الفصل الخامس عشر

الألم الوجهي والاضطرابات العصبية
(Facial pain and neurological disturbances)

حالات ذات مشاكل

حالة (١٥,١)

حضر إلى عيادة طب الفم مريض مُكتئب بألم وجهي، ويبلغ من العمر ٦٠ عامًا. بعد أخذ التاريخ المَرضي وعمل الفحص، فإنك استثنيت السبب السني لهذا الألم، وشخصته سريريًّا بأنه ألم العصب الثلاثي التوائم. وقد قمت بمناقشة الخِيارات الطبية والجراحية لعلاج هذه الحالة، وفي البداية طلب المريض بعض الأدوية لعلاج حالته.

س١ : ما الدواء الأمثل والمعتاد لهذا المريض؟ وما الجرعة الابتدائية التي ينبغي أن تصفها؟

س٢ : ما التحذيرات والمعلومات التي ينبغي أن تعطيها للمريض؟

س٣ : ما الفحوصات التي تحتاج إلى عملها قبل البدء في وصف هذا الدواء؟

س٤ : وإذا حضر مريضك، وكان يأخذ وارفارين (warfarin)، فهل تعتقد أن هناك أي مشاكل في مُعالجته؟

حالة (١٥,٢)

تلقت مريضة ذات صحة جيدة، وتبلغ من العمر ٢٥ عامًا علاجًا في عيادتك للجراحة. وبعد إعطائها تخديرًا موضعيًّا، عن طريق إحصار عصب الفك السفلي (لتحضير تاج الرحى الدائم الأول السفلي)، ذكرت المريضة أنها تشعر أن الجانب الأيسر من وجهها مختلف. وكانت لا تستطيع غلْق عينها اليسرى، ولا تستطيع أن تبتسم، وكنت قد قمت بتحضير أقل من نصف تاج الرحى.

س١ : كيف يمكنك مُعالجة هذا الموقف؟

الألم الوجهي: المجمل

يَرى ممارسو طب الأسنان المرضى الذين يعانون من الألم الوجهي يوميًّا في عيادات الجراحة. وغالبًا يتم تشخيصهم وعلاجهم بسهولة نوعًا ما، ولكن يبقى قلة من المرضى يظل أصل أعراض الألم لديهم غامضة، ويتم إحالتهم إلى عيادات الاختصاصيين في مختلف التخصصات لكي يتم تشخيصهم. وبعيدًا عن هؤلاء المرضى، ذوي أعراض الألم، فهناك القليل جدًّا من المرضى يحضرون باضطرابات عصبية أخرى حول الفم

obeikandi.com

والوجه. وقد يكون تشخيص هذه الحالات مسألة معقدة، وخارج اختصاص مجال طب الأسنان، ومن المهم أن يكون الممارس العام لطب الأسنان قادرًا على إدراك التغيُّرات المَرضية الهامة، وأن يبدأ باتخاذ الإجراءات الإضافية. ويوضِّح جدول (١٥,١) بعض الحالات التي قد تؤدي إلى الألم الوجهي.

وقد يتعقَّد الأمر أكثر بسبب الصعوبات التي قد تقابل المريض عند وصف أعراضه بدقة. وعمومًا، تكون المصطلحات المُستخدمة من قِبل المرضى لوصف الألم – طاعن، نابض، ألم ضعيف، وهكذا– ثابتة بشكل كافٍ، ولها علاقة بسببيات الألم.

ويعتمد ردّ فعل المريض تِجاه الألم على عاملين غير معتمدَين على قوة منبه الألم، وهما عتبة الألم الخاصة بالمريض (درجة التنبيه اللازمة للمريض لكي يدرك الألم)، والحساسية الخاصة للفرد تِجاه الألم عند إدراكه. ويتنوَّع هذان العاملان بشكل كبير من مريض لآخر، ولكن في حالة الفرد الحساس، قد تختلف من وقت إلى آخر للمريض نفسه، اعتمادًا على الصحة العامة، والعوامل النفسية الأخرى. ولا يمكن أن ينفصل الألم عن الاستجابة الانفعالية.

جدول (١٥,١). الحالات التي قد تُسبِّب الألم الوجهي.

الألم السني
التهاب اللُّب، وسن متصدع، ومرض محيط بالجذر، والتهاب حول التاج، والسنخ الجاف.
اضطرابات الألم للمنطقة الفكية الصدغية.
اضطرابات ألم الاعتلال العصبي: ألم العصب الثلاثي التوائم، وألم العصب اللساني البلعومي، وألم عصبي تالٍ للهربس.
إمراض في التراكيب الموضعية المصاحبة، مثل (الغدد اللعابية، والجيوب الهوائية المجاورة للأنف، والعينين، والاضطرابات الشوكية العنقية، والبلعوم الأنفي، والأذنين).
اضطرابات وعائية: أنواع الصداع: الشقيقة، الصداع العنقودي، والصداع التوتري، والتهاب الشريان ذي خلايا العرطلة (الخلايا العملاقة).
ألم الوجه نفسي المنشأ ألم الوجه اللانمطي
الآفات داخل القِحف: الأورام. التصلب المتعدد.
الألم الرجيع من الأماكن البعيدة الذبحة الصدرية

obeikandi.com

الألم الوجهي.

الألم حادثة شائعة ومتكررة يتعرَّض إليها معظم المرضى، وقد يكون الألم حادًا أو مزمنًا. والألم ليس فقط له تبِعات على المريض ونوعية حياته، ولكنه يمكن أن يكون له تأثير أيضًا على دائرة المريض الاجتماعية، وعلى المجتمع، واقتصاد الأمة، حيث يكون الألم مسؤولاً عن نسبة كبيرة من الأيام المُهدَرة من غير عمل.

وتعاني الغالبية العظمى من مرضى الألم الوجهي من بعض العمليات المَرضية في الأسنان، التي من السهل اكتشافها، وقد تكون في الأنسجة الداعمة، أو في التراكيب المرتبطة بها. وأيًّا ما كانت طبيعة الألم، وكيفية ظهوره غير المعتادة، فيجب أن تكون الخطوة الأُولى إزالة الآلام ذات الأصل الموضعي، مثل لُب الأسنان غير الطبيعي، أو الأسنان والجذور المدفونة، أو الآفات المحيطة بالذروة، أو الآفات الحادة في أنسجة حول السن. وربما يتم تشخيص ألم الأسنان بسهولة عن طريق الفحص السريري والإشعاعي. ولسوء الحظ، يعرف كل الممارسين العام لطب الأسنان، أن هذا التشخيص لا يكون دائمًا واضح المعالم. وقد يكون من الصعب إدراك أن الألم الوجهي مصدره الأسنان، وقد يجعل الألم الرجيع أو الطرفي تحديد مقر الألم صعبًا. وقد يكون الفحص السريري والإشعاعي غير حاسم. وربما يكون اختبار حيوية الأسنان، واستخدام حَقْن المخدر الموضعي التشخيصي من الوسائل المُساعدة المفيدة. وقد يكون من الصعب تحديد موقع التهاب اللب، خاصة في رُبْع الفك ذي الحشوات الكثيرة؛ ولذا يجب نزع حشوات الأسنان في بعض الأحيان، ووضع حشوات مؤقتة للأسنان بأسلوب نظامي، ويكون ذلك محبطًا لكل من الطبيب والمريض. وبالأخص، قد يكون الألم المصاحب للخلل الوظيفي للمفصل الفكي الصدغي قضية محيرة جدًّا، وقد يُحاكي عددًا من الحالات الأخرى.

ويمكن أن يكون تشخيص الألم الوجهي صعبًا، بوصفه نتيجة طبيعة لمشكلة ذات عوامل متعددة.

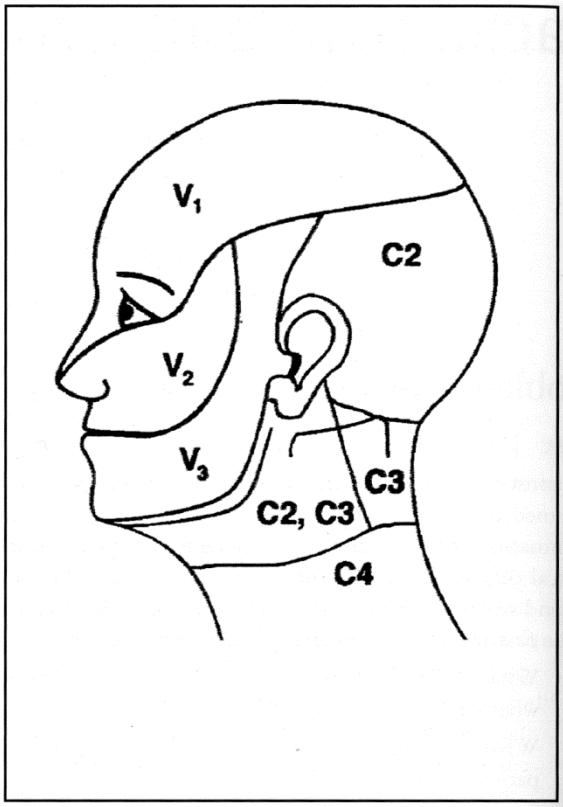
الإمداد العصبي للوجه

يُستمد الإمداد العصبي الحسي للوجه والأنسجة الفموية عن طريق عدد من الأعصاب، وهي: العصب الثلاثي التوائم، والعصب اللساني البلعومي، وفروع من الضفيرة الرقبية (انظر شكل ١٥.١). والغالبية الكبيرة من أعراض الألم في الوجه يُشعَر بها في المنطقة المُزوَّدة بالعصب الثلاثي التوائم.

وعادة يكون هناك تمييزًا واضحًا بين المناطق المزودة بالفروع الانتهائية المختلفة من العصب الثلاثي التوائم، لأنها قليلة التداخل مع غيرها من الفروع العصبية ، ولكن هناك تداخلاً هامًا يحدث غالبًا بين فروع الثلاثي التوائم والفروع الجلدية الصادرة من الضفيرة الرقبية، لأنهما متجاوران. وبعيدًا عن مناطق التراكب، فهناك أيضًا سلسلة معقدة من الترابط بين العصب الثلاثي التوائم، والعصب الوجهي، والعصب اللساني البلعومي، والأعصاب الصادرة من الجهاز العصبي اللاإرادي، وخاصة الألياف السِّمبثاوية (sympathetic fibers) المصاحبة للأوعية الدموية المُزوِّدة للمنطقة. وقد تؤدي هذه الألياف السِّمبثاوية بعض الدور في إرسال النبضات العميقة (deep impulses). وقد وُضِّح أن مثل هذا الألم يمكن أن يصدر بواسطة تنبيه العقدة السِّمبثاوية الرقبية العلوية.

ويشكو الغالبية العظمى من المرضى من ألم في الوجه وحوله، ويعانون من بعض أشكال ألم السن، ومع ذلك، فهناك العديد من الأسباب المحتملة الأخرى لمثل هذا الألم (جدول ١٥.١). إن التراكيب المتعلقة بالفم، التي يمكن أن تُسبّب أعراض الألم معقدة جدًّا، وكذلك فإن التعصيب لهذه التراكيب يكون متداخلاً جدًّا، حيث تحدث الأخطاء في التشخيص بسهولة. وفي النهاية ينقسم العصب الحسي الأساسي للمنطقة- وهو العصب الثلاثي التوائم- إلى عدد كبير من الفروع الانتهائية الصغيرة، التي تمدَّ الجلد في جزء كبير من الوجه وفروة الرأس، وكذلك الغالبية العظمى من الأنسجة الفموية، والعديد من التراكيب الأكثر عمقًا. ومع إمكانية تحديد الحدود السطحية للعصب الثلاثي التوائم بدقة، لِقلة تداخلها مع غيرها من الأعصاب، فإن الحدود الأكثر عمقًا تكون صعبة التحديد والفهم. وغالبًا يصعب تحديد النقطة التي يصبح عندها الألم الوجهي صداعًا، مثل (المنطقة الصدغية)، ومن ثَم يؤدي ذلك إلى صعوبات في التواصل بين المريض والطبيب.

obeikandl.com



شكل (١٥,١). القطاعات الجلدية الحسية للعصب الثلاثي التوائم (V1,V2, V3) والأعصاب العنقية العلوية (C2, C3, C4).

وهناك مصدر محتمل آخر للإرباك عند تشخيص الألم الفموي الوجهي، وهو الألم الطرفي، والألم الرجيع.

الألم الطرفي (projected pain)

والألم الرجيع (referred pain)

إذا تعرَّض مسار الألم لتنبيه عند نقطة ما على امتداد مَساقُه، فمن المحتمل أن يتم الشعور بالألم في التوزيع الطرفي للعصب، وهذا هو الألم الطرفي. ومثال هذا الألم الوجهي الذي قد يحدث في مرضى الأورام داخل القِحف.

وإذا كان الألم ومكان الألم (الموضع) في مكان واحد ومتماثلين، فيُعدُّ حينئذ الألم ألمًا أوليًّا. ويجب أن يُميَّز عن الألم الرجيع، الذي يشعُر فيه المريض بالألم في منطقة بعيدة عن المكان الذي يقع فيه الإمراض المسبب. والألم الرجيع حدث شائع في المنطقة الفموية الوجهية، ويجب أن يقدِّر الأطباء هذه الظاهرة، وإلا فقد ينتج عن ذلك تشخيص وعلاج خاطئ. وفي حالة الألم الرجيع، يجب أن يكون طبيب الأسنان العام قادرًا على التعرف إلى المصدر الحقيقي للألم من مكان (موضع) الألم. وفي مجال طب الأسنان، ربما يكون أكثر مثال شائع للألم الرجيع، هو ذلك الألم الذي يُشعَر به- على سبيل المثال- في أسنان الفك العلوي، الناتج عن آفة في سن الفك السفلي. وفي هذه الحالة، تنشأ نبضات الألم من السن المريض، وإذا تم إحصار السبيل لهذا السن- على سبيل المثال- بواسطة التخدير الموضعي؛ فحينئذ سوف ينقطع الألم الرجيع. ولذلك وفي هذا المثال السني، فإن تخدير فرع الفك السفلي للعصب الثلاثي التوائم، سوف يُزيل الألم الذي يشعر به المريض في المنطقة المُزوَّدة بفرع الفك العلوي. وهذا هو الأساس لأكثر اختبار مفيد للكشف عن الألم الرجيع المُشتبه فيه.

