

تشخیص درد های ناحیه صورت

دکتر جلال کاظمی *

با رشته ها یا هسته عصب پنجم باشند میتوانند بدون آنکه سبب تغیر گردن اعمال آنها را مختل سازند.

علام بالینی :

شروع حمله درد متفاوت میباشد گاهی شروع ناگهانی با درد شدید و محدود به یکی از شاخه های عصب پنجم گاهی بقدم بر حمله درد های تیر کشنده کوتاه و باشد کمتر وجود دارد. حمله اولیه بدون علت ظاهر میشود گاهی عواملی بنام عوامل ایجاد کننده از قبیل باز کردن دهان، جویدن، تکلم، سرفه، عطسه، خستگی و خوشحالی، وزش نسیم، آبستنی، رگل، سرماخوردگی فعالیت های جسمی شدید سبب تسهیل در برانگیخته شدن حمله های درد میشوند.

محل درد عمولاً در یکی از شاخه های عصب پنجم می باشد و شاخه چشمی کمتر گرفتار میشود. ختم حمله ممکن است ناگهان یا تدریجی باشد و دریابان حمله عالم سپیاتیک بشکل قریزی، گرسی، تعریق موضوعی، اشک ریزش جلب توجه مینماید. پس ازقطع حمله بیمار آرام بوده و فواصل حملات متغیر، اغلب طولانی حتی سکن است بیست سال باشد یا کوتاه و چند روز یا چند ساعت یا چند دقیقه باشد و حمله ها تکرار میشود و بیمار در حال اخته را میباشد.

در معاینه بیمار آنسٹری یا هیپواستری در قلمرو عصب یافت نمیشود و رفلکس کورنے سالم است که از نظر تشخیص نوع اصلی مهم میباشد.

در فواصل حملات در بعضی نقاط مناطق هیپراستریک در صورت، ایها، ولثه یافت میشود که در اثر کوچکترین تحریکی سبب پیدایش حمله های دردناک میشود و آنها را منطق آگوژن یارفلکسوزن (Algogenic ou Reflexogen) گویند.

بالاخره در فواصل حملات فشردن محل هائی مانند نقطه فوق کاسه چشمی، تحت کاسه چشمی و نقطه چانه دردناک میباشد که آنها را نقاط دردناک والکس (Valix) مینامند.

درد های ناحیه صورت یکدسته از تظاهرات دردناک ناحیه سر میباشد که از نقطه نظر بالینی، پاتوژنی و درمانی بدو دسته متمایز درد های پاروکسیستیک و درد های مداوم تقسیم میشوند:

اول - نورالزی صورتی یانورالزی عصب پنجم پاپروزوپالزی که چون اولین مرتبه فوتریزیل آنرا شرح داده است بآن بیماری فوتریزیل هم میگویند و بالاخره تروسو آنرا تیک دردناک صورت نامیده است.

تعريف :
دردی است معمولاً شدید پاروکسیستیک که در مسیر محیطی عصب تری ژونو ظاهر میگردد و بدو نوع اصلی و ثانوی تقسیم میشود:

۱- نوع اصلی

اتیولوژی : تاکنون علی برای آن شناخته نشده عمولاً در سنین متوسط بیشتر نزد خانمها ظاهر میشود به ندرت نزد افراد بالغ دیده شده است این افراد اغلب دچار زیبینه ارشی نوروارتیک و حالت تحریکی پذیری عصبی زیاد میباشد که در اثر رسیدن کوچکترین تحریکی از محیط خارج حملات درد برانگیخته میشود. در سوابق این افراد گاهی میگرن - آسم - افزایش قند خون یافتد میشود.

فیزیوپاتولوژی : فیزیوپاتولوژی نورالزی تری ژمو را مربوط به یک کیفیت رفلکس میدانند که جریان عصبی حسی طبیعی از منطقه رفلکسیون مبدأ گرفته و پس از رسیدن به سلول هایی که بطور غیر عادی عمل میکنند تبدیل به یک دشارژ شدید میشود و پس از این یک مرحله ضعف و ناتوانی سلولی فرا میسرد و برای متوقف کردن این کیفیت غیر عادی میتوان بوسیله شیمی درمانی پیدایش این دشارژ های شدید را مهار کرد و یا راههای آوران عصب پنجم را بوسیله عمل جراحی قطع نمود و مانع از رسیدن تأثیرات محیطی به سلولهایی که آنها را به کیفیت درد شدید تبدیل میکند گردید. از این مختصراً میتوان دریافت که ضایعاتی که مجاور

در معاینه بیمار فقدان انعکاس قرنیه و هیپواستری یا آنستزی در قلمرو عصب موجود بیباشد که از نظر تشخیص نوع اصلی با نوع ثانوی سهم است و در صورتیکه آسیب عصب شدید باشد پارزی یا پارالیزی عضلات ماضغه یکطرفی شاهده بیگردد. نوع اصلی هرگز با علائم تحریک یا فلیج سایر اعصاب سفرزی نیست ولی در نوع علامتی ممکن است آسیب سایر اعصاب سفرزی موجود باشد.

سیر: سیر نوع علامتی بستگی به علت آن دارد.

