

كلية الطب البشري

السنة الخامسة

01

S.P

70

14

شكاوى المرضى في الأمراض العصبية (1)



08/03/2020

د. عبد الناصر صليحي

01

RB Medicine

Neurology | الباطنة العصبية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته



مخطّط المحاضرة

الصفحة	الموضوع
2	Headache and Facial Pain الصداع والألم الوجهي
4	Dizziness and Blackouts الدوخة والغشي
6	Coma السبات
7	Delirium and Acute Confusion الهذيان والتخليط الحاد
9	Amnesia النساوة
10	Weakness الضعف العضلي

مقدمة

- ✓ يكون الدماغ والنخاع الشوكي والأعصاب المحيطية العضو المسؤول عن الشعور بالمحيط وسلوك الإنسان في هذا المحيط، والحفاظ على بيئة الإنسان الداخلية في جاهزية لهذا السلوك.
- ✓ في المملكة المتحدة يراجع 10٪ من السكان أطباءهم العاميين كل سنة من أجل شكاويهم العصبية، وتشكل الاضطرابات العصبية خمس القبولات الطبية وجزء كبير من العجز الفيزيائي المزمن.

شكاوي المرضى في الأمراض العصبية

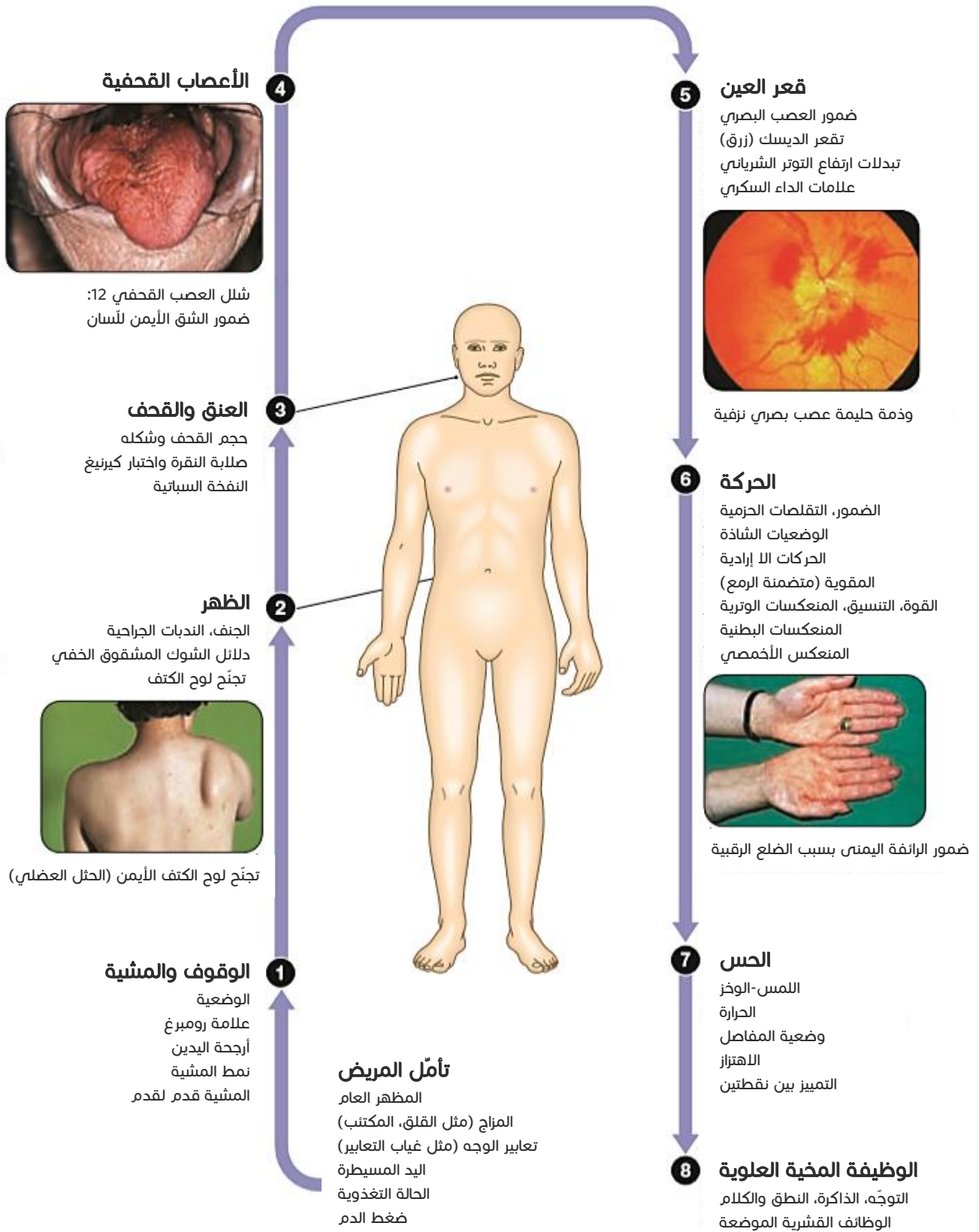
Presenting Problems in Neurological Disease