ويُحال الألم للوجه غالبًا من بين فروع العصب الثلاثي التوائم المختلفة، و لكن الألم الرجيع للوجه من منطقة بعيدة غير شائع نوعًا ما. والألم الرجيع الوحيد من ذلك النوع، والذي يُرى بدرجة ما من التكرار، هو ما يصدر عن قصور الشريان التاجي، حيث ينتشر الألم فوق الجانب الأيسر من الفك السفلي. وقد وُصفت الذبحة الصدرية أيضًا على أنها تظهر على شكل ألم للحنك الرخو، ولكن هذا غير معتاد. ويصاحبها أيضًا أعراض أخرى محدِّدة جيدًا للحالة، وقد تم تسجيل أمثلة قليلة جدًّا، عندها يكون ألم الفك السفلي الأيسر، هو الشكوى الأُولى للمريض، والذي لاحقًا ينشأ عنده أعراض احتشاء عضلة القلب.

وآلية الألم الطرفي واضحة إلى حدٍّ ما، ولكنها في الألم الرجيع مجالاً للجدل. فما زال هناك جدلاً كبيرًا حول نظريات الألم الرجيع، والمكان الذى يحدث عنده التخطّي أو التلاقي العصبي، المؤدي إلى الترجمة الحسية الخاطئة للنبضات المنقولة من المكان المُصاب.

obeikandi.com

الألم الرجيع (Referred pain).

يمكن أن يرجع الألم ذات المنشأ السني إلى قوس الأسنان المقابل.

تقييم الألم الوجهي

الألم شكوى شخصية للغاية، وفي العديد من الحالات، يكون هناك علامات إكلينيكية قليلة. ويحتاج الألم إلى تقييم على أساس بُعدين، وهما: أنه مرض، وبذلك يُستخدم النموذج الطبي، وأنه علة حتمًا تؤثر على نوعية الحياة. واستجابة المريض للألم متنوعة جدًّا، وذلك ما يجعل التقييم للألم صعبًا جدًّا. وتقوم بعض أنواع من الألم بمهمة جهاز التنبيه، وبذلك يكون الألم حيويًّا و هامًا من أجل البقاء حيًا، بينما تبقى آلام أخرى متجاوزة تلك الوظيفة الهامة في التنبيه. ويبدو أن العديد من الحالات السريرية التي تُرى بواسطة جراح الأسنان، تقع تحت الفئة التي تتسبَّب فيها التغيُّرات المَرضية الصغيرة (أو حتى غير المُدركة تمامًا) في استجابة غير متناسبة أبدًا؛ مما يُؤدّي إلى قلق كبير للفرد المُهتم.

ويتطلَّب تقييم الألم الفموي الوجهي وتشخيصه، أن يكون الطبيب لديه معرفة وفهم لتشريح الرأس والرقبة وفسيولوجيتهما وأمراضهما، وخصوصًا للتراكيب الفموية الوجهية. وينبغي أن يكون الطبيب قادرًا على القيام بالتقييم السريري النظامي، كما هو موضح في جدول (١٥,٢). ويُعتقد أن الفحوصات اللازمة لمريض يشكو من الألم الوجهي، تمرُّ على مرحلتين: في المرحلة الأُولى يتم تقييم الألم المرتبط بجهاز الأسنان (الأسنان والأنسجة الداعمة)، والتراكيب وثيقة الصلة به، مثل غار (جيب) الفك العلوي والمفصل الفكي الصدغي. وإذا لم يُوجد أي شذوذ في تلك المناطق بعد الفحص الكامل، فحينئذ يقوم المُستقصي بالحكم مُعتبرًا الاحتمالات الأخرى. وإذا أُهملَت الخطوة الأُولى المهمة في إزالة أسباب الألم، الناتجة من قِبل الأسنان، فسوف يكون الشك في العديد من الحالات. وعندما تُزال كل الأسباب الموضعية للألم، عن طريق الفحص الدقيق، فسيبقى عدد من الحالات ذات أصل أقل وضوحًا لاعتبارها في التشخيص المحتمل.

التاريخ المَرضي

التاريخ المَرضي لألم المفصل يكون مصيريًّا لمرضى الألم الوجهي، وفي ٧٠-٨٠ في المائة من الحالات، يتم عمل التشخيص على أساس التاريخ المَرضي وحده. ويستطيع الطبيب أن يحصل على معلومات ذات قيمة عن طريق ملاحظة المريض عند وصفه للملامح الألم. ومن المهم أيضًا السماح للمريض في البداية بأن يصف الألم بكلماته الخاصة، من غير تلقين من قِبل طبيب الأسنان. وينبغي أخذ تاريخ الألم بطريقة نظامية، والتحري عن كل الملامح المسرودة في جدول (١٥,٣). وبعض أشكال التقييم الأكثر قياسية للألم، يكون مهمًّا لقياس، ليس فقط حِدة الألم، ولكن أيضًا لقياس عدم القدرة التي يُسبّبها الألم. وقد يكون استخدام مقياس الألم الخطي، واستبيان ماك غين للألم (McGill pain questionnaire) مفيدين. وينبغي أن يشتمل التاريخ المَرضي على التأثيرات التي يُسبّبها الألم على أسلوب حياة المريض. والعوامل الاجتماعية، والمعرفية، والانفعالية، والسلوكية مهمة جدًّا في حالة الألم المزمن، وسوف تتم مناقشة ذلك بشكل إضافي في الفصل السابع عشر. والتاريخ الاجتماعي والعائلي أيضًا مصيري؛ لأن ألم المريض له تأثير على من يعيشون معه.

الفحص

ينبغي أن يتضمَّن فحص الأنسجة الفموية الوجهية التقييم الحسي والحركي الإجمالي للأعصاب القِحفية (مسرودة في جدول ١٥,٤). وينبغي أن تُنبِّه الوظائف الشاذة للأعصاب القِحفية الطبيب إلى ضرورة الإحالة إلى اختصاصي الأعصاب، أو أي اختصاصي آخر ملائم. ويحتاج العصب الخامس والسابع إلى الفحص بحذر، وتشمل تغيُّرات الوظائف الحسية، التخدير، والمذل، وضعف الحس والإحساس المضاعف للألم (فرط التألم). ويتضح نقص الوظائف الحركية من خلال الشلل، أو ضعف العضلات الإجمالي، أو ضمور العضلات، أو الشُناج (spasticity).

Openkandi.com

ألم الاعتلال العصبي

(Neuropathic pain)

وفقًا للجمعية العالمية لدراسة الألم، فإن تعريف الألم العصبي المنشأ (ويُعرَف أيضًا بالألم الاعتلالي العصبي)، هو الألم الذي يبتدئ أو ينتُج عن طريق الآفة الأَولية، أو الخلل الوظيفي، أو النفخ (*pertubation*) العابر في الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي. وهذا التعريف شامل بشكل كُلي، ويشتمل على الحالات المتعلقة بإصابة العصب.

وسوف يُستخدم مصطلح الألم الاعتلالي العصبي في هذا الفصل. ويشتمل الألم الاعتلالي العصبي المزمن على اضطرابات، مثل ألم العصب الثلاثي التوائم، والألم العصبي اللساني البلعومي، والألم العصبي التالي للهربس، واعتلال الكُلية السكَّري، وضرر العصب الطرفي الناتج من عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وتعاطي الكحوليات.

جدول (١٥,٢). تقييم الألم الوجهي وتشخيصه.

التاريخ المَرضي:

- الشكوى.
- تاريخ الألم:

البداية، والدورية، والموقع والإشعاع، والمدة، والتكرار،

والصفة المميزة، وشدة الألم.

العوامل المُعدِّلة (العوامل البادئة، والمفاقمة، والمخففة)

التأثير على طريقة الحياة.

التأثير على الانفعال، والاكتئاب، والتوتر.

نتيجة الفحوصات السابقة والمعالجات، مثل (الأدوية).

ضع في الاعتبار مقياس الألم الخطي المَرئي،

والمُناظر لشدة الألم، وكذلك استبيان الألم.

- التاريخ السني.
- التاريخ الطبي (متضمنًا تعاطي الكحوليات والأدوية).
- التاريخ الاجتماعي.

الفحص:

- التراكيب السنية المنشأ.

الحالة السنية، واختبارات حيوية العصب، وعلاقات الإطباق الساكنة والحركية (الديناميكية).

- التراكيب ذات العلاقة

عضلات المضغ، والمفصل الفكي الصدغي، والغُدد اللعابية، والجيوب الهوائية.

- وظائف العصب القِحفي.

اختبار مجمل للأعصاب القِحفية المختارة أو كلها

النقائص الحسية.

- الفحوصات.

التصوير الشعاعي وآليات التصوير الأخرى.

فحص الدم والكيمياء السريرية، مثل (سرعة تثقل الكريات الحمراء، وفيتامين ب١٢).

علم الفيروسات.

جهاز الإطباق التشخيصي.

الخزعة.

استبيان القياس النفسي.

اختبارات توصيل العصب.

- التشخيص: التخدير الموضعي بإحصار العصب، ربما يساعد على تحديد توزيع الألم، ويمكن أن يُزيل الألم الرجيع أو يؤكده.
- المعلومات الإضافية المطلوبة.

من الممارس العام، والاختصاصيين، وملاحظات الحالة بالمستشفى.

طرائق المُعالجة:

- تأسيس أهداف العلاج للمريض، واحتمالية امتثاله للمعالجة.
- إزالة الألم سني المنشأ.

فحص السن المحشو أو تحديده، وإحكام الإطباق، وخلع الأسنان.

- العلاج الطبي:

المعالجة بالأدوية (كربامازيبين (carbamazepine)،

ومضادات الاكتئاب)

- الإحالة إلى الاختصاصي الملائم:

الفحوصات الإضافية، مثل (الإحالة لطبيب الجهاز

العصبي لعمل اختبارات توصيل العصب).

obeikandi.com

جدول (١٥,٣). تقييم سمات الألم المميزة عند أخذ تاريخ الألم.

المدة	دورية الألم
الموضع	السمة المميزة
الإشعاع (الانتشار)	الشِدة
العوامل المُحرِّضة	العوامل الملطفة
العوامل المصاحبة	

جدول (١٥,٤). الأعصاب القِحفية.

الرقم	الاسم	الرقم	الاسم
I (١)	الشمي	VII (٧)	الوجهي
II (٢)	البصري	VIII (٨)	الدهليزي السمعي (الدهليزي القوقعي)
III (٣)	محرك العين	IX (٩)	اللساني البلعومي
IV (٤)	البَكري	X (١٠)	المبهم
VI (٦)	المبعد	XI (١١)	الإضافي
V (٥)	الثلاثي التوائم	XII (١٢)	تحت اللسان

بعض المصطلحات المفيدة في علم الأعصاب.

مُوجِع (Algesic)	مسبب للألم
الألم المُحرِّض المُخالف (Allodynia)	ألم ناتج من منبه ليس بطبيعته مُحرضًا للألم، مثل اللمس الخفيف.
تسكين الألم أو بطلانه (Analgesia)	غياب الاستجابة للألم تِجاه مُنبه مؤلم.
تخدير (Anaesthesia)	فقدان كامل للإحساس.
ضعف الحس (Dysaesthesia)	إحساس متغير وغير لطيف، وقد يكون تلقائيًا، أو ناتجًا من الاستجابة لِمُنبه ما.
فرط التألم (Hyperalgia)	استجابة متزايدة لِمُنبه بطبيعته مؤلم.
ألم الاعتلال العصبي (Neuropathic pain)	ألم يبدأ أو ينتُج من آفة أولية، أو من الاختلال الوظيفي، أو من مشكلة عابرة في الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي

ويمكن أن يؤدِّي الرضح أو التغيُّرات الالتهابية التي تُصيب مساق العصب خارج القِحف أو داخله، مثل إصابة العصب النخاعي أو التصلب المتعدد، إلى ألم الاعتلال العصبي أيضًا. ويمكن أن تؤدِّي الأورام الحميدة والخبيثة، سواء التي تضغط على العصب، أو التي تخترقه؛ إلى ألم الاعتلال العصبي.

ويناقش هذا الفصل، ألم الاعتلال العصبي المحتمل مُصادفته في عيادة طب الفم. ومن المحتمل أن يظهر مع أعراض أخرى أو بدونها للاضطرابات العصبية، مثل (المذل) (paraesthesia)، وفرط التألم، والألم المحرِّض المخالف (allodynia)، والخلل الوظيفي للعصب الحركي).

ولا يستجيب ألم الاعتلال العصبي عادة للمسكنات الاعتيادية، مثل الأسبرين (aspirin)، وباراسيتامول (paracetamol)، والأدوية المضادة للالتهاب اللاستيرويدية (NSAIDs). ويكون أفضل إنجاز للتدبير الطبي لهذا الألم، باستخدام العوامل الدوائية (الفارماكولوجية) الأخرى، مثل مضادات الاختلاج (anticonvulsants)، وأحيانًا بعض مضادات الاكتئاب (antidepressants). وينبغي أن يبدأ العلاج كلما أمكن باستخدام دواء منفرد، كي تقِل التأثيرات الجانبية.

ألم الاعتلال العصبي ألم يبدأ أو ينشأ بواسطة آفة أولية، أو خلل وظيفي، أو نتيجة النفخ العابر في الجهاز العصبي الطرفي أو المركزي.

ألم العصب الثلاثي التوائم (Trigeminal neuralgia).

