

خصائص شلل العصب الوجهي المحيطي في اللاذقية

* الدكتور عيسى لايقة

** الدكتور مطيع جوني

*** نبيل نديم الضاهر

(تاريخ الإيداع 28 / 8 / 2007. قُبل للنشر في 19 / 2 / 2008)

□ الملخص □

تضمنت الدراسة (93) مريضاً راجعوا العيادة العصبية في مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية عام 2006-2007 بسبب إصابتهم بشلل عصب وجهي محيطي، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (69) مريضاً لديهم عوامل خطر لحدوث الشلل (فرط سمع - دماغ - ألم في الأذن المصابة - اضطراب حس الذوق في الثلثين الأماميين للسان)، و(24) لم يكن لديهم عوامل خطر (الشلل مجهول السبب). ووفقاً لدرجة الشلل كان تاماً لدى (21) مريضاً وغير تام لدى (72) مريضاً.

ونجحنا بمتابعة (47) مريضاً منهم بعد شهر من بدء العلاج (المراجعة الأولى)، وتبين أنه حدث تحسن (تام أو جزئي) لدى (36) مريضاً وغاب التحسن لدى (11) مريضاً. وأظهرت دراسة التحسن لدى (47) مريضاً وجود علاقة ما بين التحسن السريري من جهة وكل من: شدة الأذية سريرياً، وجود عوامل خطر، التأخر بالعلاج.

كلمات المفتاح: شلل العصب الوجهي المحيطي - عوامل الخطر - شدة الأذية - التأخر بالعلاج.

* أستاذ في قسم الأمراض الباطنية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

** أستاذ في قسم الأمراض الباطنية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

*** طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

Properties of Peripheral Facial Palsy in Lattakia

Dr. Issa Laika *
Dr. Moutieh Jouny **
Nabeel Nadem Aldaher***

(Received 28 / 8 / 2007. Accepted 19/2/2008)

□ ABSTRACT □

The study includes (93) facial palsy patients presented to Al-assad University Hospital during the year 2006-2007. (69) patients had danger agents at the occurrence of facial palsy (hyper accuses, pain in the affecting ear, disturbance in the test of the frontal two thirds of the tongue) but (24) patients did not have any danger agent (Idiopathic paralysis). (21) patients had a complete paralysis and (72) patients had incomplete paralysis. We succeeded to follow-up (47) patients after one month of taking drugs. (36) patients of them had a recovery (complete or incomplete) and (11) patients did not have any recovery. When we studied the relation between the recovery and danger agents we found a relation between the clinical recovery and severity of paralysis, danger agents, and late to medication.

Keywords: Peripheral facial palsy, Risk factors, Severity of dysfunction, Late to medications.

*Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Professor Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تبلغ نسبة الإصابة بشلل العصب الوجهي المحيطي 13-34 حالة لكل 100.000 شخص من السكان [1].
من أسباب هذه الإصابة:

(1) الإصابة بفيروس الحلاّ البسيط نمط I . (2) الداء السكري . (3) إنتانات الأذن الوسطى . (4) رضوح . (5) أورام . (6) اذيات ولادية . (7) الجراحة . (8) أسباب عائلية . (9) التقدم بالعمر وارتفاع التوتر الشرياني المزمن: أيضا من العوامل المؤهبة. ولكن يبدو أن معظم الحالات تبقى مجهولة السبب. [2], [7] .
يشفى حوالي 2/3 المرضى المصابين بشلل العصب الوجهي المحيطي خلال الأسابيع الثلاثة الأولى التالية للشلل بينما يحتاج الباقي لفترة أطول للشفاء [3] وبذلك لا داعي للقلق والخوف الشديدين والملاحظين لدى زيارة المريض لأول مرة للطبيب [2]. من المعروف أن التحسن الذي يحصل عليه مرضى شلل بل مرتبط بكل مما يلي: شدة الأذية العصبية، عوامل الخطورة أو الأسباب، الفترة الزمنية الممتدة منذ بدء الشلل وحتى البدء بالعلاج [4]. علاج المرض يتألف بشكل رئيس من السيترنويدات القشرية بالإضافة لمضاد فيروسسي (Aciclovir- Ganciclovir) مع حماية العين المصابة بقطرات الدمع الاصطناعي أو تغطيتها [5]، [10].

أهمية البحث وأهدافه:

- 1- تحديد الأعراض والعلامات السريرية المشاهدة لدى حصول شلل العصب الوجهي المحيطي لدى مرضى الدراسة ونسبة كل منها.
 - 2- تحديد أهم عوامل الخطر وأسباب اللقوة المحيطية ونسبة كل منها، وذلك لمحاولة ضبطها باكراً.
 - 3- تحديد الفترات الزمنية خلال السنة التي يزيد فيها حدوث الشلل في محافظة اللاذقية.
 - 4- متابعة المرضى بعد شهر من العلاج لمعرفة نسبة التحسن الحاصلة ودراسة العلاقة بين هذه النسبة من جهة وكل من عوامل الخطر وشدة الأذية سريريا وفترة التأخر بالبدء بالعلاج من جهة ثانية.
 - 5- معرفة الاختلالات الحاصلة لدى مرضى الدراسة ونسبة كل منها للتأكد على الوقاية الفعالة منها.
- يهدف البحث إلى تحديد خصائص شلل بل في محافظة اللاذقية لدى مجموعة من المرضى المراجعين للعيادة العصبية في مشفى الأسد الجامعي للعام 2006-2007 سواء من حيث الأسباب، أو من حيث التحسن السريري والعوامل المؤثرة فيه، والقدرة على المتابعة طويلة الأمد لهؤلاء المرضى، والاختلالات الحاصلة لديهم.