الصداع والألم الوجهي Headache and Facial Pain

- الصداع هو عرض مقلق وشائع، لكنّه نادراً ما يكون بسبب أمراض خطيرة.
- يمكن تقسيم السبب إلى:
 - **بدئي (حميد):** مثل الصداع التوترّي، الصداع العنقوديّ، صداع قصف البرق.
 - **ثانوي:** مثل الاستخدام الزائد للأدوية، النزف داخل الدماغ، الخمج، التهاب الشريان الصدغيّ، الألم الرّاجع.
- لدى معظم المرضى إحدى متلازمات الصداع البدئيّ.
- **الصداع ذو البدء المفاجئ**، والذي يصل لذروته مباشرة، هو دائماً **"إشارة توقف"** ويستدعي استشفاء وتقييم مستعجلين لنفي نزف تحت عنكبوتية محتمل أو الأسباب الخطيرة الأخرى، على الرغم من أنّ (10-25)٪ فقط من المرضى سيكون لديهم آفة خطيرة.
- يجب تحريّ العلامات وجود المشعرات السريريّة للأسباب المحتملة (مثل الطفح الجلدي في التهاب السحايا).
- الصداع الذي يترقى خلال ساعات إلى أيام يحمل احتمالية أقل لأن يكون خطيراً.
- من الضروري تحديد فيما إذا كان الصداع متقطعاً (عادةً الشقيقة) أو مستمراً.
- الأعراض المرافقة البصريّة، الغثيان/الإقياء، أو رهاب الضوء/رهاب الصوت قد تشير للشقيقة، لكن الأعراض البوريّة المترقيّة، نقص الوزن أو الحمى قد تقترح سبباً أكثر خطورة (مثل السرطان أو التهاب السحايا).
- تدفع الشقيقة بشكل وصفي للمريض للانزواء في السرير والنوم في غرفة معتمّة، بينما يجعل الصداع العنقوديّ المريض مهتاجاً ويتصرّف بسلوك لا يعرف الراحة.
- الصداع الذي يقلق المريض باستمرار لأشهر وسنوات من النادر جداً - إن لم يكن من المستحيل - أن يخفي خلفه سبباً خطيراً، بينما الصداع حديث العهد، خاصة لدى المسنين، يدعو أكثر للقلق.
- يجب الشك بالتهاب الشريان الصدغيّ لدى المرضى الذين تجاوز عمرهم 65 ويعانون من ألم موضّع في أحد أو كلا الصدغين، خاصة إذا كان النبض غائباً و/أو الشرايين متوسّعة ومؤلمة.

- إنَّ معظم المصابين بالصداع اليومي المزمن (غالباً ما يستمر الصداع لأشهر وسنوات، بدون أعراض مرافقة ومعنّد على المسكنات).
- إنَّ التهاب الجيوب، التوتر العيني، الحساسية للأغذية وارتفاع التوتر الشرياني غير المختلط نادراً جداً ما تفسر الصداع المستمر.

الفحص السريري للجهاز العصبي



الألم العيني

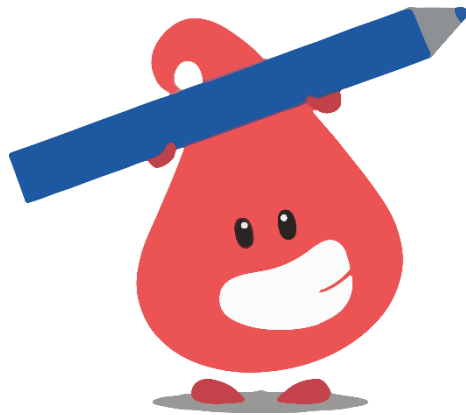
✦ عندما يتم نفي الأمراض العينية (مثل الزرق الحاد)، فإن الألم العيني قد ينجم عن آلام الرأس مثلثية التوائم الذاتية (Trigeminal Autonomic Cephalalgias (TACs)، أو بشكل أندر الآفات الالتهابية والارتشاحية في قمة الحجاج أو في الجيب الكهفي، حيث تكون عادةً إصابة الأعصاب القحفية الثالث، الرابع، الخامس أو السادس واضحة.

الألم الوجهي

- ✦ قد يكون الألم في الوجه ناجم عن المشاكل السنية، المفصل الصدغي الفكي أو الجيوب ويكون تشخيصها عادةً واضحاً بفضل الملامح السريرية الأخرى.
- ✦ من الشائع مشاهدة الألم الوجهي في الشقيقة لكن هناك بعض المتلازمات التي تتظاهر فقط بالألم الوجهي.
- ✦ الأسباب العصبية الأشيع هي ألم مثلث التوائم، الحلاً النطاقي والألم العصبي التالي للحلاً، تتميز جميعها بشدتها المرتفعة.
- ✦ في ألم العصب مثلث التوائم، يصف المريض لسعات بارقة لألم مبرح (صعقة الكهرباء)، بشكل متكرر في قطاع القسم الثاني والثالث لمثلث التوائم، ويسبق الألم عادةً ظهور الاندفاعات الجلدية.
- ✦ قد يستمر الألم الناجم عن الإصابة بما يسمى بالألم التالي للحلاً، وهو شكل نموذجي ألم حارق مستمر بتوزع القطاع المصاب، مع حساسية ملحوظة للمس الخفيف (الألودينيا Allodynia هي إحساس المريض بألم عندما يتعرض لمنبه حسبي غير مؤلم كاللمس مثلاً) والتعنيدي على المعالجة.
- ✦ تسبب الآفات المخزبة لمثلث التوائم عادةً النمل أكثر من الألم.