ألم العصب الثلاثي التوائم: هو ألم مفاجئ– وعادة يكون أحادي الجانب، وشديدًا، ومختصرًا، وطاعنًا، وراجعًا– في توزيع فرع واحد أو أكثر من فروع العصب القِحفي الخامس.

obeikandl.com

وألم العصب الثلاثي التوائم مرض له تلك الحِدة المميزة، والذي عُرف ووُصف على مدى فترة طويلة من التاريخ. ومع ذلك، فإن الطبيعة الحقيقية لهذه الحالة المؤلمة للغاية غير معروفة. ويكون هناك شذوذ في الأوعية الدموية (وريدي أو شرياني) عند بعض المرضى؛ مما يُسبِّب ضغطاً على جذور الثلاثي التوائم المجاورة للجسر في الحفرة القِحفية الخلفية. وينتج عن ذلك مناطق خالية من الميالين (demyelination)، مع توصيل عصبي شاذ. ويؤدي إزالة هذا الضغط إلى راحة طويلة المدى من الألم عند معظم المرضى. والارتباط بين التصلب المتعدد وألم العصب الثلاثي التوائم معروف جدًّا، وستتم مناقشته لاحقًا في هذا الفصل.

ويحضر نسبة صغيرة (تقريبًا ٢ في المائة) من مرضى أورام الحفرة الخلفية، مثل (الأورام العصبية السمعية (acoustic neuromas) أو الأورام الحميدة) بألم العصب الثلاثي التوائم النمطي. وقد يسبق الأعراض المؤلمة أو تصاحبها نقائص حسية أو حركية في تلك الحالات.

ولم يتم شرح الفيسيولوجيا المَرضية لألم العصب الثلاثي التوائم حتى الآن. ولكن تنصُّ إحدى النظريات على أن نوبات الألم في هذه الحالة، قد تمثِّل تفريغًا للعصبونات المختارة التي تغيَّرت عتبتها تِجاه الاتقاد المتكرر، ومن المحتمل أن يكون ذلك بسبب إصابة العصب الموضعية. وربما يبدأ هذا الاتقاد بواسطة مُنبه لمسي عديم الضرر (ويوضِّح هذا مناطق الزناد trigger zone). ويمكن أن تؤدِّي الاستثارة المُتبادَلة للأعصاب المتجاورة إلى تجنيد خلايا تفريغية كافية، لكي يتم إدراك إشارة مُسبِّب الألم على أنها ألم. ومع ذلك، لم تُوضّح أي النظريات الحالية الملامح الإكلينيكية لألم العصب الثلاثي التوائم بالكامل.

سابق ألم العصب الثلاثي التوائم (Pretrigeminal neuralgia)

تُوصف هذه الحالة بالألم الضعيف المشابه لألم الأسنان، ويظهر عند المرضى لاحقًا ألم العصب الثلاثي التوائم. ويُعتقد أنه يصيب حوالي ما يقرب من ٢٠ في المائة من مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم، وتكون الخيارات العلاجية لألم العصب الثلاثي التوائم فعَّالة في علاج هذه الحالة. ويجب على الطبيب أولاً، أن يتأكَّد من أن الأسنان غير مسؤولة عن تلك الأعراض، وغالبًا يكون هذا هو الوقت الذي يُرى فيه المرضى كثيرًا عند جرَّاح الأسنان؛ من أجل البحث عن أسباب ذلك الألم شديد الحيرة. ويُشخَّص سابق ألم العصب الثلاثي التوائم بأثر رجعي (in retrospect).

المظهر السريري لألم العصب الثلاثي التوائم.

يُقدَّر حدوث ألم العصب الثلاثي التوائم بحوالي ١٥٠ حالة لكل مليون واحد، ومعظم المرضى يكونون من الإناث (نسبة الإناث: الذكور تقريبًا ٢: ١)، وانتشار الحالة يكون ١ في ١٠٠٠. وتكون ذروة الحدوث من العِقد الخامس إلى السابع، وتحدث الأعراض عادة بعد العِقد الرابع.

ويكون توزيع الألم أحادي الجانب دائمًا في البداية مع ٣ في المائة فقط من الحالات يحدث لهم تضمَّن ثنائي الجانب لاحقًا. وقد يُصيب الألم واحدًا، أو اثنين، أو حتى ثلاثة أقسام من العصب، ونادرًا ما يُصاب القسم الأول بمفرده فقط. ويكون الألم شديدًا جدًّا، ويتم وصفه أنه حاد وطاعن بطبيعته (رامح)، ويستمر لمدة ثوانٍ قليلة فقط، وقد تتكرّر هذه النوبة العابرة في غضون دقائق أو ساعات. وقد لا يكون هناك عامل مؤرِّث (مهيِّئ) واضح، ولكن العديد من المرضى، يكون لديهم منطقة الزناد، وهي نقطة على الوجه أو داخل الفم (غالبًا تكون خارج منطقة توزيع الألم)، وقد يُسبّب أخف تلامس لها بدء النوبة. وقد تشتمل تلك المُنبهات على اللمس، أو الغسول، أو تيارات الهواء الباردة، أو تفريش الأسنان، أو الأكل، أو الابتسام. وقد يكون هناك خلفية من الألم الضعيف في المنطقة بين ذروات الألم، أو قد لا يكون هناك أي ألم على الإطلاق، ونادرًا ما تحدث هذه النوبات بالليل. وما يُسمَّى "الوجه المتجمد"، يعدُّ محاولة من

obeikandi.com

المريض لكي يؤجِّل النوبات، عن طريق تقييد الحركة، ومن ثم يتجنَّب قدح زناد الألم. وربما تحدث الهدأة التلقائية في غضون أسابيع أو شهور، ونادرًا ما تكون دائمة. ويفقد المرضى ذوو الألم الشديد وزنهم، ويكونون غير قادرين على المشاركة الاجتماعية، وغالبًا يصبحون مكتئبين.

وصف الألم في ألم العصب الثلاثي التوائم:

- **حاد.**
- **طاعن.**
- **يشبه الصدمة الكهربية.**

الفحوصات اللازمة لمرضى ألم العصب الثلاثي التوائم

يتم تشخيص ألم العصب الثلاثي التوائم أساسًا عن طريق تاريخ الألم. وليس هناك اختبار تشخيصي نوعي، ولكن ينبغي إجراء الكشف السريري الكامل، متضمنًا تقييم الأعصاب القِحفية، لاستبعاد الأسباب الأخرى للألم. وتحدث تغيُّرات حسية دقيقة في عدد قليل جدًّا من المرضى، وعادة يمكن إثارة نقاط الزناد المسبِّبة للألم. ولجرَّاح الأسنان دور محوري في تشخيص مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم، ويجب دائمًا عليه أن يستبعد السبب السني من الأعراض المؤلمة للمريض.

وربما يَنسب مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم الألم إلى ألم الأسنان، فيما قد يظهر أنها سن سليمة تمامًا. وقد يُوصف الألم بعد قلع هذه السن حينئذ على أنه صادر من السن المجاورة، وقد يَطلب المريض قلع هذه السن أيضًا. و فعليًّا فإنه ليس من النادر وجود مرضى بجانب من الفك عديم الأسنان تمامًا، فُقِدت فيه الأسنان بهذه الطريقة. ويمكن تجنُّب كثير من هذه الصعوبات، إذا تم إدراك أن أي مريض يحضر باحتمالية أعراض ألم العصب الثلاثي التوائم، ينبغي إحالته للفحص الكامل قبل القيام بعمل أي قلع إضافي للأسنان.

ألم العصب الثلاثي التوائم: الملامح الرئيسة.

- نوبات مختصرة من ألم حاد وطاعن.
- منطقة (مناطق) الزناد.
- عوامل مُحرضة، تشمل: الأكل، والكلام، والحلاقة، وغسول الوجه.
- يكون الألم عادة محصورًا في قسم واحد من العصب الثلاثي التوائم.
- عادة يكون أحادي الجانب.
- لا يحدث الألم عادة أثناء النوم.
- العلاج بالأدوية باستخدام كابامازيبين (carbamazepine)، يعدُّ العلاج الطبي الأمثل.
- العلاج الجراحي الطرفي أو المركزي تعدُّ خيارات المُعالجة.
- قد يكون له هدأة ممتدة مع فترات خالية من الألم تمامًا.

لجراح الأسنان دور محوري فى تشخيص المرضى الذين يحضرون بألم العصب الثلاثي التوائم، ويجب دائمًا استبعاد السبب السني من الأعراض المؤلمة للمريض.

وعلى العكس، فقد تظهر حالة ينشأ فيها الألم المُشابه بشدة لألم العصب الثلاثي التوائم، نتيجة بعض أمراض الأسنان الاعتيادية، تمامًا مثل الجذر المتبقي، أو السن المتصدعة، أو حتى من بدلات الأسنان غير المُرضية. وإذا وُجد أي شذوذ من هذا النوع، فيجب معالجته، بوصفه أول خطوة أساسية في مُعالجة المريض.

ينبغي إحالة المرضى الصغار (< من ٥٠ عامًا)، الذين يحضرون بألم العصب الثلاثي التوائم، خاصة إذا كان هناك تضمُّن ثنائي الجانب، إلى طبيب الجهاز العصبي لعمل الاختبارات التشخيصية الملائمة لاستبعاد التصلب المتعدد.

وكما سبقت الإشارة بأن ألم العصب الثلاثي التوائم يميل إلى الحدوث مع تقدُّم العُمْر. وينبغي معالجة بداية أعراض ألم العصب الثلاثي التوائم في المرضى تحت سن ٤٠ عامًا بشيء

من الحذر، لاحتمال أن يكون هذا هو التحذير الأول لبداية الإصابة بمرض التصلب المتعدد (انظر الفقرة القادمة). وفي هذه الحالة تكون الآلام الشبيهة بالألم العصبي، غالبًا هي الأعراض الأُولى. وقد أُقترِح أنه من المحتمل وجوب إحالة المرضى في هذه الفئة العُمْرية للتقييم العصبي المتخصص. وعند تقييم الحاجة إلى رأي اختصاصي الأعصاب لمريض يُشتبه فيه ألم العصب الثلاثي التوائم، فينبغي دائمًا تذكُّر أنه لا يوجد أي دلالات تشخيصية إلا الألم نفسه. كما ينبغي أن تُؤخذ أي ملامح عصبية أخرى مصاحبة، مثل ضعف العضلات، أو ضبابية الرؤية، أو الدوخة، أو المذل، أو الإصابة المحتملة لأي أعصاب قِحفية أخرى، بوصفها دلالات جوهرية لعمل التقييم العصبي الكامل التصوير الدماغي.

ينبغي عمل تصوير إشعاعي للجهاز العصبي المركزي، إذا كان هناك فقد حسي.

جدول (١٥,٥). التشخيص التفريقي لألم العصب الثلاثي التوائم.

الألم السني، خاصة متلازمة السن المتصدع.
ألم الجيوب الهوائية.
ألم عصبي تالٍ للهربس.
ألم العصب الثلاثي التوائم الثانوي لإصابة العصب، أو الورم، أو أي حالات مَرضية أخرى.
الصداع العنقودي.
ألم الوجه اللانمطي.
متلازمة الخلل الوظيفي، والألم للمنطقة الفكية الصدغية.

وهناك عدد من الحالات التي يجب أن تُؤخذ في الاعتبار عند عمل التشخيص التفريقي لألم العصب الثلاثي التوائم (جدول ١٥,٥)، وفي العديد منها، لا تكون أعراض الألم المذكورة من المريض مميزة لألم العصب الثلاثي التوائم (ولكنها تكون أعراض ألم انتيابي قاتل ومختصر). وقد يكون ألم العصب الثلاثي التوائم الملمح الأول لدى عدد قليل من مرضى التصلب المتعدد. ويكون هؤلاء أصغر عُمْرًا من مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم بصفة عامة، وغالبًا تكون آلامهم العصبية ثنائية الجانب. وعلى العكس، يتم تشخيص ألم العصب الثلاثي التوائم في ١-٥ في المائة من مرضى التصلب المتعدد.

المُعالجة الطبية لألم العصب الثلاثي التوائم

ما زالت المُعالجة الدوائية تعدُّ العلاج الأكثر ملاءمة لمعظم مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم، والنتائج الحديثة المأخوذة من سلسلة الجراحات العصبية الكثيرة، قد برَّرت عملية التدخل الجراحي المبكر، خاصة في المرضى الصغار. وينبغي إعطاء كل مريض تقديرًا حياديًّا من الخيارات الطبية والجراحية المتاحة.

