

شلل العصب الوجهي

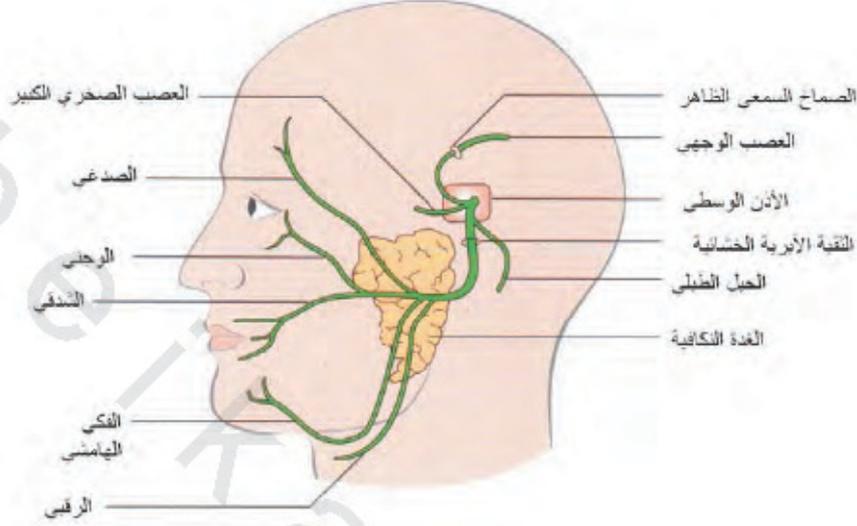
Facial Nerve Paralysis

تشریح و فیزیولوجیا تطبیقیة

Applied Anatomy and Physiology

يعطي العصب الوجهي (العصب القحفي السابع) الألياف الحركية لعضلات التعبير الوجهية، وينشأ من نواة العصب السابع في جذع الدماغ (Pons)، يدخل الأذن الوسطى والخشاء ويغادر الجمجمة من خلال الثقب الإبري الحشائي أمام النائم الحشائي مباشرة.

ويدخل اعتباراً من هنا الغدة النكافية حيث ينقسم إلى فروع (الشكل رقم ١٧، ١). يحدث الشلل نتيجة لمرض في أي مكان على طول العصب أو في الأعصاب القشرية التي تنظم عمل نواة العصب (فوق نووية أو ألياف العصب المحرك العلوي) مؤدية إلى حركة غير متناظرة لبعض أو كافة عضلات التعبير الوجهية.



الشكل رقم (١٧,١). تشريح العصب الوجهي.

المجموع رقم (١٧,١). الأسباب الشائعة لشلل العصب الوجهي.

النواة أو فوق النواة (العصب المحرك العلوي)

- الأمراض الوعائية، مثل: السكتة الدماغية.
- الأورام داخل القحف.
- التصلب المتعدد.

تحت النواة (العصب المحرك السفلي)

- شلل بل.
- الرُّض (الرُّض الولادي، كسور العظم الصدغي، جراحي).
- الأورام (أورام القنطرة النكافية، ورم العصب السُّمعي، الورم الخبيث في الأذن الوسطى).
- كثُيُب الأذن الوسطى (التهاب الأذن الوسطى الحاد والمزمن).
- متلازمة رمزي - هنت.
- هيلان - باري.
- السَّاركوئيد.

يسبب شلل العصب الوجهي صعوبة في الابتسامة، والتعبير عن المشاعر. ويعتبر حالة مزعجة بشدة للمريض. والأسباب عديدة جداً وتُذكر بعضها في الجدول رقم (١٧،١). إن إصابة فوق النواة أو إصابة العصب المحرك العلوي غالباً ما تترك الجبهة وذلك لأن هذه العضلات تتلقى أليافاً عصبية من كلا نواتي العصب الوجهي في الجانبين.

التشخيص السريري

Clinical Diagnosis

يراجع المريض بشكوى ضعف في عضلات الوجه، أو صعوبة في إزالة الطعام من باطن الخد، أو سيلان اللعاب من أحد جانبي الفم. يصبح عدم تناظر الوجه أكثر وضوحاً عند الطلب من المريض أن يغلظ عينيه بشدة، أو أن يبدي أسنانه، أو أن يُصَفِّرَ (الشكل رقم ١٧،٢). كما أن بعض الحركات اللاإرادية مثل (الابتسامة) قد تبقى موجودة حتى في الجزء السفلي من الوجه. يعتبر التاريخ المرضي الدقيق والفحص السريري للأذن والأعصاب من الأمور الأساسية. تفترض الإصابة التي لا تؤثر على الجبهة بمرض فوق النواة. يكون ضعف التدفق بسبب إصابة فوق منشأ عصب حبل العنق، بينما يكون نقص إفراز الدمع بسبب مرض فوق العقدة الركبية حيث ينشأ العصب الصخري السطحي الكبير (الشكل رقم ١٧،١).