دوم - نورالزی های صورتی مداوم

۱ - دردهای سلوولی مداوم - یک نوع دردی است که در جریان سیرنگویی در اثر ضایعه اولین نوروں مرکزی حسی حاصل میشود و بیمار در صورت، احساس سوتگی - سردی - گرسی مینماید که همیشگی بوده و در روی این زینه گاهگاهی سراحت اشتداد ظاهر میشود. هیجان - صدا باعث تشدید آن میگردد نسبت به درسان مقاوم بوده ولی معمولاً خود بخود پس از چند ساعت یا چندسال از بین میرود.

۲ - دردهای زونائی - بیمار درد دائمی بصورت احساس گرسی و پارستزی و اضطراب مینماید که خود بخود یا در اثر عوامل خارجی تشدید یافته و بصورت سوتگی یا کشیدگی ظاهر میگردد که پس از چند ساعت ساکت میشود و بیمار همان درد همیشگی اول را احساس مینماید و از خصوصیات آن دائمی بودن است. محل درد معمولاً در یک شاخه و بستگی به محل بثورات دارد. حس سطحی اغلب مختل و حتی ممکن است همراه آنستزی باشد.

۳ - دردهای صورتی مداوم لوکالیزه - این دردها در نواحی دندان - سینوس ها و چشم متمرکز بوده معمولاً در اثر یک ضایعه موضوعی حاصل میشوند (که حتی ممکن است این ضایعه خیلی جزئی و واضح نباشد).

و عبارتند از: دردهای صورتی پایه دندانی (در اثر کرم خوردگی دندان - پولپیت). ذرد مداوم و بصورت احساس کشیدگی مینماید.

ممکن است در اثر برخورد دندان با یک ماده سرد و یا گرم یا شیرین یا ترش درد خیلی شدید و پاروکسیسم هائی ایجاد نماید درد ممکن است بطریق دندانهای دیگر - بطریق گوش - ناحیه تامپورال چشم انتشار یابد. با درمان علت درد بطریق میشود در جریان پیدایش دندان عقل که بیرون نیامده ممکن است درد شدید با پاروکسیسم هائی ظاهر شود و باید انکاسهای دندانی نورالزی تری ژومواصلی را با این دردهای دندانی اشتباه نمود و بکشیدن دندانها اقدام نمود.

گاهی در صورت کنترالکسیونهای کلونیک سبب ایجاد شکلک میشود از اینجهت آنرا تیک دردناک صورت میگویند.

سیر بیماری: در شکلهای جدی حملات بطور نا امید کننده تکرار شده بیمار دچار بیخوابی، بی غذائی و کاشکسی اضطراب میشود که حتی ممکن است خود کشی نماید.

ممکن است حمله درد خنیف باشد و برای چند ماه یا چند سال خاسوش گردد تا اینکه مجدداً ظاهر شود، ممکن است کاملاً معالجه شود و ممکن است که بتدریج شدیدتر شده نسبت بدرومان مقاوم گردد.

۲- نوع ثانوی یا عالمتی

اتیولوژی: با وجود آنکه عصب پنجم ممکن است در قلمرو خود بعلل مختلفی تحریک یا تحت فشار قرار گیرد و ایجاد نورالزی نماید معدله ک نورالزی های عالمتی کمتر از نوع اصلی میباشد. علل نورالزی های ثانوی بدو دسته تقسیم میشود علل عمومی و علل موضعی. علل عمومی شامل دو قسمت عفونت ها: مانند گریپ و سیفلیس، تب مالت و غیره و سمومیت ها مانند سمومیت جیوه، سرب و دیابت است.

علل موضعی: علل موضعی را از ناحیه بولبو پروتوبرانس بطریق محیط بشرح زیر مطالعه مینمایم:

در ناحیه بولب و پروتوبرانس ممکن است عصب در اثر عارضه سیرنگوبولی و ضایعات عروقی، اسکلروز آن پلاک، تابس، آنسفالیت آسیب بینند.

تنه عصب: تومور مجاور عصب مخصوصاً تومور ناحیه پونتوسریلو و آراکنوئیدیت و منتریتسلی یا سینیلیسی و یا بطور نادر تومور عصب پنجم (مثل شوانوم)

عقده گاسر ممکن است در اثر منتریوم قسمت پائین تامپورال یا سارکوم قاعده جمجمه تحت فشار قرار گیرد یا آنکه دچار زونا شود بالاخره اخیراً برای اختلال جریان خون عقده گاسر اهمیت خاصی قائل اند.

شاخه های محیطی عصب پنجم: تومور کاسه چشم-ایریدو-سیکلیت - تومور بال کوچک استخونید یا آسیب سینوس کاورنو - (ترسیوفلوبیت) فاسد بودن دندان، سینوزیت فکی، پیشانی، اتموئید استخونید که معمولاً نورالزی های مداوم ایجاد نمایند ولی ممکن است نوع پاروکسیستیک هم ایجاد کنند.

علامت بالینی:

در فواصل حملات درد کاملاً بطریق نشده بلکه بیمار احساس درد خفیتی مینماید و روی این زینه درد خفیف حملات درد که از لحاظ شدت شبیه به نورالزی اصلی هستند ظاهر میشوند.