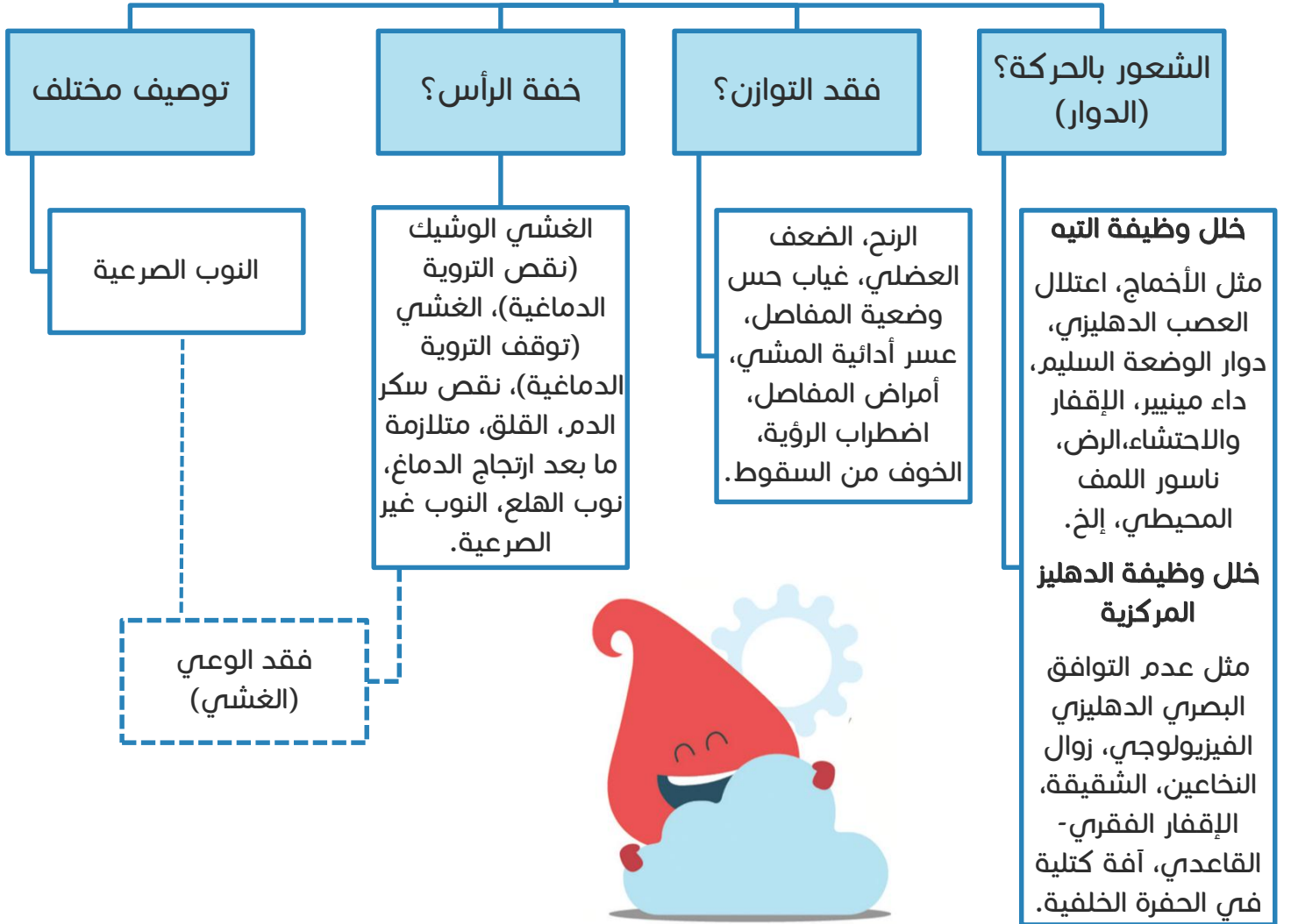
الدوخة والغشي Dizziness and Blackouts

- نوب غياب أو اضطراب الوعي شائعة.
- بعد أخذ قصة مفصلة من المريض، مدعومة بالمعطيات المجموعة من الشهود، يجب أن نكون متيقنين مما تعرض له المريض، هل هو غياب عن الوعي، اضطراب الوعي، الدوار، النساوة العابرة أو شيء آخر.