شلل بِل (شلل العصب الوجهي مجهول السبب)

Bell's Palsy (Idiopathic Facial Paralysis)

إن شلل بِل هو عبارة عن شلل وجهي من منشأ مجهول يصيب العصب المحرك السفلي، ويعتقد أن السبب فيروسي. يمكن لشلل بِل أن يكون تاماً أو جزئياً. كلما كان الشلل شديداً، كلما كان المآل أسوأ. في الممارسة السريرية: يكون الشفاء التام من الشلل متوقفاً في أكثر من ٧٩٠٪ من الحالات أما فيما تبقى فيمكن أن يحدث شلل دائم

ومضاعفات أخرى مثل الشتر (وهو عبارة عن ضعف في عضلات الجفن السفلي ويؤدي إلى دُماع مستمر) أو حركات وجهيه مشتركة (Synkinesia).



الشكل رقم (١٧،٢). شلل عصب وجهي اليمنى أثناء النوم. أثناء الراحة (أ) وعند محاولة إغلاق العينين (ب).

التدبير العلاجي

Management

يجب عدم التأخير في معالجة شلل ويل : يعتبر البريلينزولون عن طريق الفم اختيار الأول في المعالجة بجرعة (٨٠ ملغ) يومياً ومن ثم خفض الجرعة بشكل تدريجي حتى الصفر خلال مدة أسبوعين.

كن متيقظاً بالنسبة لحماية العينين؛ قد يزول منعكس رفرفة العين ومن ثم تصبح القرنية مكشوفة، خاصة أثناء الليل. قد يتطلب الأمر وضع ضماد على العين، أو شريط لاصق على الأجزاء أثناء الليل. أما في الحالات التي يكون فيها الشلل دائماً يتم

خياطة الأجنان جراحياً (المقاربة بين الجفنين وحياطتهما جراحياً). يحتاج الشلل الوجهي الدائم إلى إجراء الاستشارات والاستقصاءات الدقيقة بما فيها التصوير المقطعي الحاسوبي (CT) وأشعة الرنين المغناطيسي (M.R.I). يستخدم التشخيص الكهربائي في تقييم درجة إصابة العصب وتتضمن اختبارات توصيل العصب وتخطيط العضلات الكهربائي، إنَّ التفصيل الدقيق في مختلف الاختبارات يعتبر خارج نطاق الهدف من هذا الكتاب، لكن تطبيقاتها العمليّة ذات قيمة كدليل لتحديد المآل والتنبؤ العلاجي.

متلازمة رمزي - هانت

Ramsy Hunt Syndrome

ينجم عن إصابة العقد الركبية بالحلأ النطاقي، ويصيب بشكل أندر العصب البلعومي - اللساني (IX) والعصب المبهم (X) وأحياناً مثلث التوائم (V)، المبعد (VI) والعصب تحت اللسان (XII). يكون المريض عادةً من المتقدمين في السن، ويسبق الشلل الوجهي بألم شديد، ويكون لدى المريض عادةً دوام ونقص في السمع، ويظهر المرض عادةً بحويصلات في الأذن قد تصيب أحياناً اللسان أو الحنك. إنَّ استعادة وظيفة العصب تحدث بنسبة أقل من تلك التي في شلل بل (Bell's palsy). قد تُحسن المعالجة الفعالة بالسيكلوفير المعطى عن طريق الفم من المآل وتقلل من الألم التالي للقوباء.

نقاط سريرية عملية Clinical Practice Point

- لا تضع تشخيص شلل بل حتى تنفي إمكانية وجود أسباب أخرى، أعد التّكبير بالتشخيص إذا لم يبدأ التحسّن خلال سبعة أسابيع.
- يحتاج الشلل الوجهي في التهاب الأذن الوسطى الحاد أو المزمن إلى نصيحة الخبير العاجلة. وقد يتطلب الأمر المعالجة الجراحية العاجلة.

الفحص السريري للأنف والبلعوم الأنفي

Clinical Examination of the Nose and Nasopharynx

الإضاءة والمعاينة

Illumination and Inspection

إن من أولى المتطلبات توفر الإضاءة الجيدة، التي يتم الحصول عليها بشكل نموذجي من خلال الكشاف الرأسي، أو المنظار، أو المرآة الرأسية التي تعكس الضوء من منبع ضوئي قوي قابل للتوجيه. جميعها تحتاج لبعض الخبرة والتدريب لاستخدامها بالشكل الأمثل. يُشكل الكشاف الساطع أو منظار الأذن - مع أكبر قمع يلاءم جوف الأنف - بدائل جيدة (الشكل رقم ١٨،١).



