

## المعالجة الفيزيائية المثلى لمرضى شلل بل دراسة سريرية وعلاجية لـ 75 مريضاً مع مراجعة الأدب الطبي

الدكتور أكنم هيفا\*

(تاريخ الإيداع 13 / 2 / 2011. قُبل للنشر في 19 / 4 / 2011)

### □ ملخص □

يعتبر شلل بل من الآفات الشائعة التي تصيب العصب الوجهي المحيطي عند التفاوت الحراري ويعتقد بوجود عامل مسبب فيروسي. تتظاهر هذه الحالة بانحراف الوجه باتجاه معاكس للإصابة مع انسدال الجفن وألم خلف الأذن إضافة إلى سيلان اللعاب ما يؤدي اضطراباً وظيفياً وشكلياً. تعالج هذه الحالة دوائياً بالكورتيكوستيروئيدات مع إجراء معالجات فيزيائية في محاولة لإعادة المريض إلى الوضع الطبيعي. تشمل المعالجة الفيزيائية التي تلعب الدور الأهم في تحسن هذه الحالة المساج السطحي، الأبخرة، التنبيه الكهربائي، الأشعة تحت الحمراء إضافة إلى معالجات ميكانيكية تتضمن نفخ بالون أو مضغ علكة. تم في هذا البحث إجراء دراسة مقارنة لمشاركات علاجية فيزيائية مختلفة لـ 75 مريضاً بهدف وضع المشاركة المثلى لإعادة المريض إلى حالته الطبيعية أو ما يقاربها. تبين أنّ المعالجة الفيزيائية المثلى لهذه الحالة هي مشاركة المساج المسحي مع المعالجة الحرارية بالأشعة تحت الحمراء والتنبيه الكهربائي إضافة إلى نفخ بالون ومضغ علكة خاصة عندما يراجع المريض مباشرة بعد الإصابة.

**الكلمات المفتاحية:** إصابات العصب الوجهي - شلل بل - المعالجة الفيزيائية.

\* مدرس - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## The Optimal Physical Treatment for Bell s Palsy Clinical & Therapeutical Management Study of 75 Patients with a Review of the Literature

Dr. Aktham Haifa \*

(Received 13 / 2 / 2011. Accepted 19 / 4 / 2011)

### □ ABSTRACT □

Bell s Palsy is one of the most common injuries that affects the peripheral facial nerve. It appears as a facial deviation, opposite the injury, elides ptosis, retro auricular pain, and salivation.

This disorder is treated medicinally with physiotherapy sessions, attempting to restore the patient to normal situation. The physical therapy includes: superficial massage, vaporization, electric stimulation, infared radiation and mechanical therapies.

In this study, we have carried out a comparative study of different physical treatment combinations for 75 patients to determine the optimal combination to restore the patient to normal. We have demonstrated that the optimal physical treatment for this condition is the combination of massage, infared thermotherapy and electric stimulation, in addition to blowing up a ballon and chewing gums; especially when the patient checks directly after injury.

**Keywords:** Facial Nerve Lesions, Bell Paralysis, Physical Treatment.

---

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

## مقدمة:

يعتبر شلل "بل" من الآفات الشائعة التي تصيب العصب الوجهي المحيطي خاصة في حالات التفاوت الحراري ويعتقد بوجود عامل فيروسي هو فيروس العقبول البسيط [ 1 ] الذي لوحظ وجوده في السائل داخل قناة العصب الوجهي وفي لعاب هؤلاء المرضى [ 1,2,3 ]. ويشير باحثون إلى أسباب تتعلق بالتأهب العائلي، نقص تروية العصب [ 3 ].

تتظاهر هذه الإصابة بشلل في عضلات الإضحاك، مع اضطراب حس الذوق في الثلثين الأماميين من اللسان في جهة إصابة العصب الوجهي مع قلة في إفراز الدمع وإفراز اللعاب، صعوبة في إغلاق العين أما حسياً فيحدث فقد حس في شحمة الأذن وجزء من مجرى السمع الظاهر. ويصعب على المريض تقطيب جبينه، ويصعب التصفير، وينحرف الفم بالتكشير إلى الجهة المقابلة، ويتراكم الطعام بين الأسنان، ويطانة الوجه في الجهة المصابة [ 4,5 ]. تشمل المعالجة: المعالجة الدوائية والمعالجة الفيزيائية.