تابعوا المقاربة
التشخيصية مع
المخطط في
الصفحة التالية

نوبة الدوخة أو الغشي



غياب الوعي Loss of Consciousness

- يحدث غياب الوعي العابر بسبب النقص العكوس للصبب الدّمويّ الكافي للدماغ (الغشي)، أو بسبب سوء الوظيفة الدّماغية المفاجئ خلال النوب الصرعية.
- يعاني الكثير من المرضى من الإغماء النفسي أو النوب غير الصرعية، مما يشوش التمييز بينهما.
- لا يمكن لأي توسّع بالاستقصاء أن يحل مكان القصة السريرية الدقيقة في هذه الأحوال.
- يذكر الجدول التالي الملامح السريرية المفيدة في تمييز النوب الصرعية عن الإغماء.

التعافي السريع	الصداع التالي للنوبة	النساوة التالية للنوبة	التخليط التالي للنوبة	عضّ اللسان	الزرقة	النسمة (مثل الشميّة)	
-	+	+	+	+	+	+	النوب الصرعية
+	-	-	-	+/-	-	-	الغشي / الإغماء

الغشي Syncope

- الشعور القصير بخفة الرأس يسبق نوب الإغماء، بعدها تتعتم الرؤيا وقد تترافق مع الطنين في الأذنين.
- قد يتحرّض الغشي القلبي العصبي بالتوتر والانفعال أو بالألم ويحدث عادةً في وضعية الوقوف.
- قد يصادف السلس البولي في نوب الغشي والتي غالباً ما تترافق مع قساوة ونفضات خفيفة في الأطراف، لكن لا يحدث أبداً عضة اللسان.
- ينجم الغشي القلبي عن النقص المفاجئ للصيب القلبي وبالتالي الإرواء الدماغية، قد يتحرّض الغشي القلبي بالجهد (مثل تضييق الصمام الأبهري الشديد) أو قد يحدث بشكل مباغت بدون محرّضات (كما هو الحال في الحصار القلبي).
- التعافي سريع ولا يتلوه تغييم في الوعي.

السبات Coma

مقياس غلاسكو للسبات GCS	
فتح العينين (E)	
4	عفوي
3	للكلام
2	للألم
1	غائب
أفضل استجابة حركية (M)	
6	مطيع الطلب
5	موضعة
4	سحب
3	عطف شاذ
2	استجابة بسيطة
1	غائبة
الاستجابة الكلامية (V)	
5	متوجّه
4	حوار تخطيطي
3	كلمات غير مناسبة
2	أصوات غير مفهومة
1	غائبة
مشعر السبات = E+M+V	
الأعلى 15 - الأدنى 3	

- يجب تحديد مستوى الوعي باستخدام مقياس غلاسكو للسبات GCS وعلى الرغم من وضعه لرضوض الرأس، فإن مقياس غلاسكو للسبات يستخدم بشكل واسع في تقييم السبات في الحالات غير الرضية، لكن يقلل العجز الذي يصيب وظيفة اللغة والأطراف فعاليته.
- بلا شك للقياس المتكرر أهمية إنذارية.
- يشير السبات المستمر إلى اضطراب في آليات اليقظة في جذع الدماغ والدماغ البيني.
- للسبات أسباب عديدة، وللقصة المأخوذة من أي شاهد أهمية بالغة في التعرف على السبب.
- قد يكشف الفحص العصبي أدلة لرض على رأس، وذمة حليلة عصب بصرية، علامات سحائية أو اضطراب في حركة العينين.



أسباب السبات	
زيادة الجرعة الدوائية، الداء السكري (فرط سكر الدم، الحمض الخلوني، سبات فرط الأوزمولية)، نقص الصوديوم، زيادة البولة الدموية، قصور الكبد، القصور التنفسي، نقص الحرارة، قصور الدرق، عوز التيامين.	اضطراب استقلابي
تكدّم الدماغ، النزف خارج/تحت الجافية، أذية التباطؤ.	الرض
النزف تحت العنكبوتية، النزف داخل المخ، الاحتشاء/النزف في جذع الدماغ، خثار الجيوب الوريدية الدماغية.	الأمراض الوعائية
التهاب السحايا، الخراجات المخية، الخمج الجهازية.	الأسباب الخمجية
الصرع، أورام الدماغ، وظيفي.	أخرى

الموت الدماغى Brain Death

- الموت الدماغى هو حالة يكون فيها فقد وظائف القشر الدماغى وجذع الدماغ غير عكوس.
- يسمح تحقيق معايير تشخيص الموت الدماغى بسحب الدعم الطبى للمريض والسماح للموت الطبيعى بالحدوث.
- تشخيص الموت الدماغى معقد ويجب وضعه فقط من قبل سريريين بخبرة كافية، حيث أنّ تمييز الموت الدماغى عن حالات الشلل الكامل قد يكون صعباً.

الهذيان والتخليط الحاد Delirium and Acute Confusion

- في الهذيان، بشكل لا يشبه العته، يوجد اضطراب في اليقظة مترافق مع اضطراب معمم في الوظائف العقلية.
- يوجد وسن واضطراب التوجه، اضطراب الإدراك وتغييم التفكير.
- بشكل نموذجي تتأرجح حالة المريض، يتفاقم التخليط في الليل، وقد يوجد اضطراب انفعالي أو تبدلات نفسية مرافقة.