- **يُعالج ألم العصب الثلاثي التوائم طبيًّا وبشكل أساسي، باستخدام أدوية مضادات الاختلاج.**
- **حاليًّا كاربامازيبين يعدُّ الدواء الأمثل.**
- **تكون الجرعة المبدئية من كاربامازيبين ١٠٠ ملجم مرتين يوميًّا، ثم تزداد تدريجيًّا بمقدار ١٠٠ ملجم يوميًّا، حتى يتم السيطرة على الألم.**
- **لا ينبغي تجاوز الجرعة القصوى اليومية، وهي من ٨٠٠-١٠٠٠ ملجم.**

ويعتمد العلاج الدوائي لألم العصب الثلاثي التوائم بدرجة كبيرة على استخدام أدوية مضادات الاختلاج، ويكون العلاج الأمثل التقليدي، هو كاربامازيبين (تيجراتول) (tegratol). والاستجابة لكاربامازيبين تكون - كما تم ذكره- تشخيصية لألم العصب الثلاثي التوائم، وجدير بالذكر أن كاربامازيبين يمكن أحيانًا أن يُقلّل (أو يبطل) الألم السني المنشأ، ومن ثم ينبغي إزالة الأسباب السنية للألم الوجهي قبل البدء في العلاج بالأدوية. وتُستخدم أحيانًا أدوية مضادات

openkandil.com

الاختلاج الأخرى، ولكن يظلُّ كاربامازيباين المقياس الذهبي للعامل الدوائي لعلاج ألم العصب الثلاثي التوائم، وقد تم تقييمه في التجارب العشوائية المُحكَّمة بالدواء الوهمي. ويتم المحافظة على الجرعة المبدئية منخفضة، وتبدأ عند ١٠٠ ملجم مرتين يوميًّا، ثم تزداد تدريجيًّا بزيادة يومية بمقدار ١٠٠ ملجم، حتى يتم ضبط الألم. ولا ينبغي تجاوز الجرعة القصوى، وهي بمقدار ٨٠٠- ١٠٠٠ ملجم يوميًّا. وينبغي أن يُؤخذ الدواء بحوالي ٣٠ دقيقة قبل الوجبات، ومن ثم يتم ضبط الألم بطريقة قصوى أثناء عملية المضغ. وحوالي ٧٠ في المائة من مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم يستفيدون من كاربامازيباين. وسوف يعاني كل المرضى من تأثيرات جانبية صغيرة، التي تتنوَّع معتمدةً على الجرعة. ويعاني بعض المرضى من النعاس أو الدوخة، بينما يروي آخرون تفاعلات مَعدية مَعوية، وقد يحدث التأثير الجانبي الأعظم خطورة، وهو ندرة المحببات في قليل جدًّا من المرضى، ويكون المُسنون - بصفة خاصة- عُرضة للتأثيرات الجانبية. وقد تُرصد تعداد الكريات البيضاء عن طريق اختبارات الدم المتكررة، ويبدو أن ذلك التفاعل يحدث فجأة وبدون سابق إنذار. وتشتمل التأثيرات المدونة الأقل خطورة والمتعلقة بالدم، على فقر الدم، وقلة الصفائح الدموية، وقلة الصفائح الدموية، ونقص صوديوم الدم. ولهذه الأسباب، فمن المُوصى به بشكل عام، عمل الاختبارات المتعلقة بالدم، واختبارات كيمياء الدم عند البدء في العلاج، وبعد شهر واحد، و٣ أشهر من العلاج، وبعد ذلك بحسب الظروف. ومن المهم أن نؤكّد على أنه قد يحدث انخفاض مفاجئ، وقد يكون مُميتًا في تعداد الكريات البيضاء، بوصفه حدثًا نادر الوقوع، وقد لا يُدرك تمامًا بأنظمة اختبارات الدم طويلة الأجل. ومن المُوصى به أيضًا أن تكون اختبارات وظيفة الكبد جزءًا من برنامج مراقبة الدواء، حيث إن كاربامازيباين نشط في تحريض إنزيمات الكبد، وقد سُجِّل أيضًا نقص صوديوم الدم (انخفاض مستوى صوديوم المصل) مع كاربامازيباين. وينبغي دائمًا على الطبيب- عند وصف كاربامازيباين- أن يكون على دِراية من تآثرات (التفاعلات المتبادلة) الأدوية المحتملة، فقد تصبح بعض الأدوية غير فعَّالة، لعدم الوصول إلى المستويات العلاجية في المصل، أو لعدم الحفاظ عليها، نتيجة ازدياد معدل الأيض. ويعدُّ أرفارين واحدًا من هذه الأدوية.

مراقبة المرضى المُعالَجين بكاربامازيباين.

ينبغي رصد تعداد الدم الكامل، واختبارات وظيفة الكبد والكهارل:

- قبل العلاج.
- بعد شهر واحد.
- بعد ٣ شهور.

وهناك تأثير إضافي لكاربامازيباين، قد يحدث في ٧ في المائة تقريبًا من المرضى، وهو حدوث الطفح الشديد. وتمامًا كما في حالة ندرة المحببات، فقد يحدث ذلك الطفح بشكل غير متوقع أبدًا، وبعد فترة طويلة من العلاج بالدواء.

واستجابة للمشاكل المتعلقة بالعلاج بكاربامازيباين، فقد قُدِّم دواء ذو صلة، وهو أوكسكاربازيباين (oxcarbazepine). وأساسًا له خواص كاربامازيباين نفسها، ولكن له سمعة أفضل في تحمله، ومع ذلك، فهذا ليس الحال دائمًا. ولم يؤسس أوكسكاربازيباين مكانته بديلًا لكاربامازيباين، حيث يعاني حوالي ربع المرضى من الحساسية المُتبادَلة.

وهناك أدوية أخرى قد تُستخدم في علاج ألم العصب الثلاثي التوائم للمرضى الذين لايستطيعون تحمُّل كاربامازيباين، وتشمل فنيتوين (phenytoin)، ولاموتروجين (lamotrogine)، وباكلوفين (baclofen)، وكلونازيبام (clonazepam). ولا يوجد دواء واحد من تلك الأدوية فعالًا، مثل كاربامازيباين في ضبط ألم العصب الثلاثي التوائم، مع أن فنيتوين- وبالاقتران مع كاربامازيباين- قد

openkandil.com

يكون ذا قيمة لبعض المرضى غير المُستجيبين لكاربامازيبين بمفرده. وتكون الجرعة المبدئية لفنيتوين عادة ٣٠٠ ملجم/يوميًّا (على جرعات مقسمة)، مع أن هذا الدواء نادرًا ما يكون ناجحًا بمفرده في ضبط الألم. ولفنيتوين عدد من التأثيرات الجانبية، متضمنة الطفح الشديد. وأخذاً في الاعتبار المَرضية (morbidity)، ومعدل انتشار ألم العصب الثلاثي التوائم، فقد تم عمل عدد قليل جدًّا من الدراسات ذات الشواهد على الأدوية المتاحة للعلاج. وقد قُيِّم دواء قُدِّم حديثًا، وهو جابابنتين (gabapentin)، لاستخدامه في علاج الألم العصبي التالي للهربس، والاعتلال العصبي السكَّري، وربما يكون مفيدًا في علاج ألم العصب الثلاثي التوائم. ويبدو أنه خالٍ نسبيًّا من التأثيرات الجانبية الخطيرة، ويمكن أن يُستخدم بالمشاركة مع كاربامازيبين.

التأثيرات الجانبية للعلاج بكاربامازيبين.

- النعاس، والالتباس.
- الدوار.
- الغثيان.
- تفاعلات الجلد– الطفح.
- قلة الكريات البيضاء (ونادرًا فقر الدم، وقلة الصفائح الدموية، وقلة الصفائح الدموية، وفقر الدم اللاتنسجي).
- تحريض الإنزيم الكبدي المُصغَّر (الميكروسومي) (وما يتبعه من تآثرات الأدوية).
- نقص صوديوم الدم.

العلاج الجراحي لألم العصب الثلاثي التوائم

أقلية من المرضى غير ملائمين للعلاج بالأدوية ؛ إما لأنهم غير مُستجيبين، وإما لأنهم أصبحوا غير مُستجيبين لها، وإما لأنهم لا يستطيعون تحمُّل التأثيرات الجانبية. وآخرون شغوفون لاستكشاف الخيارات الجراحية ؛ أملاً في الشفاء الدائم. وهناك عدد من الإجراءات الجراحية المختلفة المتاحة لعلاج ألم العصب الثلاثي التوائم، وتتنوَّع في درجة التعقيد، من إجراءات طرفية بسيطة نسبيًّا– مثل (المعالجة القرِّية) إلى التخثُّر ذات التردد العالي، لألياف العصب في منطقة العقدة العصبية– و حتى إجراءات الفتح الجراحي داخل القِحف في منطقة الحفرة الخلفية، و ذلك من أجل تخفيف الضغط على الأوعية الدقيقة لعصب الثلاثي التوائم (جدول ١٥.٦). والتفاصيل الكاملة لهذه الإجراءات خارج نطاق هذا الكتاب (انظر المشروع ٣ في نهاية هذا الفصل). وعند الأخذ في الاعتبار التدخل الجراحي في العلاج، فلابد من عدِّ العوامل الآتية: الراحة من الألم بعد العملية، ومعدلات النكسة، والصحة العامة، والمخاطر، والآثار المعاكسة.

ويعدُّ الآن تخفيف الضغط على الأوعية الدموية الدقيقة للعصب الثلاثي التوائم، هو العلاج الجراحي الأمثل في عدد من المراكز، وذلك بشرط أن يكون المريض بصحة مقبولة، وأن يتم تحديد الدليل على تخفيف الضغط الوعائي الدموي، حيث إنه الإجراء الوحيد الذي لا يتسبب في تدمير الأنسجة. وتُستخدم تقنية التصوير النوعي، مثل تصوير الأوعية الدموية المقطعي بالرنين المغناطيسي (magnetic resonance tomographic angiography) و ذلك للحصول على صورة مثالية لعصب الثلاثي التوائم والأوعية الدموية المجاورة له.

العلاج الجراحي لعصب الثلاثي التوائم– العوامل التي يتعيَّن النظر فيها:

- **الراحة من الألم.**
- **معدلات النكسة وكيفية علاجها.**
- **المضاعفات: المَرَضية والوفيات.**

ألم العصب اللساني البلعومي

يشبه ألم العصب اللساني البلعومي، الألم العصبي الذى يُصيب العصب الثلاثي التوائم، ولكنه أقل شيوعًا بكثير. والألم له الطبيعة نفسها، كما في ألم العصب الثلاثي التوائم، ويُشعَر به أحادي الجانب في البلعوم الفموي، وأحيانًا يكون مع الألم الرجيع إلى الأذن بالجانب نفسه. ومع أن المكون الأساسي للألم، يُوصف بأنه (كما في ألم العصب الثلاثي التوائم) ذو طبيعة طاعنة أو مندفعة.

openkan.com

جدول (١٥,٦). العلاج الجراحي المستخدم حاليًّا لألم العصب الثلاثي التوائم.

العلاجات الجراحية	الإجراء	المَرَضية	النكسة بعد الجراحة (المتوسط)
طرفي:			
المعالجة القرِّية (العلاج بالتبريد)، واستئصال العصب، والحَقْن بالكحوليات	إما أن يتم تكشُّف فرع العصب الطرفي مباشرة، أو يتم حقنه تحت تأثير المخدر الموضعي.	منخفضة وموضعية، أساسًا تكون عبارة عن فقد حسي طفيف.	حتى سنة واحدة
عقدة غاسر:			
تردد إشعاعي، وتخثير حراري.	قصيرة المفعول، ويُستخدم التخدير العام المتقطع لاختراق الثقبة البيضوية. وتتعرَّض عقدة غاسر لدورات من الأذى الحراري (تتراوح درجة الحرارة من ٦٠–٨٠ درجة حرارة مئوية).	التلف الحسي للعصب الثلاثي التوائم، وخدْر مؤلم (نادرًا)، وتخدير بالقرنية (مع المخاطر المترتبة على التهاب القرنية). معدل المَرَضية منخفض.	من ٣–٥ سنوات
حقن الغليسيرول	يمكن استخدام مخدر موضعي (± مهدئ). و يُملأ تجويف ميكيل بالغليسيرول.	ضعف الحس في منطقة الثلاثي التوائم.	حتى ٣ سنوات
انضغاط مِجهري (انضغاط بالوني) الحفرة الخلفية	يُستخدم مخدر عام كامل، وتنضغط عقدة غاسر بواسطة بالون لثوانٍ معدودة.	قد ينطوي ضعف الحس على مشاكل، وتُصاب المكونات الحركية غالبًا.	٣–٥ سنوات
تخفيف الضغط عن الأوعية الدموية الدقيقة	يُستخدم تخدير عام كامل، ويتم تحريك كل الأوعية الممتدة على العصب الثلاثي التوائم عند نقطة الدخول إلى القِحف جانبًا أو نزعها.	قد يُلحق ضررًا في العصب القِحفي الثامن. وتم تسجيل معدلات الوفيات حتى ٠,٧ ٪. والمَرَضية الخطيرة ١٠ ٪.	٨ سنوات
الجراحة الإشعاعية عن طريق التوجُّه اللمسي	يمكن استخدام مخدر موضعي (± مهدئ). وباستخدام تقنيات التوجُّه اللمسي، يتم تحديد الحفرة الخلفية ثم تُوجَّه سكينة غاما عند جذر العصب الثلاثي التوائم القريب من الجسر (pons) في جذع المخ.	تأثيرات الإشعاع طويلة الأجل غير معروفة، وفقد حسي ذو بدء بطيء.	المتوسط ١٥ شهرًا.

*تم تعديلها بتصريح من:
T.J. Nurmikko, Pain Research Institute, University of Liverpool, and P.R. Eldrige. The Walton Centre for Neurology and Neurosurgery NHS Trust, Liverpool, UK.

ومن الممكن أيضًا أن يتبقى وجع ملموس، قد يستمر لبعض الوقت بعد الهجمة الانتيابية، وهو أقل شِدة من ألم العصب الثلاثي التوائم. وينشأ الألم غالبًا عن طريق البلع، أو المضغ، أو السعال، وقد يكون هناك منطقة زناد. وقد وُصف اضطراب نظم القلب والغَشي أثناء النوبات. وقد يكون ألم العصب اللساني البلعومي ثانويًّا لورم الحلق، أو الحفرة القِحفية الخلفية، أو الثقبة الوداجية (jugular foramen).

ألم العصب اللساني البلعومي حالة نادرة تتميَّز بألم انتيابي حاد ورامح، يُصيب جانبًا واحدًا من الحلق وقاعدة اللسان، ويُستهدف عادة بواسطة البلع.

ويكون العلاج لهذا الألم مماثلاً لألم العصب الثلاثي التوائم. والهدأة التلقائية لهذه الحالة ممكنة، ولكن يكون خط العلاج الأول عادة بأدوية مضادات الاختلاج، ويكون

كاربامازابايين ناجحًا في معظم الحالات. وتساعد الاستجابة الإيجابية له في التأكد على التشخيص، وقد يكون التدخل الجراحي مطلوبًا، إذا أصبح العلاج بالأدوية غير فعَّال، أو منطوٍ على مشاكل.