الشكل رقم (١٨, ١). استخدام منظار الأذن لمعاينة جوف الأنف، لاحظ اتجاه الرؤية.



الشكل رقم (١٨, ٢). تقييم المجرى الهوائي للأنف باستخدام محالض اللسان المعدني. في البداية تامين الأنف من الخارج، بحث عن مدم تتاهر عظام الأنف، وأرفع بلطف ذروة الأنف لمعاينة أي انحراف في حاجز الأنف أو أي دليل على وجود التهاب في الجلد حول مدخل الأنف (محلز الأنف).

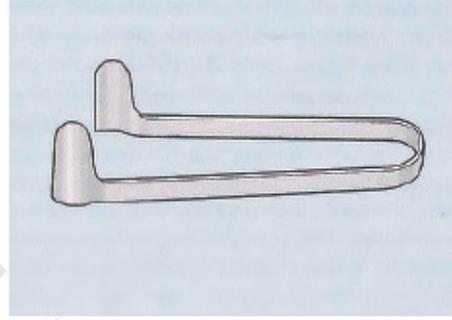
الجري الهوائي الأنفي The Nasal Air way

قيم الآن مجرى الهواء. يمكنك القيام بذلك عن طريق إغلاق فتحة أنف واحدة بلطف مع الطلب من المريض أن يتنفس من خلال فتحة الأنف الثانية، أو عن طريق وضع سطح مصقول بارد تحت الأنف، مثل خافض اللسان المعدني، عندها يمكن مقارنة مساحة البخار المتكثف في كل جهة من فتحتي الأنف.

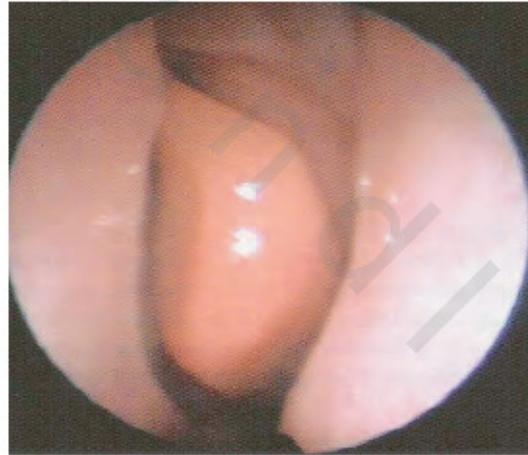
تنظير الأنف الأمامي Anterior Rhinoscopy

لا يدرك معظم الطلاب الأبعاد الداخلية والعلاقات المتبادلة بين بنى الأنف والذي يمتد أفقياً باتجاه الخلف مسافة ٦٥ إلى ٧٦ ملم حتى فتحة الأنف الخلفية أو (المثغر). تذكر دائماً أن باطن الأنف أكثر أفضية مما يتوقع الطلاب وأن مخاطية الأنف حساسة جداً. تذكر عندما تفحص جوف الأنف أن تنظر إلى الخلف أكثر من نظرك باتجاه الأعلى (الشكل رقم ١٨، ٢). حيث يمكن الأيُري داخل الأنف نتيجة الوذمة أو انحراف حاجز الأنف. يستخدم جراحو الأنف والأذن والحنجرة منظار (Thudicum) لفحص الأنف: (الشكل رقم ١٨، ٣) والذي يُدخل بلطف في الأنف. ليس من الضروري استخدام المنظار في فحص الأنف لدى الأطفال حيث يمكن الحصول على رؤية كافية برفع ذروة الأنف بواسطة الإبهام.

عند فحص باطن الأنف يمكن رؤية الجزء الأمامي من حاجز الأنف والقرينات السفلية بسهولة (الشكل رقم ١٨، ٤). من الخطأ الشائع اعتبار القرينات السفلية على أنها سليلات أنفية. تكون القرينات حساسة ومتصلة إلى جدار الأنف الجانبي، عادة ما تكون السليلات رمادية اللون، وشفافة وحساسة للمس.



الشكل رقم (١٨,٣). منظار Theilmann .



الشكل رقم (١٨,٤). المنظار الطبيعي للأنف. يبدو القرنين السفلي العلوي المصلب بجدار الأنف الجانبي (معرض من قبل T. J. Woolford).

تنظير الأنف Nasal Endoscopy

جعلت مناظير الأنف الصلبة والليفية من فحص الأنف عملية أكثر سهولة. تدخل الأداة عبر الأنف وتتم معاينة التجويف خلف الأنف بارتياح. وفائدتها أنها

تسمح بإجراء التصوير والرؤية المباشرة من قبل الفاحص في نفس الوقت. كما أنها تسمح بالمعاينة لجوف الأنف.

نقطة سريرية عملية Clinical Practice Point

يمطي منظار الأذن المزود بقمع كبير رؤية جيدة للأنف من الداخل.