التشخيص:

- الأسباب المحتملة عديدة. (الجدول ص 8)
- القصة من الشهود مهمة، وقد يكشف الفحص السريري على أدلة أخرى.
- من الهام تمييز التخليط عن الحبسة الطليقة (حبسة فيرنيقة).
- على كل حال، غالباً ما يكون السبب غير واضحاً ويحتاج إجراء مسوحات مخبرية واسعة. (الجدول ص 9)

التدبير:

- التعرف على السبب وعلاجه ما أمكن ذلك، العناية بالمريض في غرفة مضيئة بشكل جيد وتجنب المركبات التي يمكنها أن تفاقم التخليط، أحياناً قد نحتاج الهالوبيريدول.
- في الهذيان الإرتعاشي (سحب الكحول)، تكون المعالجة بالديازيبام بجرع متناقصة مع التيامين الوريدي.

أسباب حالة التخليط الحاد		
غير شائع	شائع	
الخراج الدماغية التقيح تحت الجافية	الخمج الصدري الخمج البولي خمج الدم الأمراض الفيروسية التهاب السحايا التهاب الدماغ	الخمج
قصور/فرط نشاط الدرق أمراض قشر الكظر البورفيريا	نقص الأكسجة (قصور القلب/التنفس) النزف الحاد فرط/نقص السكر فرط/نقص البوتاسيوم نقص الصوديوم القصور الكبدية القصور الكلوي	استقلابي/غدي
التهاب الأوعية مثل (الذئبة الحمامية الجهازية) خثار الأوردة الدماغية	النزف/الاحتشاء الدماغية الحاد النزف تحت العنكبوتية	وعائي
الانسامام بأول أكسيد الكربون السموم الصناعية (مثل المعادن الثقيلة)	الانسامام/السحب الكحولي الأدوية العلاجية/غير القانونية	سمي
الأورام المخية البدئية المتلازمة نظيرة الورمية	التوضعات (الانتقالات) الثانوية	تنشئي
	تكدّم الدماغ النزف تحت الجافية	رضي
استسقاء الدماغ الحاد الحالة الصرعية البؤرية المعقدة اعتلال الدماغ لهاشيموتو	الحالة ما بعد النوبة (الصرعية) ما حول الجراحة انكسار المعاوضة الحاد في الخرف	أسباب أخرى



استقصاء حالة الخليط الحاد		
الاختبارات المفيدة الأخرى	الخط الأول	
خمائر قلبية، رحلان بروتينات، واسمات ورمية، الفيتامين B12، اختبارات النحاس، الاختبارات المصلية للزهرى، الأضداد الذاتية.	تعداد عام كامل، سرعة التثقل، البولة والشوارد، الكالسيوم، المغنيزيوم، الغلوكوز، وظائف الكبد، وظائف الدرق.	اختبارات الدم
البزل القطني، تخطيط الدماغ الكهربائي.	تصوير الرأس (طبقي محوري و/أو الرنين المغناطيسي).	اختبارات عصبية
الاختبارات الفيروسية إن دعت الحاجة (مثل فيروس نقص المناعة المكتسب). بورفيرين البول.	غازات دم شريانية، تخطيط القلب، تحري الأبخاج (زرع الدم، تصوير الصدر، زرع البول).	اختبارات أخرى

النساوة Amnesia

- اضطراب الذاكرة معاناة شائعة.
- عندما لا تسبب النساوة اضطراب هام في وظائف الأشخاص، هنا يتبين لدى العديد من المرضى معاناتهم من اضطراب في الذاكرة حميد مرتبط بالعمر، المزاج وبالاضطرابات النفسية.
- قد يكون فقد الذاكرة العابر ناجماً عن حالة تخليطية انسامية، حالة ما بعد النوبة الصرعية أو نساوة شاملة عابرة. التمييز بين هذه الحالات يعتمد على القصة السريرية.

النساوة الشاملة العابرة Transient Global Amnesia

- ✦ تصيب بشكل أساسي المرضى متوسطي العمر متظاهرة بالفقد المفاجئ الخفيف لوظيفة الذاكرة المستقبلية، لذا نجد المريض يكرّر الأسئلة.
- ✦ يبقى الوعي محفوظاً، تعود الذاكرة والسلوك إلى السواء بعد 4-6 ساعات. لا تترافق هذه الظاهرة مع النوب الصرعية، وتميل للنكس عند (10-20)% من المرضى.
- ✦ لا تترافق الحالة مع علامات سريرية ولا حاجة للاستقصاءات المتقدمة إذا كان الصرع مستبعداً.

النساوة الدائمة Premanent Amnesia

- ✦ تميّز بشكل شائع الأمراض الخطيرة.
- ✦ عندما تتأثر الذاكرة قصير الأمد، هنا ترجّح متلازمة كورساكوف بسبب الكحول غالباً.
- ✦ يجب استقصاء فقد التدريجي للذاكرة بالاختبارات المناسبة لتشخيص العته.