يتضمن العلاج الدوائي إعطاء الستيروئيدات القشرية بجرعة 60 ملغ يومياً تسحب بالتدريج مع إعطاء مقويات العصب مثل الفيتامين B12، الأدوية المضادة للفيروسات، وتشير بعض المراجع إلى معالجة جراحية تهدف إلى تحرير العصب.

يتضمن العلاج الفيزيائي طرق عديدة منها: المساج المسحي، المعالجة الحرارية بالأشعة تحت الحمراء، التنبية الكهربائي، معاجات ميكانيكية مثل نفخ بالون أو مضغ علكة [ 7,8,9,10 ].

**المساج المسحي:** يتم طويلاً بيد واحدة أو باليدين أو يد بعد أخرى بظهر سلاميات الأصابع حيث إن له تأثير ميكانيكي في الأوعية الدموية الوريدية واللمفاوية دون إعاقة الدورة الشريانية وذلك بهدف زيادة تغذية الأنسجة.

**المعالجة الحرارية:** وتتم باستخدام جهاز إضاءة بالأشعة تحت الحمراء بغية تسخين المنطقة المصابة ما يؤدي إلى تنشيط الدورة الدموية الذي يؤدي إلى ورود كمية أكبر من الدم ما يسهم في تسريع إزالة الوذمة.

**التنبية الكهربائي:** تمرر مجموعة من التيارات ذات التردد المنخفض التي تستعمل كمسكن للألم عن طريق تأثيرها الانعكاسي في الأعصاب، وتأثيرها الحراري في الأنسجة إضافة إلى أنها تسبب التقلص العضلي. حيث تم الحصول على التيار المباشر الثابت باستخدام بطاريات جافة ذات فرق كمون بحدود 90 فولت وتتراوح الشدة بين 1-10 ميلي أمبير.

**المعالجات الميكانيكية:** وتضم الآليات التالية: نفخ بالون، تصفير بصفارة إضافة إلى مضغ علكة على الجهة المصابة إن أمكن ( حيث أنها غير ممكنة عند بعض المرضى مثل الذين لديهم أسنان صناعية).

## أهمية البحث وأهدافه:

- 1- إن الإصابة بشلل بل شائعة وتؤدي إلى تعطيل وظيفي واضطراب شكلي لدى المرضى.
- 2- يسهم التدخل العلاجي السريع في إعادة الوضع الوظيفي، وتحسين التغير الشكلي للمريض ما يعيد تأهيله وعودته السريعة إلى سوق العمل.
- 3- يهدف هذا البحث إلى وضع المعالجة الفيزيائية المثلى التي تمكننا من تحسين حالة المريض، وإعادته السريعة إلى عمله.

## طرائق البحث ومواده:

تضمن البحث دراسة 75 مريضاً مصاباً بدرجات مختلفة من شلل بل بأعمار تتراوح من 6 إلى 65 سنة (الجدول رقم 1) منهم 35 ذكوراً و 40 إناثاً (الجدول رقم 2).

الجدول رقم 1 يبين أعمار المرضى:

عمر المريض /سنوات/	تحت سن 10	20-11	30-21	40-31	41 وما فوق	العدد الكامل
العدد	5	8	22	30	10	75

الجدول رقم 2 يبين جنس المرضى:

جنس المريض	ذكور	إناث	العدد الكامل
العدد	35	40	75

راجع بعض المرضى بعد الإصابة مباشرة بينما راجع آخرون خلال مدد مختلفة (جدول رقم 3).

الجدول رقم 3 يبين فترات مراجعة المرضى:

فترة المراجعة	بعد الإصابة مباشرة	خلال شهر من الإصابة	1-3 أشهر من الإصابة	بعد 3 أشهر	العدد الكامل
العدد	20	15	30	10	75

تم تطبيق المشاركات العلاجية وفق ما يلي:

#### 1- المجموعة الأولى:

أ- الأشعة تحت الحمراء: تم تطبيق جهاز له مصباح متوهج يصدر الأشعة تحت الحمراء بطول 10000 أنغستروم لمدة 8-10 دقائق وبمعدل جلسة واحدة يومياً ولمدة 6 أسابيع.