مواد البحث وطرقه:

- مرضى شلل العصب الوجهي المحيطي المراجعون لمشفى الأسد الجامعي خلال عام 2006-2007، وذلك مهما كان عمرهم والأمراض المرافقة لديهم.
- 1- قصة سريرية مفصلة عند الاستشارة الأولى لمعرفة ظروف حدوث الشلل وعوامل الخطر أو الأسباب المؤدية له عند كل مريض والفترة التي مضت على الشلل .
 - 2- فحص سريري دقيق لمعرفة أعراض وعلامات الشلل عند كل مريض.
 - 3- متابعة المرضى بعد مضي 5-7 أيام على حدوث الشلل، وذلك لمعرفة حدوث ترقى بالشلل أم لا.

- 4- متابعة المرضى بعد مرور شهر على الشلل لدراسة التحسن السريري الذي حصل لديهم (تحسن تام - غير تام - غيابه).
- 5- دراسة الاختلاطات الحاصلة لدى المرضى بسبب الشلل.
- علماً أن درجات الأذيه قسمت اعتماداً على درجة قوة المعصرة الجفنية إلى الدرجات الآتية:
- 0/3 لا يوجد أي حركة في الجفنين، -1/3 توجد حركة خفيفة في الجفنين بحاجة إلى دقة كبيرة من الفاحص لمشاهدتها، 1/3 توجد حركة خفيفة في الجفنين
- 2/3 حركة خفيفة بالجفنين لكنها أقوى من 1/3
- 2/3 حركة في الجفنين لكن المريض غير قادر على جعلهما يتلامسان،
- +2/3 يمكن للجفنان أن يتلامسان لكن من دون إطباق كامل للعين
- 3/3 إطباق كامل للعين في الجهة المصابة. [8]
- إن عوامل الخطورة كانت: فرط السمع في الجهة المصابة (إيجابية علامة السماع) ، اضطرابات التذوق، غياب الدمع في الجهة المصابة ، التقدم بالسن. [3]

النتائج والمناقشة:

شملت الدراسة (93) مريضاً لديهم شلل عصب وجهي محيطي، (53) مريضاً ذكراً (57%) و (40) أنثى (43%). و توزعت أعمارهم كما في الجدول رقم (1)

الجدول رقم(1)توزع المرضى حسب العمر و الجنس.

العمر بالسنوات		90-81	80-71	70-61	60-51	50-41	40-31	30-21	20-11	10>
عدد المرضى	الذكور	1	5	3	9	7	10	8	6	5
	الإناث	1	3	7	11	2	4	7	4	0

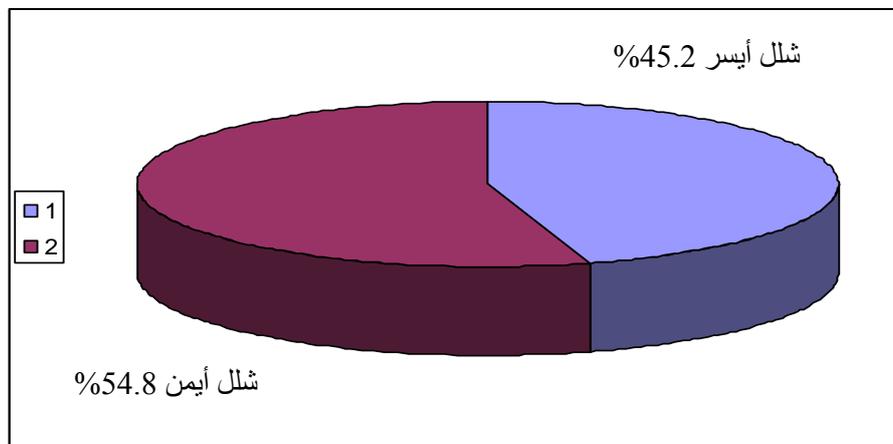
ووجدنا أن اغلب المراجعين كانت أعمارهم اصغر من (60) سنة (73 مريضاً أي 78,5%) مقابل (70) مريضاً أعمارهم اكبر من (60) سنة أي (21,5%).