الألم العصبي التالي للهربس

الهربس النطاقي (القوباء النطاقية) (Hepes zoster) يعدُّ استنشاطًا للعدوى الخافية بالفيروس النطاقي الحماقي (varicella zoster virus) (انظر الفصل ٤). ويُستنشط هذا الفيروس عادة مرة واحدة مدى العُمْر، وأقل من ٥ في المائة من المرضى يتعرضون للهجمة الثانية. ومن المحتمل بشكل أكثر أن يحدث الهربس النطاقي مع تقدم العُمْر، وفي المرضى ذوي المناعة المكبوتة للخلايا التائية. وقد يحدث الألم قبل نوبة الهربس النطاقي الوجهي أو أثناءها أو بعدها. وقد يكون الإنذار الأول لمثل هذه النوبة ألمًا حارقًا شديدًا، يحدث في منطقة الطفح، ويستمر حوالي يومين قبل ظهور الحويصلات. ويكون الألم في الهربس النطاقي أكثر شِدة بكثير من ألم الهربس البسيط، الذي ترجع فيه الأعراض بدرجة كبيرة إلى العدوى الثانوية للحويصلات المتمزقة (الفصل الرابع). وعادة يختفي الألم المرتبط بالهربس النطاقي في غضون أسابيع، بينما يدوم الألم الشبيه بالألم العصبي لدى بعض المرضى لمدة شهور، أو حتى سنوات. ويكون للألم مكوِّن حارق شديد، وقد يصاحبه أحاسيس طاعنة، ويكون نمطيًّا على شكل فرط التألم، أو المذل، والألم المُحرِّض المُخالف، ويتبع توزيع الألم، توزيع العدوى الأصلية. ويميل هذا الألم العصبي إلى أن يكون مستديمًا، على عكس الألم الانتيابي. وإضافة إلى ذلك، يكون للألم علامات مميزة أكثر تنوعًا عن ألم العصب الثلاثي التوائم. ومعدل حدوث ألم العصب الثلاثي التوائم التالي للهربس غير مؤكد، ولكن المرضى المسنين المصابين بالهربس النطاقي، يكونون عرضة - بصفة خاصة- لألم العصب التالي للهربس، حيث إن ٦٠ في المائة من المرضى فوق سن٦٠ يُصابون بهذه الحالة الضائقة. وهذا غير شائع نسبيًّا للمرضى تحت عُمْر ٥٠ عامًا. ويُعتقد أيضًا أن مخاطر ألم العصب التالي للهربس تكون أعظم، إذا كان المرضى يعانون من ألم شديد أو طفح أثناء الطور الحاد، وأيضًا إذا كان المرضى يعانون من الألم قبل ظهور الطفح.

ويمكن أن يكون علاج ألم العصب التالي للهربس المؤكَّد صعبًا جدًّا؛ لأنه غالبًا يكون مُقاومًا للعلاج. ولا يبدو أنه يستجيب لكاربامازابايين (carbamazepine)، وقد تكون المسكنات أيضًا غير فعَّالة. وقد أُيِّد العلاج بالستيرويدات، ولكن لا يوجد هناك أي تأكيد على فاعليتها في منع ألم العصب التالي للهربس. وتحقّق مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات (tricyclic antidepressants) الراحة من الألم لبعض المرضى، وقد وُضّح أن جابابينتين (gabapentin)- من خلال التجارب السريرية- فعَّال في علاج ألم العصب التالي للهربس. وقد وُجد أن العلاج بمضادات الفيروس، بالمشاركة مع مضادات الاكتئاب في المرضى المسنين في الطور الحاد؛ يُقلّل من مدة ألم العصب التالي للهربس وانتشاره بنسبة كبيرة تصل إلى ٥٠ في المائة. ويُعتقد أن استخدام التنبيه الكهربي عن طريق الجلد فعّال لدى بعض المرضى.

وتُقدّم الوقاية الأمل الأفضل، لمنع الألم الموجِع لألم العصب التالي للهربس، الذي يصيب العصب الثلاثي التوائم. وينبغي معالجة كل مرضى الهربس النطاقي بِحَسْم، باستخدام العوامل المجموعية المضادة للفيروس، مثل أسَيكلوفير (aciclovir). وينبغي البدء بذلك في أقرب وقت ممكن، بعد بدء الطفح. وقد أقرَّت التجارب السريرية متعددة المراكز، أن العلاج الناجح للعدوى الأَولية يُقلّل بشكل كبير من مخاطر ظهور ألم العصب اللاحق.

obeikandi.com

- **الألم– قد يسبق أو يصاحب– ويدوم بعد الطور الحويصلي الحاد للهربس النطاقي.**
- **يُسمَّى الألم المستديم بعد الهربس النطاقي بألم العصب التالي للهربس.**
- **عامل الخطر الأساسي يتمثل في تقدم العُمْر.**

ألم الاعتلال العصبي الثانوي للحالات الأخرى

قد يكون كل من الألم الوجهي والصداع عرضَيْن لتنوع واسع من الآفات داخل القِحف وخارجه، مثل الأورام، أو الشواذ الوعائية الدموية. وقد ينشأ الألم الوجهي من خلال تضمُّنه، إما عن طريق الضغط ، وإما بواسطة الارتشاح الخبيث لعقدة الثلاثي التوائم في الفروع الطرفية للعصب. والأورام الأَولية والثانوية داخل القِحف، والأورام البلعومية الأنفية، وأمهات الدم، والأكياس البشرانية الدماغية؛ تعدُّ من بين الآفات المدونة الشائعة المسببة لألم الوجه. وبالمثل، فإن الآفات الناتجة بعد أي نوع من ضرر الدماغ، قد تكون مصدرًا للألم الوجهي. وفي حالات من ذلك النوع، نادرًا ما يكون الألم الوجهي فقط ، هو العرض الوحيد، مع أنه قد يكون المبكر الجيد. وينبغي الاشتباه الفوري حول احتمال آفة من ذلك النوع عند إصابة الأعصاب القِحفية الأخرى، ووجود أعراض غير معتادة، مثل التخدير أو المذل.

وهناك سبب آخر للألم الوجهي، ينشأ من ضغط العصب الثلاثي التوائم، ويحدث ذلك في داء باجيت (Paget`s disease)، الذي يُصيب قاعدة الجمجمة (انظر الفصل الثامن عشر). ويكون من الشائع وجود بعض درجات من الغلق للثقوب، وقد يؤدِّي هذا إلى تضييق على العصب، مع تنوّع في أعراض الألم. ويؤدي السبب الإضافي، وهو رضح العصب الثلاثي التوائم في داء باجيت– والذي يمكن أن تتشوه فيه الجمجمة ككل– إلى ضغط على الجذر الحسي للعصب عند عبوره العظم الصخري (petrous bone). وغالبًا يُحاكي الألم ألم العصب الثلاثي التوائم، بالرغم من ذِكر المرضى لبعض الآلام المُوجعة أحيانًا. وقد يؤدي الضغط المماثل على العصب السمعي إلى الصمم، كما قد تؤدي التغيُّرات في الشوكة العنقية إلى ألم في المنطقة المزوَّدة بالأعصاب الحسية للضفيرة العنقية.

الشقيقة

(Migraine)

هناك أنواع عديدة من الشقيقة، والشرح الكامل لأنواعها المختلفة خارج نطاق طب الفم. وينبغي على طبيب الأسنان أن يكون مُلمًّا بأعراض الشقيقة، حيث يحضر أحيانًا المرضى المُصابون بالشقيقة أو الصداع العنقودي (ألم عصبي شقيقي) إلى عيادة طب الفم. ومع أن الشقيقة أساسًا عبارة عن صداع، فربما يكون لها مكوِّن وجهي أيضًا، وعادة يكون فوق الفك العلوي، وقد يتسبَّب ذلك في الإرباك. ويشكو المرضى في معظم الحالات من صداع شديد متقطع في طبيعته، وعادة يكون (ولكنه ليس ثابتًا) أحادي الجانب، ومن ثم يكون مصطلح الشقيقة صداعًا أحادي الجانب (hemicrania). وقد تستمر كل نوبة من الصداع عدة ساعات، أو حتى عدة أيام، وغالبًا تكون مصحوبة بأعراض متنوعة، مثل الغثيان واضطرابات إبصارية. ويكون هناك اضطراب مجموعي ملحوظ، ويحتاج العديد من المرضى إلى أخذ راحة في الفراش في غرفة مظلمة تمامًا، حتى انحسار النوبة. وفي الشقيقة التقليدية، يعاني المرضى من الأوْرَة (إدراك حسي) التي يكون عندها الصداع مسبوقًا بأعراض عصبية، وقد يحدث اضطرابات إبصارية، أو حسية، أو اضطرابات في الكلام، أو اضطرابات حركية، وتستمر حوالي ١٥ دقيقة عادة، ومع ذلك تُدرَك الشقيقة جيدًا أيضًا بدون الأوْرَة. وغالبًا فتاريخ الحالة– مع ما يصاحبها من اضطرابات– وكذلك الحدوث المتكرر في تاريخ العائلة؛ يُعطي إشارة قوية على طبيعة الحالة. وبعض المرضى يدركون العامل المؤدي للشقيقة، فأحيانًا يكون

obeikandl.com

الإجهاد، وأحيانًا أخرى تكون المادة الغذائية. وقد يحدث بدء الشقيقة في أي عُمْر، ولكن الأكثر شيوعًا في سِن المُراهقة، ولا يوجد أي أعراض بين النوبات في الشقيقة.

وبشكل عام، يُعزى سبب الشقيقة إلى عدم الاستقرار في الشرايين القِحفية. وتكون استجابة الشقيقة إلى العلاج بالأدوية متنوعة، فالمسكنات البسيطة، وأدوية مضادات القيء، وبروبرانولول (propranolol)، وأرغوتامين (ergotamine)، يمكن أن تكون ناجحة. وينبغي أن يتمثَّل خط العلاج الدوائي الأول للطور الحاد في المسكنات البسيطة، مثل باراسيتامول، أو الأسبرين، أو أدوية مضادة الالتهاب اللاستيرويدية. وربما تكون أدوية مضادات القيء مفيدة لبعض المرضى، عندما يكون القيء مشكلة، ويكون إعطاء الأدوية عن طريق التحميلة مفيدًا عند هؤلاء المرضى. وقد تُعطى ناهضات ٥-هيدروكسي تريبتامين (ناهضات ٥-هيدروكسي تريبتامين ١، وسيروتونين)، مثل (سوماتريبتان أو المُسكنات الجديدة)، عن طريق الفم، أو داخل الأنف، أو تحت الجلد. وتاريخيًّا، كانت أكثر مجموعة أدوية انتشارًا في الاستخدام، هي تلك المشتقة من الآرغوت (ergot)، ومن الأفضل تجنُّبها الآن؛ نظرًا لتأثيراتها الجانبية القوية.

ويمكن أن يكون اتقاء الشقيقة ذا قيمة للمرضى الذين يعانون من نوبتين أو نوبات شديدة كل شهر. ومحصرات بيتا (beta-blockers)، مثل بروبرانولول (propranolol)، وناهضات ٥-هيدروكسي تريبتامين ١ (بايزوتيفين) (pizotifen)، قد تكون مفيدة. ويُستخدم عقار ميثايسرجايد (methysergide) فقط عرضيًّا، بسبب مخاطر التأثيرات الجانبية غير المرغوب فيها، والتي تتضمَّن واحدة خطيرة جدًّا، وهي التليف خلف الصفاق (retroperitoneal fibrosis). وينبغي أن يُعطى ميثايسرجايد فقط تحت الإشراف بالمستشفى. وقد يُوضع في الاعتبار تناول فالبروات الصوديوم (sodium valprote)، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. كما تم استخدام كلونيدين (clonidine) لضبط نوبات الشقيقية، وهو عقار يُستخدم بجرعات كبيرة لعلاج فرط ضغط الدم (hypertension)، ويكون له تأثير في استقرار الأوعية الدموية. ولهذا الدواء تأثيرات جانبية ذات أهمية، فقد يفاقم الاكتئاب، ويُسبِّب الأرق، وهو الآن غير مُوصٍ به بشكل روتيني للوقاية من الشقيقة.

ويقوم تشخيص الشقيقة على أساس التاريخ الإكلينيكي، ويكون الفحص العضوي للمريض والتقييم الحذر للتاريخ المَرضي مطلوبًا؛ لاستبعاد الأسباب الأخرى للصداع. ولا يوجد أي برهان على أن المشاكل الإطباقية للأسنان تُسبِّب الشقيقة. وقد أُيِّد استخدام جبيرة إطباقية من الأكريليك ليلًا من قِبل بعض الأطباء، والتي تزيد بشكل كبير من البُعد الإطباقي العمودي؛ وذلك لمساعدة المرضى الذين يستيقظون صباحًا بالشقيقة، أو الذين تنشأ عندهم الشقيقة سريعًا بعد الاستيقاظ، والنتائج على ذلك غير مبنية على أساس التجارب العشوائية ذات الشواهد. وقد يكون الألم من النوع الشقيقي مصاحبًا أيضًا لمتلازمة ملكيرسون روزينثول (Melkersson-Rosenthal syndrome) (انظر الفصل الثاني عشر).

الصداع العنقودي

(Cluster headache)

(ألم عصبي شقيقي دوري/ ألم عصبي شقيقي)

ربما تبدو هذه الحالة أيضًا، والمرتبطة بشكل كبير بالشقيقة، مشكلة تشخيصية في عيادة طب الفم أو جراحة الأسنان. ويُعتقد أن سببيات هذه الحالة، تتمثَّل في التغيُّرات الوعائية الدموية عند قاعدة الجمجمة. وبينما يبدو أن العديد من ملامح الألم متشابهة مع تلك التي في الشقيقة التقليدية، فهناك اختلافات مسرودة في (جدول ١٥,٧). وأكثر المرضى المُصابين من الفتيان الذكور، وقد يعانون من ١-٨ نوبات في اليوم. وقد تُهيِّئ الكحوليات ومُوسعات الأوعية الدموية للنوبات، ولكنها تحدث تلقائيًّا أيضًا. والصداع العنقودي أقل شيوعًا من الشقيقة. وفي أثناء الهجمة، يكون هناك نوبات متكررة من الألم، وتستمر عادة

حوالي ٣٠ دقيقة في مدتها، ويكون بينهما فاصل متنوع. ويكون الألم عادة متمركزًا خلف العين وحولها، مع امتداده إلى الفك العلوي، والمنطقة الصدغية. ويستمر الألم لمدة ٣٠-١٢٠ دقيقة، ويكون عادة مصحوبًا بتغيُّرات في الأوعية الدموية. وتوجد غالبًا أعراض لا إرادية، مثل بكاء العين على الجانب المُصاب، واحتقان الأغشية المخاطية الأنفية. وتحدث النوبات غالبًا على فترات منتظمة ليلاً، وتؤدي إلى اضطراب النوم، ومن ثمَّ يكون الاسم المستعار ألم الساعة المنبهة. ويمكن أن تحدث الهدأة تلقائيًّا بعد شهور عديدة من النوبات. وقد أدَّت مجموعة نوبات الألم على مدى الفترة القصيرة، والمتبوعة بفترات طويلة من الهدأة، إلى تبني مصطلح "الصداع العنقودي". وبعض المرضى لا يُصابون بمثل تلك النوبات، وحينئذ يتم تشخيصهم بأن لديهم صداعًا عنقوديًّا مزمنًا.