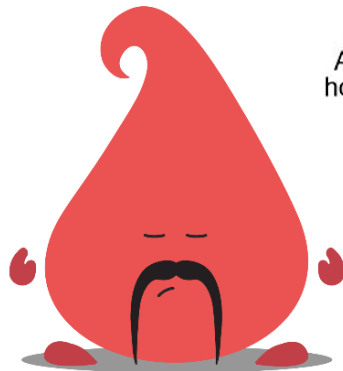
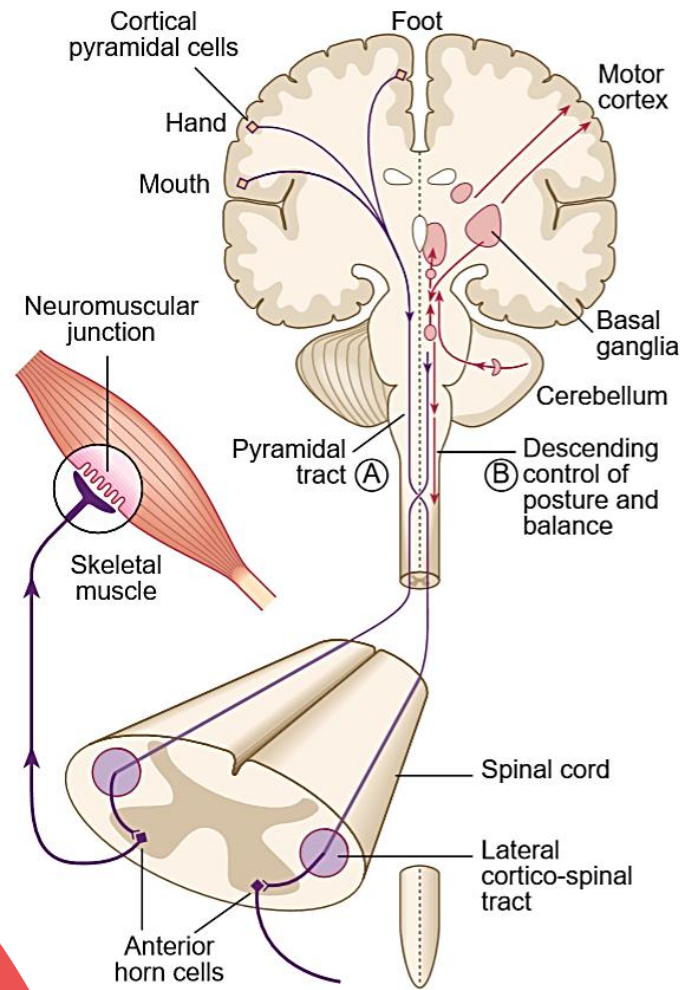
الضعف العضلي Weakness

- تسبب الآفات في الأجزاء المختلفة للجهاز الحركي أنماطاً منفردة للعجز الحركي.
- قد يكون بشكل **أعراض سلبية** (الضعف العضلي، فقد التناسق، اضطراب ثبات وضعيات المريض والصلابة) أو **أعراض إيجابية** (الرجفان، سوء الوتار، الرقص، الحركات الكنعية، الذفن الشقي، العرات والحركات الرمعية).
- في حالة إصابة الطرفين السفليين فإنه قد ينجم عنها اضطراب مشية بأنماط مميزة.

الجهاز الحركي The Motor System

✦ يصاغ برنامج الحركة بواسطة القشر أمام الحركي ويتحول إلى سلسلة من الحركات العضلية في القشر الحركي وبعدها ينتقل إلى النخاع الشوكي بواسطة السبيل الهرمي. يبسط الشكل التالي تشريح الجهاز الحركي.

تنزل العصبونات من القشر الحركي بواسطة السبيل الهرمي عبر المحفظة الداخلية والسويقات المخية ثم الناحية البطنية لجذع الدماغ حيث تتصلب معظمها في البصلة A. في الحبل الشوكي، تشكل العصبونات الحركية العلوية السبيل القشري-الشوكي في الأعمدة الجانبية قبل أن تتشابك مع العصبونات الحركية السفلية في القرن الأمامي. تخضع فعالية القشر الحركي إلى تأثير من النوى القاعدية والمخيخ. تسيطر السبل النازلة من هذه البنى على الوضعة والتوازن B.



آفات العصبون الحركي السفلي Lower Motor Neuron Lesions:

- ✓ هذا يؤدي إلى ضعف في تقلص الألياف العضلية للوحدات الحركية وتصبح العضلات ضعيفة ورخوة.
- ✓ تضرر ألياف العضلات منزوعة التعصيب، مسبباً نقص في حجمها.
- ✓ تحدث إعادة التعصيب من العصبونات الحركية المجاورة، لكن الوصل العصبي العضلي غير مستتب، مما يؤدي لظهور التقلصات الحزمية (مرئية بالنسبة للعين المجردة لأن الوحدة الحركية أصبحت أضخم من الوحدة الحركية السوية).

