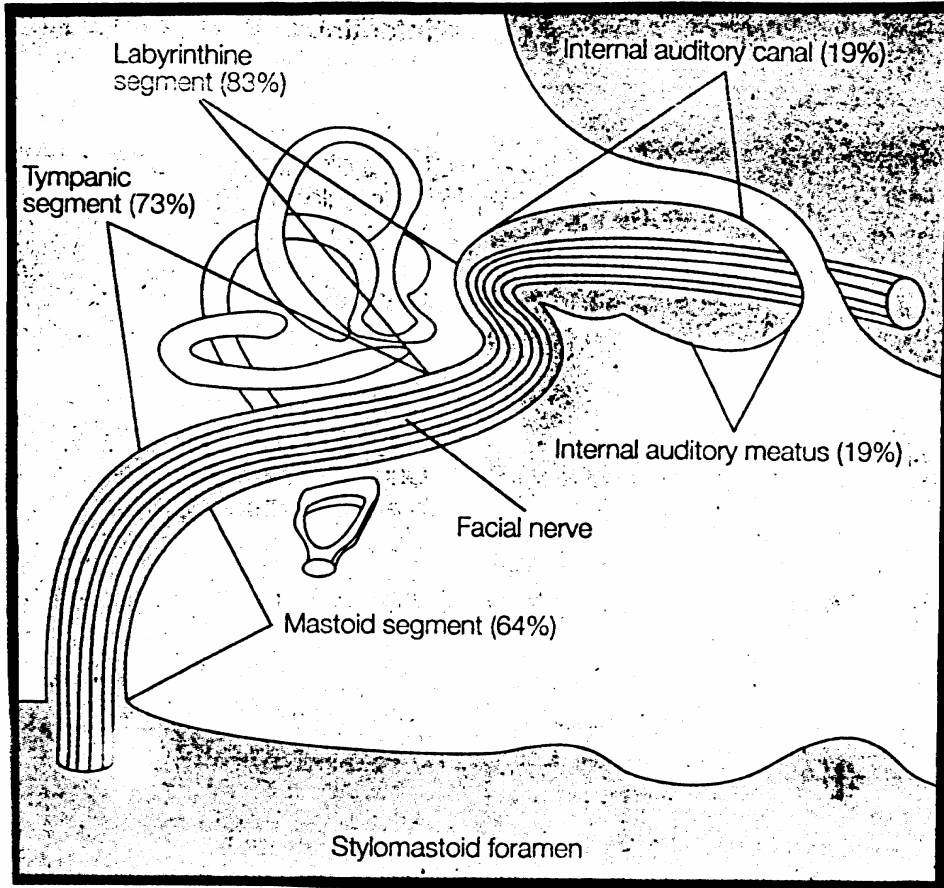
ارزیابی بالینی و تشخیص افتراقی:

تشخیص افتراقی ضعف ماهیچه‌های صورت

محدوده وسیعی را در برمی‌گیرد که شایعترین علل آن عبارتند از:

○ ضربه

بمنظور ارزیابی بیماری که به فلج بل دچار شده است، باید ابتدا شرح حال کاملی تهیه نموده، سپس معاینه دقیقی انجام داد. سابقه ضربه،



شکل (۲)

- عفونت موضعی و حالات بدخیم حائز اهمیت
- عفونت‌های ناشی از هرپس زوستر
- معاینه کامل عصبی و گوش ضروری است.
- تو موورها
- در برخی موارد، آزمونهای سنخشنوایی (اودیومتری)، بررسی مایع مغزی نخاعی یا بررسی‌های نرولوژیک ممکن است لازم باشد.
- عفونت‌های موضعی مانند اوتیت میانی.
- در ضعف دو طرفه صورت موارد زیر را باید در نظر داشت:

○ ضربه

- هنگام تولد

- شکستگی‌های جمجمه (قاعده جمجمه، صورت).