جدول (١٥,٧). ملامح المُقارنة بين الشقيقة والصداع العنقودي.

الشقيقة	الصداع العنقودي
العمر والجنس:	
أكثر شيوعًا بنسبة طفيفة في الإناث، ويمكن أن يحدث عند أي عُمْر، ويكون أساسًا في العقدين الثاني والثالث.	أساسًا الفتيان الذكور > ٢٠عاماً.
الموضع:	
عادة العضلات أحادية الجانب الصدغية، أو القذالية، أو الجبهية.	أحادية الجانب، وحجاجية المنشأ.
طبيعة الألم ومدة الحِدة	
خافق بشدة ونابض، من ساعات – أيام) (٤-٧٢ ساعة) عادة في وقت النهار. حتى ١٢ نوبة بالشهر.	على شكل نوبات، وثاقب بِشدة كل ٣٠-١٨٠ دقيقة، غالبًا بالليل. ويمكن أن تحدث نوبات عديدة في اليوم.
العوامل المُهيِّئة:	
الإجهاد، والمواد الغذائية عند بعض المرضى.	الكحوليات عند بعض المرضى.
الأعراض البادرية:	
طور الأوْرَة. الأعراض العصبية الشائعة، مثل (اضطرابات إبصارية، ومشاكل الكلام، والخدر).	طور الأوْرَة غير شائع
الملامح المصاحبة:	
التاريخ العائلي شائع، وقد يكون هناك حساسية للضوء، والروائح، والضوضاء. والقيء شائع.	التاريخ العائلي غير شائع. تغيُّرات وعائية دموية في الجانب المُصاب (دمعان /احتقان أنفي).
العلاج:	
تجنُّب العوامل المُهيئة. أدوية مضاد الالتهاب اللاستيرويدية، وناهضات ٥-هيدروكسي تريبتامين ١.	تجنُّب العوامل المُهيئة. سوماتريباتان، وأدوية مضاد الالتهاب اللاستيرويدية.

ويستجيب الألم غالبًا لأدوية مضادات الشقيقة بالطريقة نفسها، كما في الشقيقة نفسها، ولكن يُعتقد أن الحَقْن تحت الجلد بسوماتريباتان (sumatriptan)، يعدُّ العلاج الأمثل أثناء النوبة. وهناك مقاييس تشخيصية واضحة جدًّا لهذه الحالة، والتي أدَّت إلى عمل تجارب- عالية الجودة عشوائية ذات شواهد ومتعددة المراكز- من أجل العلاج.

سِمات الصداع العنقودي

- نسبة الذكور إلى الإناث، ٩:١.
- الأرجحية للفتيان الذكور.
- نوبة من الألم الشديد، مدتها من ٣٠ دقيقة إلى ٣ ساعات، ويمكن أن تُوقظ المريض من النوم.
- تتمركز فوق المنطقة الحجاجية.
- مصحوبة بدمعان واحتقان أنفي.
- ربما تستثير الكحوليات الألم.

obeikandi.com

الصداع التوتري

(Tension-type headache)

الصداع التوتري، هو المصطلح المُوصى به الآن، لوصف مجموعة متنوعة من الحالات غير المعرّفة جيدًّا، مثل صداع التوتر النفسي، وصداع الإجهاد، وصداع الانقباض العضلي، وهي مجموعة شائعة جدًّا. ويتسم الصداع التوتري بألم، يتراوح من طفيف إلى متوسط في حِدته، ويكون ثنائي الجانب في توزيعه. وتكون الشكوى هي إحساس بالإحكام، أو التضييق، أو الضغط. وربما يُصيب الألم العضلات الجبهية، والقذالية، والصدغية. وقد يكون الصداع على شكل نوبات، أو مزمنًا، ولا يكون مصحوبًا باضطرابات مجموعية أو علامات عصبية.

وأسباب الصداع التوتري غير مفهومة جيدًا، ويُعتقد أن التوتر العضلي والتوتر النفسي عاملان مهمان. والعمل الشاق، والتعب، والنوبات الانفعالية، والحيض؛ تعدُّ من العوامل المُهيئة الشائعة. وجدير بالملاحظة، أن الصداع التوتري عادةً لا يُوقظ المريض من النوم. وربما يعاني المرضى المصابون بالصداع المرتبط بالأدوية، أو فرط الضغط ، أو فرط الدرقية من أعراض مشابهة. وربما يعاني قليل من المرضى من كلا النوعين من الصداع التوتري والشقيقة.

ويتضمَّن علاج الصداع التوتري، تجنُّب العوامل المسببة للألم مثل الكحوليات، مع تحسين نظام النوم، أو عمل المزيد من التمرينات، أو الأخذ بتقنيات الاسترخاء، أو أي إستراتيجيات للتعايش مع التوتر النفسي. ويتكوَّن العلاج بالأدوية من الاستخدام المتقطع للمسكنات البسيطة، مثل الأسبرين، أو باراسيتامول، أو أدوية مضاد الالتهاب اللاستيرويدية. ويجب تجنُّب الأدوية التي تحتوي على الكافيين. ويحدث لمعظم مرضى الصداع التوتري الانتيابي نوبات قصيرة المدة، ويستجيبون بشكل جيد للمسكنات البسيطة. ويظلُّ لدى حوالي ٢- ٣ في المائة من المُعانين صداع ناتج عن التوتر المزمن، مع أعراض مُستعصية ومُقاوِمة للمسكنات البسيطة. وبعض هذه الأعراض يتفاقم بالاستخدام المفرط للمسكنات. وقد يكون استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مفيدًا، وينبغي أن تُستخدم بالاقتران بالنهج المَعرفي والسلوكي.

الألم الوجهي: حالات متنوعة

حالتان ينبغي ذكرهما؛ لأنهما يمكن أحيانًا قليلة جدًّا أن يُسبِّبا ألمًا وجهيًّا، وهما التهاب الشريان الصدغي (temporal arteritis)، والمتلازمة الأذنية الصدغية (auriculotemporal syndrome) (متلازمة فراي) (Frey`s syndrome). ومن الضروري أن يكون طبيب الأسنان متطلعًا على الآفة الأُولى؛ لأن التشخيص المبكِّر يمكن أن يمنع المضاعفات الخطيرة.

التهاب الشريان ذي خلايا العرطلة (Giant cell arteritis)

(التهاب الشريان الصدغي /التهاب شرايين القِحف)

(temporal arteritis/cranial arteritis)

التهاب الشريان ذي خلايا العرطلة (ذي الخلايا العملاقة)، هي حالة التهابية تُصيب نمطيًّا جدران الشرايين متوسطة الحجم. ويصبح تجويف الوعاء الدموي منقوصًا، ونتيجة لذلك، فقد يحدث نقص التروية الدموية للأنسجة المزوّدة في الشريان. ويمكن أن يصيب التهاب الشريان ذي خلايا العرطلة أجزاء عديدة من الجسم (ألم العضلات الروماتزمي) (polymyalgia rheumatica)، ولكن تُصاب الرأس غالبًا. وعندما يتورَّط الشريان الصدغي، فتُسمَّى الحالة حينئذ بالتهاب الشريان الصدغي، أو التهاب شرايين القِحف.

التهاب الشريان الصدغي (Temporal arteritis)

يتمركز موضع الألم في التهاب الشريان الصدغي في المناطق الصدغية والجبهية، ويتطابق هذا مع المنطقة المزوَّدة بالشريان الصدغي السطحي. ويُوصف الألم بوجع نابض شديد، وأحيانًا يُوصف أيضًا بالألم الانتيابي. وقد تكون

المنطقة المصابة مؤلمة جدًّا للمس فيما بين نوبات الألم، وقد يكون الشريان الصدغي متعرجًا وبارزًا. وقد يبدأ الألم مع الأكل، ونتيجة لذلك فقد يترتَّب عليه فقدان الوزن. ويرجع الألم المضغي إلى نقص التروية الدموية للعضلات، وينبغي تفريقه من اضطرابات الألم للمنطقة الفكية الصدغية. ويعاني معظم المرضى أيضًا- وهم من فئات كبار السن، وبشكل سائد من الإناث- من توعُّك عام، وألم منتشر في العضلات والمفاصل. وقد يكون هناك أيضًا تدهور في الإبصار، بسبب تضمّن شريان الشبكية، ونقص التروية الدموية للعصب البصري المترتبة على ذلك. والإمراض الأساسي في هذه الحالة، هو التهاب متعمم مع ترشح خلايا العرطلة (الخلايا العملاقة). ويمكن أن تُصيب هذه الحالة الأوعية الأخرى في الرأس والرقبة، مثل (التهاب الشريان اللساني).

ومن الهام إدراك هذه الحالة وعلاجها مبكرًا كلما أمكن، وإلا فقد تترقى مسبِّبة ضررًا غير قابل للعكس للعصب البصري، كما ينبغي تقييم المرضى على أساس طارئ. ويتم عمل التشخيص على أسس سريرية، ويعتمد إلى حدٍّ كبير على الشريان المتضخم، والمؤلم بشكل واضح، وعلى ارتفاع سرعة تثقل الكريات الحمراء (erythrocyte sedimentation rate) (ESR). وترتفع سرعة تثُّقل الكريات الحمراء بشكل ملحوظ (فوق ١٠٠ مل متر في ساعة واحدة)، وربما ترتفع أيضًا مستويات البروتين المتفاعل C (C reactive protein) (CRP). وفعليًّا، تَستبعد سرعة تثقل الكريات الحمراء الطبيعية التهاب الشريان الصدغي. ويعتمد التشخيص النهائي على وجود العملية الالتهابية النمطية للخلايا العملاقة في خزعة الوعاء الدموي المصاب، والذي ينبغي عملها فقط في المرضى الذين لديهم ارتفاع في سرعة تثقُّل الكريات الحمراء. ويكون العلاج بجرعات عالية من الستيرويدات المجموعية بحوالي ٦٠ ملجم بريدنيزولون (prednisolone) يوميًّا، حتى اختفاء الأعراض. ويتم المحافظة على جرعة منخفضة من الستيرويدات حتى سنتين.

سِمات التهاب الشريان (خلايا العرطلة) الصدغي.

- يُصيب المرض الوعائي الدموي بشكل أساسي الناس المُسنين، ومتوسط العُمْر ٧٠ عامًا.
- ألم مفاجئ البدء، أو صداع يمكن أن يبتدئ أو يتفاقم بواسطة الأكل.
- العَمى وهو مُضاعفة معروفة، ومن المهم أن يتم تشخيص هذه الحالة وعلاجها فورًا.
- تكون سرعة تثقل الكريات الحمراء مرتفعة بشكل شاذ، وقد توضِّح الخزعة الشريانية التهابًا شريانيًّا ورميًّا حُبيبيًّا (granulomatous arteritis).
- التشخيص التفريقي: اضطرابات بالمفصل الفكي الصدغي، والتهاب العصب الثلاثي التوائم.
- يُعالج بجرعات عالية من الستيرويدات المجموعية.

المتلازمة الأذنية الصدغية (Auriculotemporal syndrome)

(متلازمة فراي) (Frey`s syndrome)

تنتج المتلازمة الأذنية الصدغية من ضرر العصب الأذني الصدغي، حيث إنه يمرُّ من خلال مادة الغدة النكفية في الجزء الأول من مجراه. وهي حالة نادرة، وربما تكون نتيجة نطاق واسع من العمليات المَرضية (الباثولوجية) داخل الغدة، مثل العمليات الالتهابية، والورمية، أو الرضح الجراحي (ألم عصبي تالٍ للذوق) (postgustatory neuralgia). وتتكوَّن الأعراض من حُمامي وتعرُّق في مجال التوزيع الجلدي للعصب الأذني الصدغي. وتظهر الأعراض عادة نتيجة الاستجابة لمنبهات التذوق، وتكون الحالة مصحوبة - في١٠ في المائة تقريبًا من الحالات- بألم في توزيع العصب الأذني الصدغي. ويُوصَف الألم غالبًا بأنه حارق في طبيعته، وقد يكون هناك خدْر أو مذل في الجلد في المنطقة المصابة بين نوبات الألم. وقد اُفترِض مصطلح "ألم عصبي تالٍ للتذوق" لذلك الألم، ولم يتم تحديد علاج فعّال لهذه الحالة.

ومتلازمة فراي مُضاعفة معروفة ناتجة من الرضح الجراحي، مثل (جراحة الغدة النكفية، وجراحة المفصل الفكي

obeikandl.com

الصدغي)، ويمكن أيضًا أن تكون نتيجة الرضح العَرضي، والعدوى الموضعية، والخلل الوظيفي السمباثاوي، والمَرَضيات النكفية. وبناءً على ذلك، فمن الواضح أنه بمجرد التعرف إلى الحالة، سيعتمد تأكيد التشخيص والعلاج اللاحق على الفحوصات الكاملة للغدة النكفية المُصابة. وقد يكون الاستخدام الموضعي لأدوية مانع التعرُّق مفيدًا في ضبط التعرُّق.