آفات العصبون الحركي العلوي Upper Motor Neuron Lesion:

- ✓ تملك العصبونات الحركية العلوية تأثيراً محفزاً ومثبطاً على عصبونات القرن الأمامي.
- ✓ تؤدي آفات العصبون الحركي العلوي إلى زيادة المقوية، أوضح ما تكون في مجموعات العضلات القوية (أي باسقاط الساق وعاطفات الذراع)، بالمقابل يكون الضعف أوضح في مجموعة العضلات المعاكسة.
- ✓ ينجم عن لجم التثبيط المنعكسات النشطة وتعزيز الأنماط الانعكاسية للحركات، مثل العطف بغاية سحب الأطراف استجابةً للمنبهات المؤلمة وتشنّج الباسطات.

آفات الجهاز خارج الهرمي Extrapyrimal Lesions:

- ✓ تزيد من المقوية، التي تكون موجودة في كامل مدى الحركة وبمختلف سرعات الحركة (الصمل، أو ما يسمّى بمقاومة أنبوب الرصاص).
- ✓ تظهر الحركات غير الإرادية، ورجفان مرافق للصمل معطياً النمط الوصفي لصمل الدولاب المسنّن.
- ✓ تتباطأ الحركات السريعة (بطء الحركة Bradykinesia).
- ✓ تسبب الآفات خارج الهرمية أيضاً عدم استقرار الوضعية، مؤهباً للسقوط.

الآفات المخيخية Cerebellar Lesions:

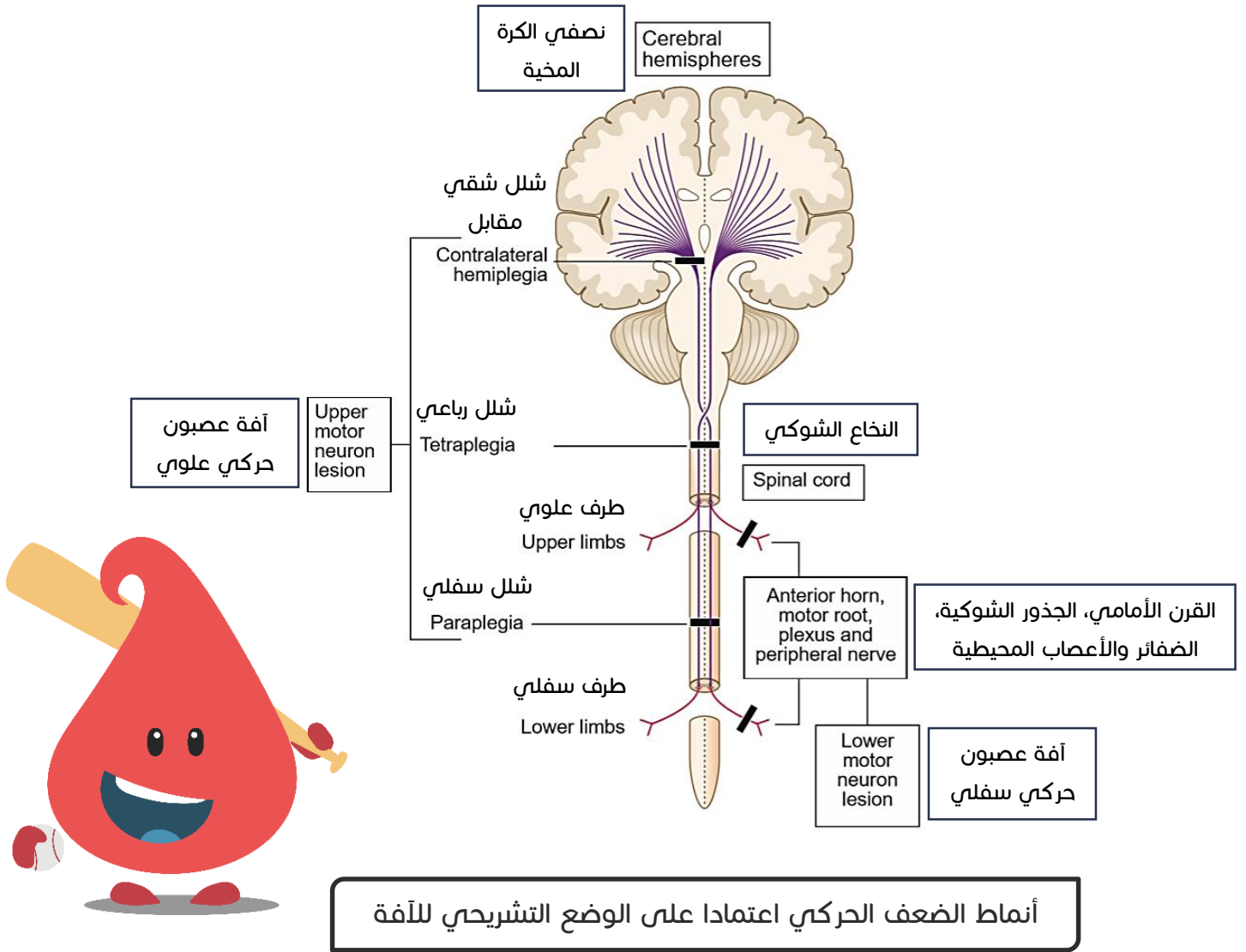
- ✓ تؤدي هذه الآفات إلى ضعف في تناسق الحركة في نفس جانب الآفة للجسم.
- ✓ تبقى بداية الحركة سليمة لكن تتدهور مع اقترابها من الهدف، معطياً ما يسمّى بالرجفان القصدي Intension Tremor.
- ✓ الخطأ بتقدير مسافة الأهداف "خلل القياس" Dysmetria.
- ✓ تضطرب المقدرة على القيام بالحركات المتناوبة المتكررة (عسر الحركات التناوبية Dysdiadochokinesia).
- ✓ تؤدي اضطرابات الدودة المركزية للمخيخ إلى المشية الرنحية المميّزة.