شكل الرقم(1)نسبة توزع المرضى حسب الجنس

و كانت جهة حدوث الشلل هي: (51) مريضاً لديهم شلل عصب وجهي أيمن (نسبة 54.8%)
(42) مريضاً لديهم شلل عصب وجهي أيسر (نسبة 45.2%)

كما هو موضح في الشكل (2)

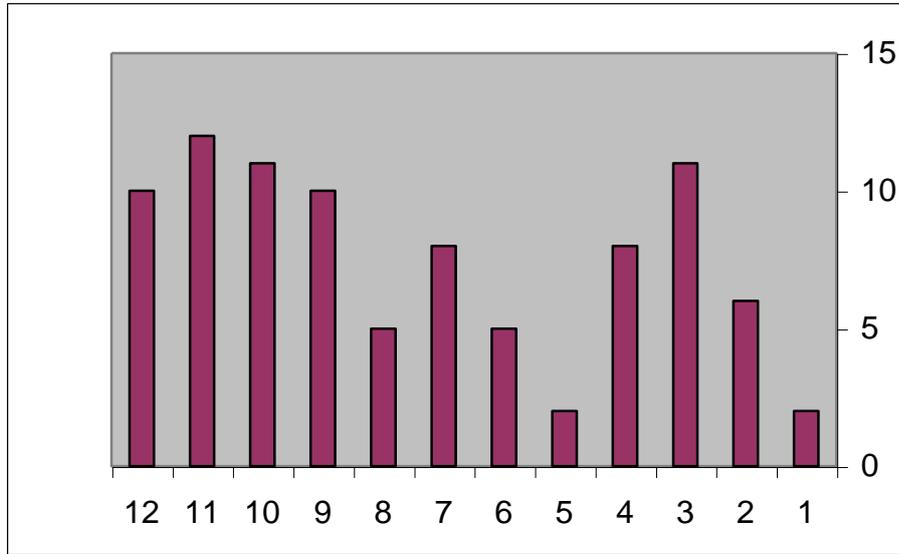


شكل رقم (2)نسبة توزع الشلل حسب الجهة .

و كان عدد المرضى المراجعين في كل شهر من شهور سنة الدراسة كما هو مبين في الجدول رقم (2):

الجدول رقم(2)يبين عدد المرضى المراجعين في كل شهر

الشهر	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
عدد المرضى	2	6	12	9	2	5	8	5	10	11	13	10
النسبة المئوية	5.3	6.4	12.9	9.6	2.1	5.3	8.6	5.3	10.7	11.8	13.9	10.7

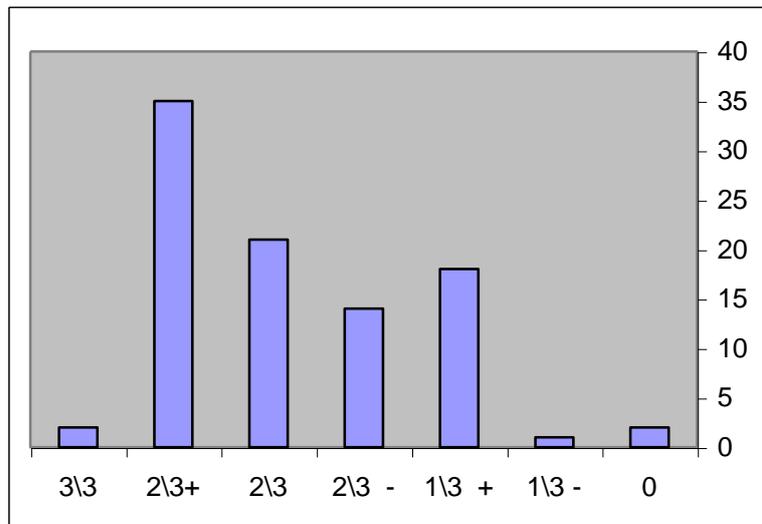


شكل رقم (3) يبين عدد المرضى المراجعين كل شهر

وهكذا وجدنا أن أكثر الأشهر التي راجعنا بها مرضى شلل بل هي الأشهر التالية مرتبة بشكل تنازلي حسب عدد المرضى: $11 \leftarrow 3 \leftarrow 10 \leftarrow 9 \leftarrow 12$ أي في فصل الربيع و الخريف وبداية الشتاء .
وقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعات اعتمادا على درجة الأذية السريرية للعصب السابع، كما هو مبين في الجدول رقم (3):

الجدول رقم(3) توزيع المرضى حسب درجة الأذية سريريا

3/3	2/3			1/3		0	درجة الأذية
2	+2/3	2/3	-2/3	+1/3	-1/3	2	عدد المرضى
	35	21	14	18	1		
2.1	37.6	22.5	10	19.3	1	2.1	النسبة المئوية

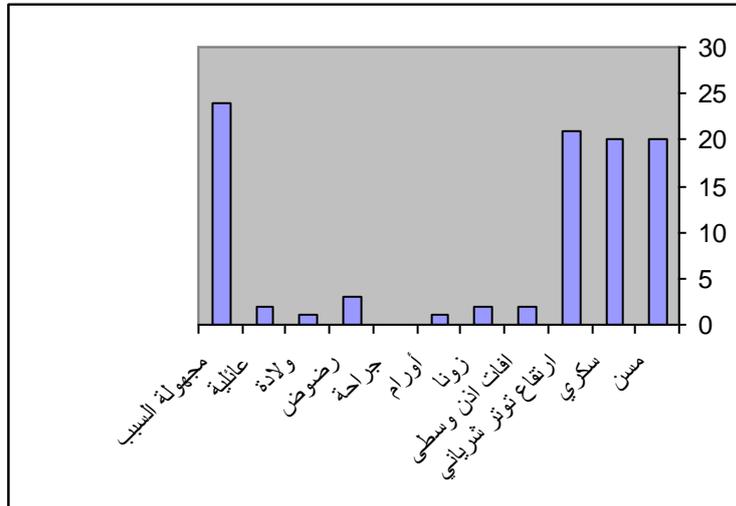


شكل رقم (4) توزيع المرضى حسب شدة الأذية سريريا.