الاضطرابات العصبية

(Neurological disturbances)

نقائص العصب الوجهي

ربما تنتج نقائص العصب القِحفي السابع (العصب الوجهي) من سبب مركزي أو طرفي، وينبغي أن يتم التمييز بين هذين النوعين من الآفات العصبية.

سِمات متلازمة فراي (Frey`s syndrome).

- بيْغ (تورُّد) وتعرق في مجال التوزيع الجلدي للعصب الأذني الصدغي، تالٍ لمنبهات التذوق.
- الألم غير شائع (أقل من ١٠ في المائة من الحالات).
- الرضح، والعدوى الموضعية، والجراحة الموضعية، وخلل الأداء الوظيفي السمباثاوي، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي؛ كلها عوامل سببية ممكنة.

١- *آفات العصبون الحركي العلوي (upper motor neurone lesions)* ، هي آفات مركزية تُصيب الألياف العصبية المسؤولة عن الحركة في العضلات الوجهية السفلية. وفي مثل هذه الآفة، تضعف العضلات فوق الفك العلوي والفك السفلي، ولكن لا تتأثر تلك التي في الجبهة؛ وذلك لأن الأعصاب الحركية لعضلات الجبهة تُنظَّم بواسطة كل من نصفي كرة المخ، مع حرية عبور الألياف العصبية. وعلى العكس، تُعصّب عضلات الجزء السفلي من الوجه فقط بأعصاب مُنضبطة في نصف الكرة المقابل. وفي هذه الآفات، ربما لا تتأثر الحركات الانفعالية للوجة بالكامل؛ لأن هذه الحركات تبتدئ بالعصبونات الحركية العلوية المنفصلة عن الألياف الحركية الهرمية التي تزوِّد العضلات الوجهية لعمل الوظيفة الطبيعية.

٢- *آفات العصبون الحركي السفلي (lower motor neurone lesions)* تُصيب كلًّا من العضلات الوجهية العلوية والسفلية. و تُصاب الجبهة والوجه على حدٍّ سواء. وفي هذه الحالات، تكون العملية المَرضية طرفية للنواة الحركية الوجهية في منطقة الجسر. والسبب الأكثر شيوعًا لهذا الشلل، هو شلل بل (Bell`s palsy) (مشروح في الأسفل). وقد يكون تنوُّع الآفات الواسع الذي يُصيب العصب الوجهي تحت قاعدة الجمجمة (ويشمل بعضًا مما يُصيب الغدة النكفية)؛ هو المسؤول عن الأعراض. وتُفقد الحركات الانفعالية أيضًا في المنطقة؛ لأن الآفة المسؤولة تُصيب الممر الشائع لكل الألياف الطرفية.

ويُقسّم الشلل الطرفي إلى آفات داخل العظم الصخري، وآفات خارج الصخري. وعندما تُصيب الآفة العصب الوجهي في المسلك داخل الصخري، فحينئذ يُصاب حبل الطبل والعصب الركابي أيضًا؛ ولذا فقد يكون هناك خلل في السمع (احتداد السمع) (hyperacusia)، وفقدان للتذوق في الثلثيْن الأماميْن من اللسان في الجانب المُصاب. ولأن حبل الطبل يخرج من داخل القناة الوجهية عند قاعدة الجمجمة، فإن الآفات التي تحدث أسفل ذلك الجدار لن تُؤثر على حاسة التذوق والأعصاب المسؤولة عن الوظيفة الحركية للوجه موضحة في الجدول (١٥,٨).

التخدير والمذل (Anaesthesia and paraesthesia)

قد يكون لبدء التخدير أو المذل- سواء كان بطيئًا أم فجائيًّا- في توزيع العصب، أهمية موضعية أو متعممة، ويسرد جدول (١٥,٩) الحالات الممكنة التي قد تُسبّب التخدير أو المذل الفموي الوجهي.

obeikandi.com

جدول (١٥,٨). الأعصاب المسؤولة عن التحكم الحركي للرأس والرقبة.

الرقم	العصب القحفي	العضلات
V (٥)	الثلاثي التوائم	العضلات المضغية
VII (٧)	الوجهي	عضلات التعبير الوجهي
IX (٩)	اللساني البلعومي	اللهاة، وشراع الحنك، وقاعدة اللسان، والبلعوم
XI (١١)	الإضافي	العضلة شبه المنحرفة
XII (١٢)	تحت اللسان	اللسان

سِمات مرض العصبون الحركي العلوي

- آفة مركزية تُسبِّب شللاً جزئيًّا للعضلات الوجهية.
- تكون العضلات الوجهية السفلية التي على الجانب المقابل للآفة، مشلولة.
- يكون للعضلة الدويرية العينية والعضلات الجبهية، وهما يستقبلان أليافًا قشرية ثنائية الجانب؛ وظيفة محدودة.
- لا يتأثر مُنعكَسْ الطَرْف وحركة عضلات الجبهة.

سِمات مرض العصبون الحركي السفلي

- تُؤثّر الآفة على العصب الوجهي على طول مساره داخل العظم الصخري أو خارجه.
- يكون هناك شلل في العضلات الوجهية حول العين، والجبهة، والفم، ويتم فقدان مُنعكَسْ الطَرْف، ويكون سيلان اللعاب شائعًا.
- ربما يكون هناك خلل في التذوُّق أو السمع، إذا كان موضع الآفة داخل المسلك، داخل العظم الصخري.

أسباب الشلل الوجهي.

أسباب داخل القِحف	أسباب خارج القِحف (تشمل الآفات داخل العظم الصخري)
الحوادث الوعائية الدموية الدماغية	الوضع الخاطئ للتخدير الموضعي
الأورام الدماغية	علاجية المنشأ (تتبع قطع الورم)
الأمراض العصبية	ورم الغدة النكفية
التعدد المتصلب	متلازمة هيرفورد (Heerford`s syndrome)
إصابات الرأس	متلازمة ميلكرسون- روزينثال (Melkersson-Rosenthal syndrome) (الفصل الثاني عشر)
متلازمة رامسي هانت (Ramsey Hunt syndrome) (الفصل الرابع)	

جدول (١٥,٩). الحالات التي ربما تتسبَّب في التخدير أو المذل الفموي الوجهي.

موضعية	مجموعية
التخدير الموضعي	التصلب المتعدد
الرضح	آفات داخل القِحف
ارتشاف حرف عظم السنخ مؤديًا إلى تكشُّف الثقب الذقني	فرط التهوية/ التكزز المداواة نفسي المنشأ
العدوى (التهاب العظم والنقي، الهربس النطاقي)	
الأورام الخبيثة	

تتضمَّن الأسباب الموضعية لتخدير فروع العصب الثلاثي التوائم، الرضح المباشر للعصب (كما في حالة الكسور، والقلع الرضحي، وقطع العظم الانشطاري السهمي)، والضغط على العصب بواسطة جسم غريب، مثل (جذر السن، أو دواء نفق جذر السن)، والتغيُّرات الالتهابية المرتبطة بالعصب (خاصة التهاب العظم والنقي)، والأورام التي تنتهك العصب. وتتضمِّن الحالات العصبية المتعممة بشكل أكبر- والتي يمكن أن تُصيب العصب الثلاثي التوائم بهذه الطريقة- حالات التصلب المتعدد، والاعتلال العصبي لداء النسيج الضام المختلط (الفصل الحادي عشر). وقد تحدث تغيُّرات مشابهة نتيجة لتنوع الآفات التي تملأ تجاويف داخل القِحف، مثل ورم العصب السمعي (شكل ١٥,٢).

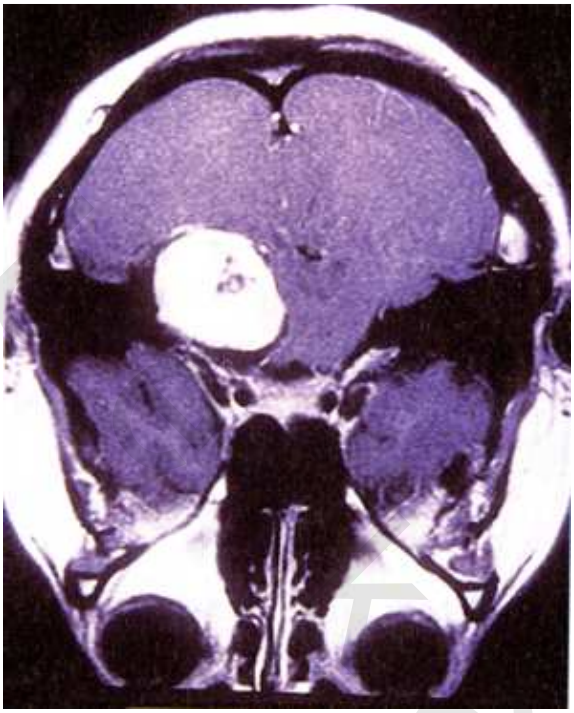
obeikandl.com

قد يكون هناك مدى من التغيُّرات العصبية الشاذة التي تُصيب الوجه والفم، وتنتج هذه التغيُّرات بعد الحادثة الوعائية الدموية الدماغية.

وقد يكون هناك مدى من التغيُّرات العصبية الشاذة التي تُصيب الوجه والفم، وتنتج هذه التغيُّرات بعد الحادثة الوعائية الدموية الدماغية. ومن بين الأكثر صعوبة في مُعالجته، تغيُّرات الحس، واستقبال الحس العميق، والضبط العضلي، والتي قد تجعل ارتداء بدلات الأسنان صعبة جدًّا على المريض المُصاب.

شلل بِل (Bell`s palsy)

يُعطَى اسم شلل بِل للشلل الحاد للعصب الوجهي. وعمليًّا، فدائمًا يكون أحادي الجانب، ولا يوجد له سبب واضح في الغالبية العظمى من الحالات. ويُعتقد أن بعض الحالات قد يكون لها سببيات فيروسية، ومن المحتمل فيروس الهربس البسيط. وشلل بِل يعدُّ أكثر آفات العصبون الحركي السفلي شيوعًا، وبحسب شدة الحالة، فقد تَضعُف بعض عضلات التعبير أو كلها على الجانب المصاب. ويمكن تحديد الشلل بسهولة، إذا سُئل المريض أن يبتسم، وأن يغلق العينيْن، وأن يثلم الحاجب. وقد يكون، أو قد لا يكون هناك فقدان في حاسة التذوق على الجزء الأمامي الجانبي من اللسان، على الجانب المُصاب، اعتمادًا على ما إذا كان حبل الطبل مشمولاً في الإصابة أو لا. ويشكو نصف المرضى تقريبًا من ألم شديد في منطقة الغُدة النكفية أو الأذن، وينتشر إلى الأسفل من الفك السفلي، مع أن ذلك- وبشكل عام- يسبق الشلل، أو يحدث في المراحل المبكرة من الحالة، ويكون المظهر الوجهي مميزًا. يمكن توضيح الوظيفة المُعتلة للعصب القِحفي السابع بواسطة سؤال المريض أن يبتسم، وأن يغلق عينيْه، وأن يحاول زمَّ شفتيه، ولن يكون الجانب المُصاب قادرًا على القيام بهذه الأفعال.



شكل (١٥,٢). مَسح بالرنين المغناطيسي يُوضّح كتلة في الزاوية المخيخية الجسرية (كانت شكوى المريض خدر بالوجه).

التشخيص والعلاج الفوري لشلل بِل، قد يمنع الخللَ الوظيفي والجمالي.

ويعدُّ المزج بين الستيرويدات المجموعية وأسَيْكلوفير (aciclovir)، واحدًا من أنظمة العلاج الحالية المُوصى بها لعلاج شلل بِل. ويُؤيَّد تناول مضادات الفيروسات لاحتمال وجود فيروس هربس البسيط كمُسبِّب للحالة. ويُعطى أسَيْكلوفير بجرعة من ٤٠٠ ملجم أربعة مرات يوميًّا، حيث تُؤخذ الستيرويدات بجرعات عالية، بحوالي ٦٠ ملجم من بريدنيزولون يوميًّا لمدة ٥ أيام، وحينئذ تُختزل الجرعة على الفترة نفسها من الزمن، ويكون ذلك نظامًا منطقيًّا. والحكمة من وراء ذلك الإجراء غير مبرهنة، ويُعتقد أن الستيرويد قد يكون ذا ميزة، عن طريق تقليل الوذمة حول العصب الوجهي. وقد اقترح بعض الباحثين أنه يجب استخدامه في ٢٤-٧٢ ساعة الأُولى من شلل بِل. واقترح آخرون أنه يجب أن يُؤخذ فقط ، إذا لم يحدث شفاء تلقائي. ولا يُوجد برهان

قاطع ومُثبَت من التجارب العشوائية ذات الشواهد (المجموعة الضابطة)، بأن الستيرويدات أو العوامل المضادة للفيروسات، سواء أُخذت بمفردها أو بالمزج، تكون ذات فائدة طويلة المدى لمرضى شلل بِل. ومع ذلك، فَوِجهة نظر مؤلفي الكتاب، أنه إذا لم يكن هناك موانع ذات أهمية للمداوة بالستيرويدات، فينبغي البدء بعامل مجموعي مضاد للفيروس عند أقرب فرصة بعد التشخيص. وفي هذا محاولة لتجنُّب احتمال التشوه الجمالي طويل المدى، الذي يُصاحب شلل الوجه الذي لم يُشفَ. ومن المهم حماية العين التي تبقى مفتوحة جزئيًّا، إما عن طريق وسادة العين، وإما عن طريق عزل العين بالتظليل.

مُعالجة شلل بِل

- جرعة ابتدائية عالية من بريدنيزولون، وتُختزل بعد ٥–٧ أيام.
- المعالجة بمضاد الفيروس المجموعي.
- التأكد من الحماية الكافية للعين.