التقييم السريري للضعف:

- يشير نمط الأعراض والعلامات إلى طبيعة الآفة.
- من الضروري التأكد فيما إذا كان المريض يعاني من ضعف القوة، اضطراب الحس أو الوهن المعمم.
- قد يحد الألم من الحركة، مقلداً الضعف، بينما قد يجعل الإهمال الحسي المريض غير مدركاً للضعف الشديد.

كيفية تقييم الضعف العضلي	
مستوى الآفة المحتمل/التشخيص	الموجودات السريرية
النمط والتوزيع	
اعتلال الجذور أو اعتلال عصب وحيده	عضلات معزولة
نصف الكرة المخية، والأقل احتمال آفة نخاع شوكمي أو جذع الدماغ	كلا الطرفين في جانب واحد (خزل شقي)
اعتلال محيطي عصبوني، اعتلال الضفائر، النخاع الشوكي/الدماغ	طرف واحد
النخاع الشوكي، تحري المستوي الحسي	كلا الطرفين السفليين (الخزل النصف)
الوهن العضلي الوخيم	قابلية التعب
وظيفي	غريب، متغير الشدة، لا يحترم القواعد التشريحية
العلامات	
الدماغ/النخاع الشوكي	عصبون حركي علوي
الجهاز العصبي المحيطي	عصبون حركي سفلي
تطور الضعف	
النشبات (السكتات)/اعتلال عصب وحيده	مفاجئ مع تحسن
الورم السحائي، اعتلال النخاع الرقبية التالي للاعتلالات الفقرية التنكسية	ترقي خلال أشهر أو سنوات
الكتل الدماغية، زوال النخاعين	تفاقم تدريجي خلال أيام أو أسابيع
الأعراض المرافقة	
آفات العصبون الحركي، اعتلال العضلات، الوهن العضلي الوخيم	غياب الأعراض الحسية



❖ قد يشكو المرضى المصابون بالباركنسونية من الضعف، يظهر الصمل بالفحص (علامة الدولاب المسنن أو مقاومة أنبوب الرصاص)، هنا ببطء الحركة صريح، ويوجد لدى المريض رجفان الراحة، عادةً غير متناظر بين شقي الجسم.

❖ يجب أن يكون تحدد الحركة بسبب الألم واضحاً للمشاهد، مثلها مثل التشنج والضمور، التقلصات الحزمية، والحركات/الوضعية الشاذة.

❖ الضعف الوظيفي شائع. بالفحص تكون العلامات متبدلة (على سبيل المثال يستطيع المريض المشي لكن يدي فحصه بالاستلقاء ضعف حركة الساق)، قد تظهر القوة لتسمح للمريض بإنجاز حركات قصيرة الأمد بقوة ذات طاقة كاملة. لا تشاهد هذه الملامح في الأمراض العضوية.

❖ في الضعف الوظيفي يمكن أن يصادف الضعف في بسط الورك (نادراً ما يكون عضوياً)، الذي يصبح سوي القوة عند اختبار عطف مفصل الورك المقابل. قد نشرح هذه العلامات بطريقة غير صادمة للمريض لنبين له بأن قوة الطرف المعني سليمة.

شلل العصب الوجهي (شلل بل)

- ✦ شلل بل هو السبب الأشيع للضعف الوجهي، وهو آفة عصبون حركي سفلي للعصب القحفي السابع في قناة العصب الوجهي، تصيب كافة الأعمار من كلا الجنسين.
- ✦ تتطور الأعراض بشكل حادّ خلال ساعات، بألم حول الأذن يتلوه ضعف وجهي وحيد الجانب.
- ✦ غالباً ما يصف المريض الشعور بالتنميل بالرغم من غياب الملامح الموضوعية لاضطراب الحس (ما عدا التذوّق، عندما يكون عصب نخاع الطبل مصاباً).
- ✦ قد تصادف فرط السمع إذا أصيب العصب الركابي، وقد يكون هناك نقص في إفراز اللعاب والدمع.
- ✦ قد يشير ظهور الاندفاعات الحويصلية في الأذن وشراع الحنك إلى الخمج بالحلأ النطاقي كمسبّب.
- ✦ تحسّن الستيروئيدات التعافي إذا بدء بها خلال 72 ساعة من بداية المرض، لكن مضادّات الفيروسات غير فعّالة.
- ✦ على العكس من شلل بل، الضعف الوجهي بأذية العصبون الحركي العلوي يعفّ عن الجزء العلوي للوجه.