وهكذا وجدنا أن درجة الأذنية السريرية لدى اغلب المرضى المراجعين (37,6%) كانت +2\3 .
 وفيما يخص معرفة أسباب المرض توزعت النتائج كما يأتي:
 ارتفاع الضغط الشرياني المزمن (22.5%) ، التقدم بالسن والداء السكري : لكل منهما النسبة ذاتها (21.5%) ، وبقيت الحالات مجهولة السبب ذات نسبة عالية (26%) . كما هو موضح في الجدول (4).

الجدول رقم (4) توزع المرضى حسب أسباب الشلل

عامل الخطورة	مسن	سكري	ارتفاع ضغط شرياني	آفات الأذن الوسطى	زونا	أورام	جراحة	رضوح	ولادية	عائلية	من دون سبب
عدد المرضى	20	20	21	2	2	1	0	3	1	2	24
النسبة المئوية	21.5	21.5	22.5	2.1	2.1	1	0	3.2	1	2.1	26



الشكل (5) توزع المرضى حسب أسباب الشلل .

ملاحظات على الجدول رقم 4:

آفات الأذن الوسطى : كانت التهابات الأذن الوسطى الحادة .
 الأورام : كان لدى المريض ورم في البروستات (لم تتضمن الدراسة إجراء CT أو MRI للدماغ لمعرفة وجود نقائل للجذعة العصبية المركزية لعدم توفر أي منهما في مشفانا).
 عائلية : وجود شلل عصب وجهي محيطي متكرر لدى أكثر من فرد من العائلة نفسها.

الجدول رقم (5) نسبة الأعراض والعلامات لدى المرضى.

العرض أو العلامة	أذنية هرمية	شلل العصب السادس	إصابة الزاوية الجسرية المخيخية	دماغ	فرط سمع	غياب حس ذوق الثلثين الأماميين لللسان	ألم بالأذن	اندفاع حويصلي
عدد المرضى	1	0	طنين صمم دوار	50	25	25	38	2.1
النسبة المئوية	1	0	3.2	53.7	26.8	26.8	40.8	2.1

و وجدنا أن أشيع الأعراض والعلامات هي ألم بالأذن المصابة-الدماع-فرط السمع-غياب حس ذوق الثلثين الأماميين للسان. كما هو موضح في الجدول رقم (5)
كان لدينا 3 مرضى لديهم دوار ولم نستطع معرفة ماهية إصابة الزاوية الجسرية المخيخية لعدم وجود CT أو MRI في المشفى لدينا.

و بلغ عدد المرضى المراجعين بعد أسبوع من المراجعة الأولى (65) مريضاً (70%) ، ووجدنا أنه لم يطرأ أي تغيير على درجة الشلل لدى أغلب المراجعين بعد أسبوع، كما هو مبين في الجدول رقم 6
الجدول رقم(6)تطور الشلل بعد أسبوع.

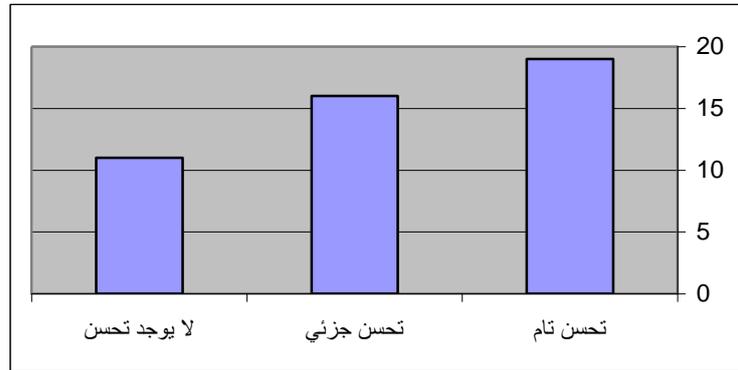
التغير الطارئ على شدة الأذية	استقرار الإصابة	تفاقم الإصابة
عدد المرضى	55	10
النسبة المئوية	84.5	15.5

لوحظت الأسباب الآتية لدى المرضى الذين تفاقت لديهم الأذية : الداء السكري بالدرجة الأولى (عدد المرضى5، النسبة المئوية 50%)، ارتفاع التوتر الشرياني المزمن (عدد المرضى 1 ، النسبة المئوية10%) ، داء المنطقة (عدد المرضى2، النسبة المئوية20%)، والمرضى الذين كان سبب الشلل لديهم مجهول السبب (عدد المرضى2، النسبة المئوية20%).

كان عدد المراجعين بعد شهر من بدء العلاج هو 47 مريضاً بنسبة 50.5% من عدد المرضى الإجمالي.

الجدول رقم(7)نسبة التحسن الحاصل بعد شهر من العلاج

التحسن الحاصل بعد شهر	تحسن تام	جزئي	لا يوجد تحسن
عدد المرضى	19	17	11
النسبة المئوية	40.4%	36.1%	23.4%



شكل رقم (6) عدد المرضى تبعاً للتحسن الحاصل بعد شهر.