ب- المساج المسحي: تم إجراء المساج بيد مسترخية دون ضغط وذلك بشكل طولي بيد واحدة وأحياناً باليدين وبشكل عرضي باليدين ثم يد بعد أخرى ثم بظهر سلاميات الأصابع على شكل قبضة وبأطراف الأصابع. مدة الجلسة 10-15 دقيقة وبشكل يومي لمدة 45 يوماً.

ج- التنبيه الكهربائي تم استخدام جهاز (تينيس) وذلك بهدف التنبيه بشدة 1-10 ميلي أمبير حسب تحمل المريض (وسطياً 7 ميلي أمبير). تم ذلك بتطبيق الكترودات على زاوية الفم بين الشفتين (الفرع السفلي) وتم بين زاوية الفم وزاوية العين (الفرع المتوسط)، وبعدها فوق الجفن (الفرع العلوي - تعصيب الجبهة).

د- تم نصح المرضى بنفخ بالون، وباستخدام علكة على الجهة المصابة، مع إجراء مضغ الطعام على الجهة المصابة.

#### المجموعة الثانية:

أ- المساج السطحي: كما ورد سابقاً.

ب- إجراء تمارين فاعلة ومنفعلة أمام المرآة وذلك بمسك الوجنة ومحاولة الضحك، وشد الوجه مع المقاومة.

ج- تطبيق الأشعة الحمراء كما ورد أعلاه.

#### المجموعة الثالثة:

آ- التنبيه الكهربائي كما ورد أعلاه.

ب- تطبيق أبخرة باستعمال جهاز له قوتي دفع بخار آ و ب حسب الشدة ولزيادة كثافة

البخار تم إضافة زيت النعناع وبعض المواد العطرية الأخرى.

ج- المساج المسحي كما ورد أعلاه.

### النتائج والمناقشة:

**المجموعة الأولى:** ضمت 25 مريضاً تراوحت أعمارهم من 4 إلى 50 سنة وهم الذين راجعوا بفترات متفاوتة

بعد بدء الإصابة وفق الجدول 5 والجدول 6.

الجدول رقم 5: يبين أعمار المرضى في المجموعة الأولى:

المجموع	41 وما فوق	40-31	30-21	20-11	تحت سن 10	المجموعة العمرية/سنة
25	1	2	14	6	2	العدد

الجدول رقم 6 يبين زمن مراجعة المرضى بعد بدء الإصابة:

المجموع	بعد 3 أشهر	3-1 أشهر	شهر من الإصابة	بعد الإصابة مباشرة	زمن المراجعة
25	1	2	7	15	العدد

شوهده تحسن بنسبة 85-90% عند المرضى، وبخاصة عند ذوي الأعمار الصغيرة وأيضاً عند جميع المرضى الذين راجعوا بعد الإصابة مباشرة وتم تعطيهم دوائياً بالتعاون مع طبيب الأمراض العصبية. حيث تبين تراجع انحراف الوجه بنسبة 90% وتحقق إغلاق العين الكامل بنسبة 80% وتحسن وضع القناة الدماغية عند جميع المرضى الذي ترافق مع تراجع الاحساس بالخدر في الخد.

**المجموعة الثانية:** ضمت 25 مريضاً تراوحت أعمارهم من 6 إلى 54 سنة الذين راجعوا بفترات متفاوتة بعد

بدء الإصابة وفق الجدول 7 والجدول 8 .

الجدول رقم 7: يبين توزع أعمار مرضى المجموعة الثانية:

المجموع	41 وما فوق	40-31	30-21	20-11	تحت سن 10	المجموعة العمرية/سنة
25	3	13	6	1	2	العدد

الجدول رقم 8: يبين زمن مراجعة المرضى بعد بدء الإصابة:

المجموع	بعد 3 أشهر	3-1 أشهر	شهر من الإصابة	بعد الإصابة مباشرة	زمن المراجعة
25	1	15	6	3	العدد

شوهده تحسن بنسبة 60-75% وكان التحسن أفضل ما يمكن عند ذوي الأعمار الصغيرة وممن راجعوا باكراً بعد الإصابة حيث ترجع انحراف الفم بنسبة 90% فيما تحقق إغلاق العين بنسبة 75% وتحسن وضع القناة الدمعية بشكل كامل إلا أنه بقيت شكوى من خدر خفيف في الخد لدى معظم المرضى.