ويُشفى معظم مرضى شلل بِل في غضون أسابيع قليلة، ولكن قد يكون العلاج الداعم أو التصحيحي ضروريًّا للحالات المزمنة. وقد تساعد الجبيرة البسيطة، أو تعديل بِدلة الأسنان الموجودة على دعم الأنسجة الرخوة، وتحسين المنظر الجانبي للوجه في الجانب المُصاب. وقد تكون الإحالة إلى أقسام العلاج الطبيعي لعمل التنبيه الكهربائي للعضلات الوجهية المشلولة مفيدة أيضًا. ويعدُّ التنبيه الغلفاني ذا أهمية؛ لأنه ينبّه انقباض العضلة، ومن المحتمل أنه يُعزِّز من الوظيفة الحركية للنهايات الطبقية العضلية، كما أنه له أيضًا فائدة فسيولوجية. وتتوفَّر الآن لهذا الغرض أجهزة منبهات العصب الصغيرة، التي تبدأ عملِها من قِبل المريض ويمسكها باليد. وقد يُوضَع في الاعتبار العلاج الجراحي لبعض المرضى للأسباب الجمالية، ولكن هناك برهان ضعيف أن هذا الإجراء ناجح. والشلل الوجهي بوصفه ملمحًا من متلازمة ملكيرسون– روزينثال (Melkersson-Rosenthal syndrome) مشروح بالكامل في الفصل الثاني عشر.

التصلب المتعدد (Multiple sclerosis)

التصلُّب المتعدد (التصلب المنتشر) هو مرض يتَّسم بإزالة الميالين (myelin)– بشكل مترقٍ– من النسيج العصبي مع نوبات من الانتكاسة والهدأة. وينتج عن هذا عجز دائم ومتزايد. وتُصيب الحالة أساسًا البالغين الصغار، ويسود هذا بشكل أكثر في الإناث، وسن البدء المعتاد ٢٠–٤٠ سنة. ويمكن أن يظهر المرض بمدى واسع من الأعراض (جدول ١٥,١٠)، ويعتمد ذلك على مقرات الآفات في الدماغ. ويعتمد التشخيص للحالة على الملامح السريرية، والتصوير بالرنين المغناطيسي (لتحديد المناطق المركزية من إزالة الميالين)، واستبعاد النقائص العصبية الأخرى.

وقد يحضر مرضى التصلب المتعدد بألم يشبه ألم العصب الثلاثي التوائم، ويمكن أن يحدث هذا في أي مرحلة من مراحل المرض، كما يمكن أن يكون هو الملمح الظاهر. وإذا كان ألم العصب الثلاثي التوائم، هو الملمح الأول للتصلب المتعدد، فغالبًا يكون المرضى أصغر من مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم بشكل مجمل، ويكون الألم العصبي لديهم غالبًا ثنائي الجانب.

وينبغي أن يشتبه الطبيب في احتمالية التصلب المتعدد، عندما يكون المريض أصغر من ٥٠ عامًا، ويحضر بأعراض تُوحي بألم العصب الثلاثي التوائم. ومن المهم ألا يَجهر الطبيب بهذا الظن للمريض، حتى يتمّ تقييمه بالكامل بواسطة طبيب الجهاز العصبي. وليس بالضرورة أن ينشأ عن التصلب المتعدد أعراض تُحاكي ألم العصب الثلاثي التوائم التقليدي، فقد ينشأ عنه ألم مستديم بدون مناطق زناد محددة. وقد يكون المذل والألم المُحرِّض المخالف من ملامح الحالة أيضًا. وعادة تظهر نقائص التصلب المتعدد، مثل وهن العضلات، والاضطرابات الإبصارية، والفقد الحسي. ومُعالجة الألم الوجهي مشابه لما في ألم العصب الثلاثي التوائم.

ويُشخَّص التصلب المتعدد في ٢–٤ في المائة من مرضى ألم العصب الثلاثي التوائم.

obeikandl.com

جدول (١٥,١٠). الأعراض الشائعة للتصلب المتعدد:

نوع العرض	الوصف
بصري	فقد حدة البصر ورؤية الألوان، وألم في العيْن (نتيجة التهاب العصب البصري)، والشَفَع (ازدواج البصر) (diplopia).
ضعف الأطراف	قد يكون هناك وخز (tingling) أو مذل.
دوار (vertigo)	
ترنُّح (ataxia)	

المتلازمات خارج الهرمية (Extrapyramidal syndromes)

المتلازمات خارج الهرمية، اضطرابات عصبية تُؤثِّر على مسالك غير تلك المسالك الأساسية المَعنية بالحركة الإرادية. وتتميَّز تلك المتلازمات بالشذوذ في فعل العضلات، مع وجود رعاش، والباركنسونية أفضل حالة معروفة من ذلك النوع.

وقد أصبح من الواضح مؤخرًا أنه قد تحدث أعراض مشابهة لذلك النوع، بعد استخدام أدوية معينة، خاصة في المرضى المُسنين. وقد تضمَّنت المهدئات (sedatives)، ومهدئات الأعصاب (tranquillizer) من مجموعة فينوثيازين (phenothiazine) في سببيات هذه المتلازمات. وقد يحضر المرضى أحيانًا إلى جرَّاح الأسنان من أجل التشخيص؛ لأن أعراض اختلال الحركة تكون غالبًا واضحة جدًّا في عضلات جهاز المضغ، وقد يجعل هذا علاج الأسنان صعبًا. وينبغي أن يُشتبه في أن الحركات التكرارية، أو رعاش اللسان أو الفك السفلي، – والتي قد تكون ذات طبيعة غريبة– مُستحثَّة من قِبل الأدوية في المرضى متقدمي العُمْر. ويكون العلاج عن طريق سحب الدواء المؤذي، مع أن الشفاء قد يأخذ بعض الوقت.

المتلازمات خارج الهرمية، اضطرابات عصبية تؤثر على مسالك غير تلك المسالك الأساسية المَعنية بالحركة الإرادية.

مناقشة الحالات ذات المشاكل

حالة (١٥,١)

س١: ما الدواء الأمثل والمعتاد لهذا المريض؟ وما الجرعة الابتدائية التي ينبغي أن تصفها؟

كاربامازيبين هو الدواء المُنتقى الأول، والنظام المناسب أن يبدأ المريض بحوالي ١٠٠ جم مرتين يوميًّا، وتزداد بمقدار ١٠٠جم كل يومين إلى ثلاثة أيام، حتى يتم السيطرة على نوبات الألم. ويجب توخي الحذر في المرضى المُسنين، حيث إنهم قد يكونون عُرضة بشدة للتأثيرات الجانبية. ومذكرة تدوين الألم تكون مفيدة لمراقبة تأثيرات الدواء.

س٢: ما التحذيرات والمعلومات التي ينبغي أن تعطيها للمريض؟

ينبغي أن تُحذِّر المريض من التأثيرات الجانبية المحتملة اللاحقة، مثل التعب، والدوخة، والرنح، وازدواج الرؤية، وعدم القدرة على التركيز، ويذكر المرضى شعروهم بأنهم خارج نطاق الحياة، أو أنهم يشبهون الميِّت الذي أُعيد إلى الحياة، وأصبح شخصًا عديم الإرادة. وينبغي إعطاؤهم تعليمات بالآتي:

- ألا يقودوا السيارة أثناء شعورهم بالتأثيرات الجانبية المسرودة.
- أن يكونوا حذرين عند شرب الكحوليات.
- أن يكونوا على اتصال بالمستشفى أو الممارس الطبي، إذا ظهر طفح.

ينبغي إخبار المريض أن الدواء مضاد للاختلاج، وأنه ليس مسكنًا اعتياديًّا. وينبغي حينئذ أن يُؤخذ بانتظام، وليس عند الطلب، مثل المسكنات الأخرى، ومن المفضل ٣٠ دقيقة قبل الوجبة. وينبغي إخبار المرضى أنهم في حاجة إلى المراجعة المنتظمة، حيث إن جرعة مضاد الاختلاج، قد تحتاج إلى أن تزداد، وكذلك فإن اختبارات الدم ستكون مطلوبة. كما ينبغي

obeikandl.com

أن يحدث راحة من الألم عند غالبية المرضى في غضون ٢٤ ساعة، مع أنه قد لا يتم الحصول على الاستفادة العلاجية الكاملة لمدة ٢-٣ أسابيع.

س٣: ما الفحوصات التي تحتاج إلى عملها قبل البدء بهذا الدواء؟

ينبغي عمل تحليل لِدم المريض، ويمكن الحصول على بعض مؤشرات عن قيم الخط القاعدي (تعداد الدم الكامل، واختبارات وظيفة الكبد والكهارل، انظر بمربع النص).

س٤ إذا حضر مريضك و كان يأخذ وارفارين، فهل تعتقد أن هناك أي مشاكل في مُعالجته؟

إن كاربامازاباين مُحرِّض للإنزيم الكبدي المُصغَّر، ومن ثم فإذا تناوله المريض بالتزامن مع أي دواء آخر يؤيّض بواسطة الكبد، فسوف يحدث تآثر الحرائك الدوائية. وفي هذه الحالة، سوف يؤيّض وارفارين بسرعة أكثر، وسوف تنخفض مستويات وارفارين في المصل؛ وهذا بالتأكيد يُقلّل من فعالية وارفارين، وستتغيّر نتيجة اختبار وقت البروثرومبين (prothrombin time) لدى المريض، وستهبط النسبة الطبيعية العالمية (INR) فجأة، وقد يزيد هذا من استعداد المريض لِتبعات الانصمام الخثاري. ولذلك فقد تحتاج جرعة الوارفارين إلى زيادتها مع مراقبة المريض أثناء تناوله كاربامازيباين و تستمر المراقبة لوقت قصير بعد التوقف عن تناول مضاد الاختلاج. ويحمل المرضى الذين يتعاطون وارفارين كارتًا تحذيريًّا معهم، فهو يُعطي معلومات عن الجرعة التي يتناولونها، والنسبة الطبيعية العالمية لديهم، وكذلك رقم الهاتف للاتصال بعيادة مانع التخثر الخاصة بهم. وسوف تتولى هذه العيادة مسؤولية ضبط جرعة الوارفارين للمريض، إذا كان ذلك ضروريًّا.

حالة (١٥,٢)

س ١: كيف يمكنك مُعالجة هذا الموقف؟

تُظهر المريضة أعراض شلل العصبون الحركي السفلي. وأنت في حاجة إلى أن تتأكد من أن العلامات أحادية الجانب، وأن المريضة ليس لديها تجربة مؤخرًا من ضعف وجهي، أو أعراض لنقائص عصبية، مثل المذل. وينبغي أن تُفحص وظيفة المجموع العضلي الوجهي في الجانب الأيسر؛ للتأكد من أن هذه المشكلة، هي آفة العصبون الحركي السفلي، وأن المريضة لا تعاني من آفة العصبون الحركي العلوي، مثل الحادثة الوعائية الدموية الدماغية، مع أن هذا غير محتمل في هذه الحالة بالأخص. والتشخيص الأكثر احتمالًا، هو شلل العصب الوجهي العابر، الناتج من ترسيب التخدير الموضعي حول العصب القِحفي السابع (عادة داخل الغُدة النكفية أو قريب منها). ويكون شلل العصب الوجهي جليًّا في خلال دقائق بعد الحَقْن، ومدة الضعف الوجهي عادة تكون أقل من ١٢ ساعة. وإذا كان قد اُستخدم محلول تخديري موضعي مديد المفعول أكثر، مثل بوبيفاكايين (bupivacaine)، فسيتأخر الشفاء. ومن غير المحتمل أن يُستخدم بوبيفاكايين بشكل روتيني للإجراءات الترميمية للأسنان.

ويُنصح بالأفعال الآتية:

- قم بتطمين المريضة، ووضِّح لها أن هذا غير شائع، ولكنها مضاعفة معروفة جدًّا لتقنية التخدير التي تم استخدامها.
- استخدم رقعة للعين فوق العين المُصابة؛ لمنع ضرر القرنية (ينبغي أن ترتدي المريضة نظارات محصنة أثناء العلاج).
- قم بتقييم الحالة العامة للمريضة، واستكمل العلاج إذا كانت سعيدة لفعل هذا. أما إذا كانت المريضة حزينة، فينبغي عمل علاج السن مؤقتًا (قد يتطلَّب ذلك تحضيرًا إضافيًّا)؛ للتأكد من أن المريضة لن يكون عندها معاناة من أي ازعاج تالٍ للعمل، أو ألم من سنِّ الرحى.
- اكتب تفاصيل الحادث بوضوح في ملاحظات الحالة، بدءًا بالمعلومات التي أُعطِيَت للمريضة، وتفاصيل متابعة المريضة.

obeikandl.com

مشاريع

١- اشرح كيف يمكنك تقييم وظيفة الأعصاب القِحفية.

٢- اشرح المساق داخل القِحف للعصب الثلاثي التوائم والعصب الوجهي.

٣- ما المعلومات المتاحة لمرضى ألم العصب الثلاثي التوائم: (أ) على هيئة وريقات صغيرة. (ب) على شبكة الإنترنت؟

٤- يمكن أن يُخطأ التهاب الجيب الهوائي الحاد مع الألم السني المنشأ، ما الدليل لفعالية العلاج بمضاد المِكروبات في هذه الحالة؟

obeikandl.com

الاضطرابات الفكية الصدغية

(Temporomandibular disorders)

- فحوصات الجهاز الفموي الفكي
  - التاريخ المَرضي (History)
  - الفحص
  - التصوير (Imaging)
  - تنظير المفصل (Arthroscopy)
- متلازمة الخلل الوظيفي و الألم الفكي الصدغي (Temporomandibular pain dysfunction syndrome) (TMPDS)
  - التدبير العلاجي
- الاختلال الداخلي (Internal derangement)
  - إزاحة القرص مع الرد (Disc displacement with reduction)
  - إزاحة القرص بدون رد (Disc displacement without reduction)
- التهاب المفصل الروماتويدي (Rheumatoid arthritis)
- الفصال العظمي (Osteoarthrosis) (فصال عظمي) (osteoarthritis)
- تضخم العضلة الماضغة (Masseteric hypertrophy)
- الأورام (Tumors)

obeikandl.com