وكانت نسبة الاختلاطات بشكل عام: 6.3% حيث حدث اختلاطان اثنان لدى مجموعة غياب التحسن هما تشنج نصف الوجه ودموع التماسيح ، ولم يسجل حدوث قرحة قرنية كما هو مبين في الجدول (8).

الجدول رقم (8) نسبة الإختلاطات بالنسبة لعدد المرضى المراجعين بعد شهر

الاختلاط	تشنج نصف الوجه	دموع التماسيح	تقرح القرنية
عدد المرضى	1	2	0
النسبة المئوية	%2.1	%4.2	0

ولدراسة العلاقة الكائنة ما بين التحسن الحاصل لدى المرضى من جهة وكل من : عوامل الخطر وشدة الأذية السريرية وفترة التأخر بالبداية بالعلاج من جهة أخرى، نقدم الجداول الآتية:

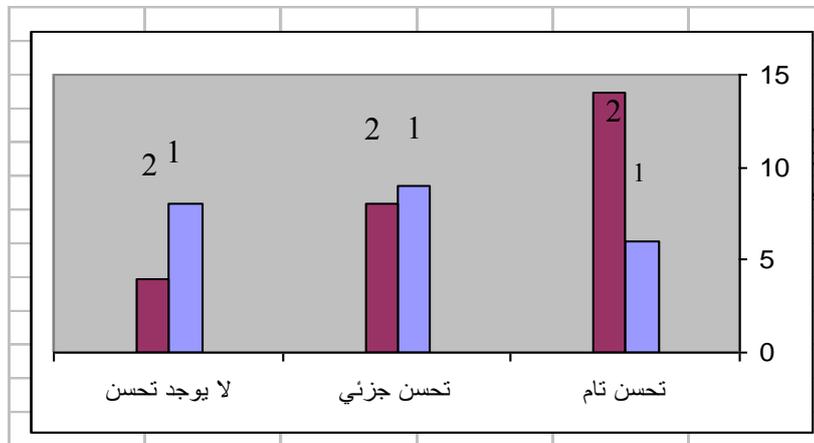
الجدول(9)التحسن الحاصل تبعاً لوجود عوامل خطر.

التحسن الحاصل بعد شهر	تحسن كامل		تحسن جزئي		لا يوجد تحسن	
	-	+	-	+	-	+
عدد المرضى	14	6	7	9	4	7
النسبة المئوية	29.78	12.7	14.89	19.1	8.5	14.89

+ : مع عوامل خطر ، - : بدون عوامل خطر

وكان عامل الخطورة الأكثر تواتراً عند مرضى مجموعة التحسن الكامل هو : فرط السمع(4 مرضى، النسبة المئوية66.6 %)، وعند مرضى مجموعة التحسن الجزئي هو : الدماغ (5مرضى، النسبة المئوية55.5%) وعند مرضى مجموعة عدم التحسن هو فرط السمع (5مرضى،النسبة المئوية71.4%).

وبإجراء اختبار التباين (كاي مربع) على قيم الجدول رقم(9)وجدنا أن القيمة المتوقعة $x^2=2.48$ ، وهي أكبر من القيمة الجدولية $pf=0.78$ ، مما يشير إلى وجود علاقة مهمة بين التحسن السريري الحاصل لدى المرضى ووجود عوامل خطر لديهم.



1- مع عوامل خطر 2 - بدون عوامل خطر

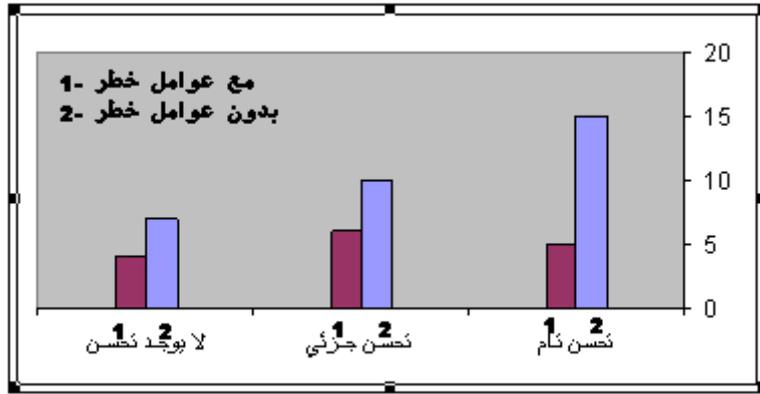
شكل رقم (7)التحسن تبعاً لوجود عوامل خطر.

أما العلاقة بين التحسن وفترة التأخر بالعلاج فتظهر النتائج الآتية:

الجدول رقم (10) التحسن تبعاً لفترة التأخر بالعلاج.

لا وجود للتحسن		تحسن جزئي		تحسن تام		التحسين الحاصل بعد شهر
أكثر من أسبوع	أقل من أسبوع	أكثر من أسبوع	أقل من أسبوع	أكثر من أسبوع	أقل من أسبوع	التأخر بالعلاج
4	7	6	10	5	15	عدد المرضى
8.5	14.8	12.7	21.2	10.6	31.9	النسبة المئوية

وبإجراء اختبار التباين (كاي مربع) على قيم الجدول رقم(10) وجدنا أن القيمة المتوقعة $x^2=0.833$ ، وهي أكبر من القيمة الجدولية $pf=0.47$ ، مما يشير إلى وجود علاقة بين التحسن السريري الحاصل لدى المرضى لفترة التأخر بالعلاج.