**المجموعة الثالثة:** ضمت 25 مريضاً تراوحت أعمارهم من 9 وإلى 42 سنة الذين راجعوا بفترات متفاوتة بعد بدء الإصابة وفق الجدول 9 والجدول 10 .

الجدول رقم 9: يبين أعمار توزع مرضى المجموعة الثالثة :

المجموع	41 وما فوق	40-31	30-21	20-11	تحت سن 10	المجموعة العمرية سنة
25	6	15	12	1	1	العدد

الجدول رقم 10: يبين زمن مراجعة المرضى بعد بدء الإصابة:

المجموع	بعد 3 أشهر	3-1 أشهر	شهر من الإصابة	بعد الإصابة مباشرة	زمن المراجعة
25	3	13	7	2	العدد

شوهده تحسن بنسبة لا تزيد عن 50% حيث تراجع انحراف زاوية الفم بنسبة لا تزيد عن النصف بينما بقيت العين مفتوحة قليلاً مع جفاف دمعي و خدر خفيف واستمرت شكوى المرضى من سقوط الطعام من الفم أثناء تناوله نتيجة عدم الإطباق الكامل.

تم نصح مرضى هذه المجموعة بمتابعة العلاج لفترة أطول مع إجراء الحركات الذاتية.

**مما سبق نلاحظ أن المشاركة التي أجريت للمجموعة الأولى هي الأفضل.**

### الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- تسهم المعالجة الفيزيائية لشلل بل بطريقة المشاركة في المجموعة الأولى التي ضمت المعالجة الحرارية، التنبيه الكهربائي إضافة إلى المعالجة الميكانيكية الذاتية في إعطاء أفضل النتائج.
- 2- ينصح مريض شلل بل بمراجعة طبيب المعالجة الفيزيائية بعد الإصابة مباشرة وذلك بالتنسيق مع طبيب الأمراض العصبية الذي يباشر في العلاج الدوائي ما يسهم في تحسن كبير، وإعادة المرضى إلى وضعهم الطبيعي بنسبة عالية.
- 3- ضرورة المتابعة على العلاج، وعدم توقيف العلاج في أي مرحلة من مراحلها، لأن ذلك قد يؤدي إلى بقاء عقابيل.
- 4- توعية المرضى وذويهم عند إجراء العلاج الذاتي بحيث تطبق طريقة المعالجة بحذافيرها.
- 5- تسهم تغطية العين بنظارة في الوقاية من التهاب الملتحمة.
- 5- تسهم بتغطية الوجه بشكل جيد بعد جلسة المساج السطحي أو التدليك الذاتي بهدف المحافظة على السخونة الموضعية المطلوبة.

## المراجع:

- 1- IVERSON C, FLANAGINA A, FONTANAROSA PB et.al American Medical Association Manual of style: A guide for Authors and editors, 9<sup>th</sup> ed Biltmore, Md: Williams & Wilkins;1998, p106-109.
- 2- MURAKAM S, MIZOBUCHI M, NAKASHI RO Y et.al,Bell palsy and herpes simplex virus: Identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. Ann intern mrd.1996;124(1 pt 1):27-30.
- 3- NAKAMURA K, YANAGIHARA N. Neutralization antibody to herpes simplex virus type 1 in Bell s palsy.Ann otolo Rhinol Laryngol Suppl. 1998;137:18-21.
- 4- FINSTERER J. Management of peripheral facial nerve palsy. Eur. Arch Otorhinolaryngolo. 2008;265:743-752.
- 5- UPDATE ON MANANGING Bell s palsy. Drug ther Bull 2008;46:53-54.
- 6- د. زهور محسن السعد. اللقوة أو شلل الوجه النصفى، جريدة أخبار الطب، تشرين أول 2010 ص.3
- 7- DORLAND S. Illustrated medical dictionary. 28<sup>TH</sup> ED. Philadelphia, Pa: WB Saunders co;1994,p34-35.
- 8- BAUERCA, COKER NJ. Update on facial nerve disorders. Otolaryngol clin. North Am. 1996;29:445-455.
- 9- PETROZELLI GJ, HIRSCH BE. Bell s palsy: a diagnosis of exclusion. Postgrad. Med. 1991;90:115-118, 125-127.
- 10- د. بشار خير، د. محمد ضيغم المفتي. المعالجة الكهربائية والمائية، 1998، ص111، منشورات جامعة دمشق.