○ عروقی

- سکنه پل مغزی (Pontine infarction)

○ عصبی ماهیچه‌ای

- فلج بل (Bells Palsy)

- سندرم گیلن-باره (Guillain-Barre Syndrome)

- میاستنی گراویس (Myasthenia Gravis)

○ عفونی

- اوتیت میانی (Otitis Media)

- هرپس زوستر (سندرم رامسی هانت) Herpes Zoster

- بیماری لایم (Lyme disease)

- سل (Tuberculosis)

- اوربون (Mumps)

○ متابولیک

- بیماری قند (D.M)

○ نئوپلاستیک

- تومور عصب شنوایی (Acoustic Nerve tumor)

- کلستاتوم (Cholesteatoma)

- کارسینوم متاستازی (Metastatic Carcinoma)

- مننژیت کارسینوماتوز (Carcinomatosis Meningitis)

○ سمی

- تالیدومید (thalidomide)

○ یاتروژنیک

- عارضه جراحی - واکنش‌های بعد از مایه کوی

○ متفرقه

- سارکوئیدوز (Sarcoidosis)

- بیماری کلاژن عروقی (Collagen-vascular dis.)

- سندرم ملکرسون - روزنتال (Melkersson-Rosenthal syndrome)

جدول يك: علل شایع فلج عصب صورتی

○ سندرم گیلن - باره

○ بیماری لایم

○ سار کوئیدوز

○ التهاب کارسینوما می پرده مغز

بازتاب ماهیچه رکابی گوش، آزمون اندازه گیری میزان اشک (آزمون شیرمر) و بررسی حس چشایی، هیچکدام قابل اعتماد نیستند.

اگر حرکات صورت وجود نداشته باشد، بررسی های الکترو دیاگنوستیک می تواند به پیشگویی عاقبت بیماری کمک کند.

آزمونهای مفید تشخیصی عبارتند از:

○ الکترونوروگرافی (بررسی هدایت عصبی)

○ الکترومیوگرافی

○ آزمون بررسی هدایت عصبی از طریق الکترودهای سطحی که بر روی ماهیچه های صورت قرار می دهند و عصب را بطور حداکثر تحریک نموده و پتانسیل عمل آنرا ثبت می کنند، انجام می شود. اگر بیش از ۵۰ درصد عدم تقارن در طرفین صورت وجود داشته باشد نتایج آزمون را غیرطبیعی قلمداد می کنند. در صورتی که این تفاوت از ۹۰ درصد بیشتر باشد، پیش آگهی بیماری بد است.

○ الکترومیوگرافی پزشک را قادر میسازد تا

● شواهد نشان می دهد که درمان فلج بل با کورتیکواستروئیدها، درد بیمار را کاهش می دهد و از بروز اختلال اعصاب خودکار میکاهد.

عفونت های ساقه مغز می توانند دسته های عصب هفتم را درون پارانشیم تحت تأثیر قرار دهند. وجود همی پارزی در طرف مخالف یا فلج حرکات هماهنگ کره چشم در همان طرف، از نشانه هایی است که در این حالت در معاینه یافت می شود.

○ ضایعه زاویه پل مغز - مخچه ممکن است علاوه بر عصب هفتم، اعصاب پنجم (تری ژمینال) یا هشتم (عصب شنوایی) را درگیر سازد، که در این مورد بیشترین احتمال وجود تومورهای عصب شنوایی می باشد.