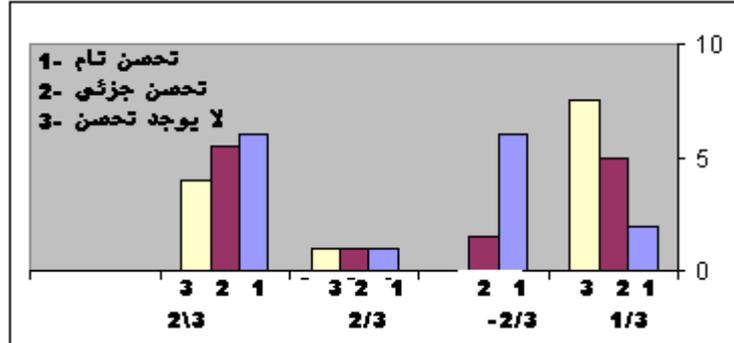


شكل رقم (9) يبين التحسن الحاصل تبعاً لفترة التأخر بالعلاج

ونعرض فيما يلي نتائج دراسة العلاقة ما بين التحسن وشدة الأذية السريرية
الجدول رقم(11) يبين التحسن الحاصل حسب شدة الأذية سريريا

+2/3			2/3			-2/3			1/3			0		شدة الأذية
لا يوجد	غير تام	تام	لا يوجد	غير تام	تام	لا يوجد	غير تام	تام	لا يوجد	غير تام	تام	غير تام	تام	التحسين الحاصل
4	6	7	2	2	2	0	2	6	7	5	2	-	-	عدد المرضى
23.5	35.2	41.1	33.3	33.3	33.3	-	25	75	50	35.7	14	-	-	النسبة المئوية

وبإجراء اختبار التباين (كاي مربع) على قيم الجدول رقم(11)وجدنا أن القيمة المتوقعة $x^2=1.24$ ، وهي أكبر من القيمة الجدولية $pf=1.013$ ، مما يشير إلى وجود علاقة بين التحسن السريري الحاصل لدى المرضى وشدة الأذية سريرياً.



شكل رقم (9) يبين التحسن الحاصل حسب شدة الأذية سريرياً

ونعرض فيما يلي نسبة التحسن التي حدثت وفقاً لكل سبب

الجدول(12) نسبة التحسن الحاصلة في كل سبب.

مجهول السبب	الزونا	ارتفاع ضغط شرياني	سكري	التقدم بالسن	عدد المرضى المراجعين لأول مرة
15	2	7	10	17	عدد المرضى الذين حدث لديهم تحسن
13	0	4	4	11	النسبة المئوية
87	0	57	40	64	

المناقشة:

تبدي الدراسة المجراة على مرضى دراستنا في محافظة اللاذقية الخصائص الآتية لشلل بل :

- 1- أغلب المرضى المراجعين كانوا في فصل الربيع (الأشهر 4.3) والخريف بداية الشتاء (الأشهر 12.11.10.9) وهذا يتفق مع الوبائيات الفيروسية [1]، [2]
- 2- أغلب المرضى المراجعين كانت أعمارهم أقل من 65 سنة (78.5%).
- 3- أسباب الشلل ذات النسبة المرتفعة كانت : التقدم بالسن (22.5%) - ارتفاع التوتر الشرياني (21.5%) - السكري (21.5%)، بينما نسبة الزونا كانت فقط 2% . ولكن أعلى النسب كانت للشلل مجهول السبب (26%).
- 4- أكثر الأعراض و العلامات كانت الدماغ (53.7%)، ألم بالأذن بالجهة المصابة (40.8%)، غياب حس ذوق الثلثين الأماميين للسان (26.8%)، فرط السمع (إيجابية علامة السماع) (26.8%)، وكانت نسبة مشاهدتها أكبر في الدرجات المتقدمة من الشلل، وبما أننا وجدنا علاقة ما بين شدة الشلل من جهة والشفاء من جهة أخرى فهذا يعني أن هذه الأعراض والعلامات تشير إلى إنذار أسوأ للشلل.