بررسی های ویژه تشخیصی:

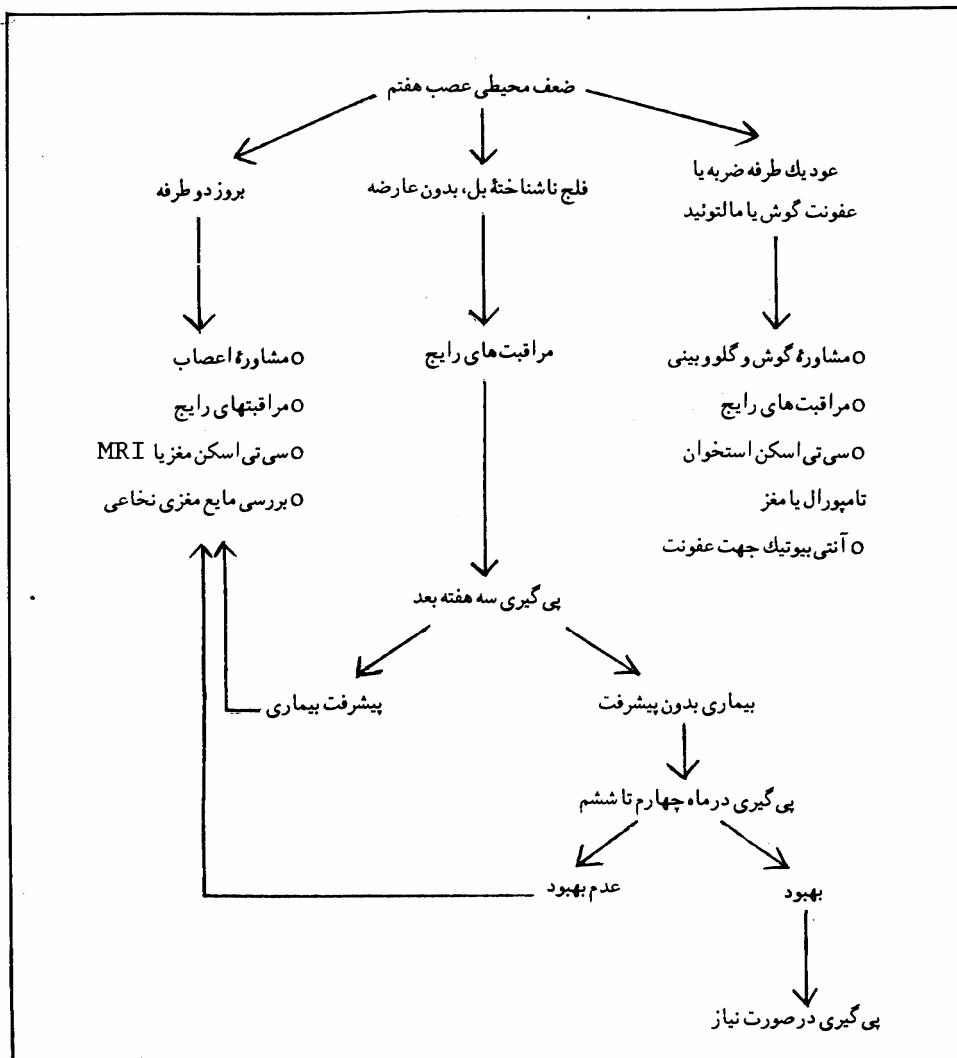
در فلج ناقص صورت، بررسی بالینی می تواند سیر بهبودی بیمار را پیشگویی نماید. اگر در معاینه بالینی حرکات صورت در طرف مبتلا موجود باشند، پیش آگهی بهبود بیماری در ۲ تا ۴ ماه خوب است.

ثابت شده است که تعیین محل تشریحی ضایعه به کمک انجام آزمونهای مانند آزمون

● فلج بل نوعی بلی نوروپاتی ناشناخته است که باید آنرا از سایر اختلالاتی که سبب تضعیف ماهیچه های صورت میشوند تفکیک نمود.