- 5- بالنسبة لدرجة الشلل :القسم الأعظم من المرضى(84.5%)كان لديهم شلل بشكله النهائي منذ المراجعة الأولى وكان سبب الشلل عندهم : داء السكري ، ارتفاع التوتر الشرياني المزمن ، داء المنطقه .
- ونسبة (15.5%) فقط تطور لديهم الشلل بعد أسبوع من المراجعة الأولى رغم البدء بالعلاج، مما يشير إلى أننا يمكن أن نعتمد على درجة الشلل في بداية الشلل بنسبة كبيرة من الحالات على أنها الدرجة النهائية للشلل.
- 6- لقد كانت نسبة المرضى المراجعين للعيادة العصبية بعد شهر من بدء العلاج (47 مريضاً) فقط ، رغم تأكيدنا الكبير للمرضى على ضرورة المراجعة بعد شهر لإعادة التقييم ، وهذا الأمر عائد إلى : عدم وجود وعي صحي في مجتمعنا لضرورة المراجعة الدورية للطبيب عند حدوث أي مرض من جهة وعدم التزام المرضى بتطبيق العلاج الموصوف لهم الذي كان يحتوي على الستيروئيدات القشرية بسبب خوف الناس منها نظراً لجهلهم بأهميتها بالعلاج وخوفهم من آثارها الجانبية من جهة أخرى .
- 7- أفضل نسب التحسن تبعاً للسبب كانت للشلل مجهول السبب(87%)، بينما كانت متدنية لدى المرضى السكريين (40%)، فيما لم يحدث أي تحسن عند المرضى الذين كان الزونا هو سبب الشلل عندهم.
- 8- بلغت نسبة التحسن سواء أكان تاماً أم جزئياً (76.5%) في حين لم يطرأ أي تحسن يذكر على (23.4%) من المرضى بعد شهر من بدء العلاج، مما يشير إلى أن المرض شفي بنسبة عالية خلال الأسابيع الثلاثة إلى الأربعة الأولى ونسبة الاختلاطات كانت قليلة نسبياً (6.3%)، وهذا يعود لالتزام المرضى بتطبيق العلاج وحماية العين بالجهة المصابة، إن أفضل نسب التحسن كانت في درجات شدة الأذية $2/3$ - (100%) و $2/3$ + (76.3%)، $2/3$ (66.9%) وإن التحسن السريري كان بنسبة جيدة (31.8%) بالنسبة للمرض الذين كان عندهم عوامل خطر عند حدوث الشلل في حين أن نسبة (14.9%) لم يحدث عندهم أي تحسن ، وكان التحسن السريري لدى المرضى الذين راجعوا قبل مضي أسبوع على بداية الشلل تساوي (53.1%) بينما نسبة التحسن السريري كانت فقط (14.8%) لهؤلاء المراجعين بعد مضي أسبوع على بداية حدوث الشلل.و للتأكد من العلاقة بين التحسن وعوامل الخطر تم تطبيق اختبار التباين (كاي مربع) لدراسة العلاقة بينهما عند مستوى دلالة 0.05 وتأكدنا من وجود ارتباط قوي ومهم بينهما.
- وبالطريقة نفسها تمكنا من إيجاد ارتباط قوي بين التحسن وتأخر المريض بتلقي العلاج ارتباط قوي بين حدوث التحسن وشدة الأذية السريرية في العصب الوجهي سريرياً.

- لقد قارنا نتائج دراستنا مع نتائج دراستين منشورتين في المرجع رقم [9] :
- الدراسة الأولى: دراسة العالم Peitron عام 1982 شملت ألف مريض، ودرست الأعراض والعلامات المشاهدة ونسبة حدوث الشفاء .
- الدراسة الثانية: دراسة العالم Hauser et al عام 1994 شملت 3452 مريضاً، ودرست أسباب حدوث الشلل .
- وننتائج المقارنة مبينة في الجدول رقم (13) :

الجدول رقم (13) مقارنة نتائج الدراسة في اللاذقية مع نتائج دراسات أخرى.

الدراسة الثانية Hauser et al 1994 [9]	الدراسة الأولى Peitron 1982[9]	اللادقية	
%51	%60	%26	شلل مجهول السبب
%23		%3.2	رضوح الوجه
%4		%2.1	إنتانات الأذن الوسطى
%7		%2	داء المنطقة
%2		%21.5	داء السكري
	%50	%40.8	الم بالأذن
	%40	%26.8	اضطراب حس الذوق في الثلثين الأمامين للسان
	%13	%2.1	حويصلات بالأذن
	%10	%53.7	فقدان الدمع
	%90	%26.8	فرط السمع
	%84	%76.5	الشفاء بعد ثلاثة أسابيع *
	%71	%40.4	الشفاء التام *
	%13	%36.1	الشفاء غير التام *

*النسب المذكورة هي نسب الشفاء بشكل عام بغض النظر عن العوامل المؤثرة عليها

وبمقارنة النتائج وجدنا أن هناك تقارباً ببعض النتائج واختلافاً واضحاً ببعضها الآخر . فبدراسة أسباب الشلل مثلاً لاحظنا أن داء السكري كسبب محتمل لحدوث الشلل يشكل في دراستنا (21%) في حين يشكل فقط نسبة (2%) في الدراسة الثانية [9]، يعود السبب إلى: اختلاف نسبة انتشار داء السكري في بلادنا بالمقارنة مع البلدان الأخرى من جهة، وإهمال مرضى السكري في بلادنا لضبط أرقام سكر الدم لديهم من جهة أخرى (علماً أن مرضى الداء السكري في دراستنا قد تم معالجتهم بمضادات الفيروسات والستيروئيدات القشرية)، وكانت نسبة داء المنطقة كسبب للشلل في دراستنا (2.1%) بينما كانت (7%) في الدراسة الثانية وهذا عائد إلى: عدم إمكانية إجراء فحوص نوعية لفيروس الحلأ البسيط في بلادنا والافتقار بالدراسة السريرية فقط وشكلت رضوح الوجه كسبب للشلل في دراستنا نسبة (3.2%) فقط في حين كانت نسبتها (23%) في الدراسة الثانية وهذا الأمر عائد إلى قلة الحوادث (حوادث الطرق ، المشاجرات) في بلادنا بالمقارنة مع البلاد الغربية. في حين كانت النسب متقاربة عندما كانت إنتانات الأذن الوسطى هي سبب الشلل . لقد كانت النسب متباينة ما بين دراستنا والدراسة الأولى [9] حول نسب بعض الأعراض والعلامات المشاهدة في أثناء حدوث الشلل، وهذا الأمر عائد إلى اختلاف طرق الفحص والتشخيص المتبعين (اعتماد الدراسة الأولى على تخطيط العصب السابع لدراسة شدة الأذية) من جهة وتعاون المريض مع الفاحص من جهة أخرى (تعاون كبار السن معنا في أثناء الفحص كان غير تام من حيث الاستجواب مثل السؤال عن اضطراب حس الذوق في الثلثين الأمامين للسان ، والفحص السريري، خاصة عند إجراء بعض الاختبارات مثل علامة السماع) .

لقد كانت نسبة الشفاء بشكل عام متقاربة إلى حد ما ما بين دراستنا والدراسة الأولى على الرغم من الفرق في عدد المرضى بين كلتا الدراستين، ولكن بالنظر إلى نسبة الشفاء التام وجدنا أنها لدينا (40%) وهي اقل بكثير منها في الدراسة الأولى (71%) يعكس هذا إهمال المرضى لدينا للالتزام الدقيق بالعلاج من حيث الجرعة أو المدة الزمنية أو خوفهم من تناول الستيروئيدات القشرية في العلاج .

التوصيات:

- 1-أغلب حالات شلل العصب الوجهي تحدث تحت سن 60 سنة ومن دون سبب واضح ولا يمكن الوقاية منها.
- 2-أغلب حالات شلل العصب الوجهي تشفى خلال 3-4أسابيع من بدء حدوث الشلل ويمكن طمأنة المريض إلى حدوث التحسن وإزالة القلق والخوف لديه من هذا المرض. ولكن يجب التحفظ على الإنذار في الحالات التي يكون فيها : الشلل شديد ، يوجد فرط سمع ، غياب الدمع ، اضطرابات حس الذوق في الثلثين الامامين للسان، العمر المتقدم ، التأخر بالعلاج .
- 3-يمكن الاعتماد على درجة أذية شلل العصب الوجهي وعوامل الخطر لدى المريض وفترة تأخر المريض للبدء بالعلاج للتنبؤ بحدوث التحسن شرط التزام المريض بالعلاج بدقة.
- 4-إن المراجعة باكراً ما أمكن بعد حدوث الشلل وضبط ما يمكن ضبطه من عوامل الخطر لدى المريض يجعلان التحسن السريري أفضل وأسرع .
- 5-كل شلل عصب وجهي محيطي عند طفل يوجب استشارة أذنيه لنفي أي آفة على مستوى الأذن الوسطى بسبب تعذر فحص السمع عند الأطفال .
- 6-كل شلل عصب وجهي محيطي عند مسن يوجب نفي الأسباب الوعائية على مستوى جذع الدماغ .
- 7-يجب معالجة الحلا النطاقي معالجة فعالة عند الشك به، خاصة بوجود حوصلات في قوقعة الأذن للتخفيف قدر الإمكان من العقابيل الخطيرة والكثيرة .
- 8-يجب ضبط الداء السكري عند كل مرضى السكري، لأن السكري سبب لحدوث الكثير من حالات شلل العصب الوجهي المحيطي .
- 9-لابد من استكمال هذه الدراسة بدراسات أخرى تعتمد فيها بقياس شدة الأذية على الدراسات الكهربائية (تخطيط العصب الوجهي) ومتابعة المرضى لفترة أطول من شهر واحد، وذلك لمعرفة الفترة الزمنية اللازمة لتحسن المرضى الذين لم يتحسنوا خلال شهر من بدء العلاج.

المراجع:

1- PEITERSSEN,E.The natural history of Bells palsy ,Am otol 1982,4:107.

- 2- PEITERSEN,E. *Bells palsy: The spontaneous course of 2.500 peripheral Facial nerve palsies of different etiologies* , A cta Otolaryngol suppl 2002;:4.
- 3- HOLLAND,NJ,WEINER,GM.*Recent developments in Bells palsy*. BMJ 2004;329:553 .
- 4- ADOUR,KK ,*Whos afraid of the facial nerve?* American Academy of Otolaryngology – mosby –year book ,St louis,1995.P.8.
- 5- WILLIAMSON,IG,WHELAN,TR. *The clinical problems of Bells palsy: is treated with steroids effective* .?Br J gen pract 1996;46:743.
- 6- SCHIRM,T,MULKENS,PS. *Bells palsy and herpes simple viruse* –APMIS 1997;105:815.
- 7- ADOUR,KK, 13YL,FM,HILSINGER,RL. *The true nature of Bells palsy : analysis of 1.000 consecutuie patients*. Laryngoscope 1978,I 88:787.
- 8-C. DEROUESNE/ ET P .*Bouche in pratique neurologique flamariou- M palpation* 1983, page: 70 .
- 9-MACKAY,LANS;BULL,T,R.*SCOTT-BROWNS Otolaryngology*, Sixth edition, BUTTER WORTHHEINM ANN, 1997,451.
- 10-ANIL,K,LALWANI,*Current*,2004,885 .