واحدهای حرکتی را ارزیابی نموده و با بررسی تغییرات در این واحدها، بهبود ارزشیابی کند. اگر واحدهای حرکتی مشاهده شوند، تمامیت عصب حفظ شده است. باید بین زمان بروز

ضایعه در عصب هفتم و بررسی اختلال آن چند روز فاصله باشد. دچار آسیب شده که می‌تواند به زخم و التهاب آن منجر گردد. استفاده مکرر از قطره‌های



#### نمودار ارزیابی و درمان در فلج بل

<p>چشمی اشک مصنوعی و بستن چشم‌ها در شب با چشم‌بند پلاستیکی (Plastic eye Patch) از خشک شدن زیاد چشم ممانعت می‌کند. اگر بیمار مداوماً از بینایی خود شکایت</p>	<p>درمان تنها درمانی که همگان آن را در فلج بل پذیرفته‌اند، مراقبت از چشم‌های بیمار است. به علت کاهش پلک زدن و تولید اشک، قرنیه</p>
---	--

باشد.

(اندمیک) دارد، مصرف تتراسیکلین

هیدرو کلراید به مدت ده روز توصیه می‌شود.

۵. درباره انجام عمل جراحی در فلج بررسی آینده‌نگری در دست نیست.

۵. درمان جراحی را در فلج بل جز در موارد نادر توصیه نمی‌کنیم. در بیمارانی که دچار ضربه مداوم شده‌اند و بررسی‌های رادیولوژیک در آنها ناپوستگی مجرای فالوپ (مجرای عصب هفتم) را نشان می‌دهد ممکن است جراحی توصیه شود، زیرا این یافته نشانه قطع عصب می‌باشد. روش‌های ظریف جراحی می‌تواند به بازگرداندن تقارن صورت بیمار کمک کند.

خلاصه:

فلج بل نوعی پولی‌نوروپاتی ناشناخته است که باید آنرا از سایر اختلالاتی که سبب تضعیف ماهیچه‌های صورت می‌شوند، تفکیک نمود. در بسیاری از موارد می‌توان بر اساس سابقه بیمار، معاینه و سیر بالینی بیماری، آنرا از سایر موارد جدا کرد. پی‌گیری و انجام مراقبت‌های رایج، سیر بهبود بیمار را نشان خواهد داد. انجام آزمون‌های الکترودیالکتوستیک در ارزیابی پیش‌آگهی بیماری مفید است. مراقبت از چشم بیمار و درمان با کورتیکواستروئیدها در این بیماران توصیه می‌شود.

مأخذ:

Morgenlander. J.C ; Massey, E.W ;  
Bell's Palsy; Postgraduate Medicine; 86:  
157-161 ; 1990

گرچه بسیاری از پژوهشگران درمان با کورتیکواستروئیدها را ترغیب کرده‌اند، اما در این زمینه بررسی‌های آینده‌نگر تصادفی وجود ندارد. بهر حال شواهد نشان می‌دهند که درمان فلج بل با کورتیکواستروئیدها درد بیمار را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال اعصاب خود کار می‌کاهد.

سایر بررسی‌ها نشان می‌دهند که کورتیکواستروئیدها، بهبود بیمار را سرعت می‌بخشد و از گسستگی عصب (denervation) آن جلوگیری می‌کنند.

از این رو پیشنهاد می‌کنیم که:

این بیماران را به مدت ۵ روز تحت درمان با پردنیزولون به میزان ۶۰ میلی‌گرم در روز قرار دهید، سپس دارو را در عرض پنج روز دیگر بتدریج قطع نمایید. فقط بیمارانی را درمان کنید که دو تا سه روز بعد از بروز بیماریشان مراجعه می‌کنند، زیرا بیشتر ضایعه عصب در طی این مدت رخ می‌دهد.

از آنجا که پیش‌آگهی (Prognosis) فلج بل در حد خوبی است، تجویز کورتیکواستروئیدها به کسانی که مصرف این دارو در آنها با نوعی ممنوعیت روبروست (مثلاً در بیماران مبتلا به بیماری قند)، معقول نیست.

در این بیماران بایستی داروهای دیگری مانند آسیکلوویر، دکستران و ریدی و هیدروکسی اتیل استارچ مصرف شود، اما باید منتظر نتایج آنها ماند.

در مناطقی که «بیماری لایم» جنبه بومی