۸- سندروم بران بنیستی (Monbran Benisty) : بادردهای ناحیه پشت چشم که بطرف پشت سرانتشار یافته همراه با ازوودیلاسیون صورت و تعریق زیاد و هیپر استری جلدی که ماهاب بعد زخم‌هایی در ناحیه چشم ظاهر میگردد مشخص میشود.

۹- تری ژوموفانتم (Trijumeau Fantome) : این درد پس از قطع عصب تری ژومو در هر نوروتوسی حاصل میشود در در نیمه صورت که عصب آن قطع شده و دچار آنسٹری است ظاهر میگردد و گاهی یک حالت اسپاسم وازوودیلاسیون نیمه زبان در موقع حمله درد ظاهر میگردد.

۱۰- دردهای ناحیه صورت بعد از ضربه : که هفته‌ها یا ساهای بعد از تروماتیسم صورت ظاهر میشود گاهی بعد از زخم کوچک گاهی بعد از ضربه که بدون زخم است پیدا میگردد در بشکل احساس گرسی سوختگی و حالت اضطراب از همان محل تروماتیسم ظاهر میشود سیر آن طولانی و نسبت بدریان مقاوم میباشد.

۱۱- دردهای عروقی یک دسته تظاهرات پاروکسیستیک میباشند که در آن حملات درد همراه با واکنش وازوموتریس شدید میباشد و به سه نوع تقسیم میشوند :

الف - درد شریان گیجگاهی سطحی : بشکل حمله متناوب در ناحیه تامپورال ظاهر میشود شروع تدریجی بوده کم کم درد شدت یافته به حد اعلاء میرسد و همزمان با خربان شریان گیجگاهی است. لمس خفیف شریان دردناک ولی فشردن شدید ممکن است بطور موقت سبب برطرف شدن درد گردد مدت حمله درد ممکن است چند ساعت باشد و بتدریج درد تقلیل یابد.

ب - آری پری کاروتیدین : شبیه به نوع قبلی سنتها منطقه درد وسیع تر میباشد درد از ناحیه عمقی گردن شروع میشود و به ناحیه گیجگاهی و گاهی به نیمه صورت مربوط انتشار میباشد این درد دارای خاصیت خربانی است و با انفیاتراسیون پروکائین در اطراف عرقو آرام میشود.

ج - سندروم اریتروسلا اری سخالیک (Erythromelalgia cephalique) : بصورت یک حمله وازوودیلاسیون سخالیک همراه با قرمزی و برآمدگی قسمت مربوط و احساس درد خربانی و تنفسی دارای خاصیت خربانی است و با انفیاتراسیون پروکائین در اطراف تامپورال شرح داده شده است.

شروع عارضه با یک مرحله مقدماتی میباشد که در آن حالت عمومی بیمار خراب و بیمار دچار لاغری - بی اشتھائی - ضعف و تنب میشود.

در مرحله استقرار بیمار دچار دردی است که ابتدا منتشر

دردهای صورتی با بدء سینوسی - دراژرسینوزیت فروتال - ساکریلر - اتموئیدال درد شدید دائمی و در اثر سرفه - عطسه و انحراف سر پجلویا کریزا تشیدید میشود و معاینات کلینیکی و رادیو-لوزیکی تشخیص را مسجل مینماید.

* دردهای صورتی با بدء چشمی - در جریان گلوکوم - ایریس ظاهر میشود. درد در ناحیه کوچک چشم و بطرف عقب - پیشانی ممکن است انتشار یابد درد دائمی و بصورت احساس کشیدگی که ممکن است پاروکسیسم هایی ایجاد نماید - یکنوع دردی هم بعد از بیرون آوردن چشم ظاهر میشود که با قطع عصب تری ژومو برطرف میگردد.

۴- درد صورتی مداوم اولیه بانورالریسم فاسیال - این نوع درد صورتی خصوصیات واضح نورالری اصلی را نداشته دردی است اغلب بهم همیشگی و مداوم و منتشر که چند هفته ادامه داشته بصورت احساس گرمی - سوختگی - سنگینی گاهی بشکل تیر کشیدن و فشردگی میباشد.

گاهی درد بتدریج شدت یافته و راحت و آرامش را از بیمار سلب مینماید تا اینکه بعداً تخفیف یافته و بصورت درد دائمی اولیه باقی میماند این بیماران اغلب دچار حالت اضطراب و هذیان بوده و ممکن است در مراحل اشتداد علائم وازوموتور بشکل قربی - تورم صورت - احتقان چشم - اشک ریزش و رینوره جلب توجه نماید محل درد نزد یک بیمار ثابت ولی با تقسیم شاخه های عصب تری ژومو مطابقت نمینماید و ممکن است دو طرفی باشد درد عمقی و بیشتر در ناحیه فکی فوکانی میباشد وقتی در ناحیه فرونتال باشد تشخیص میگردد مطرح میشود این درد حتی بانورولیز و نوروتوسی عصب تری ژومو هم ازین نمیرود بیشتر آنرا مربوط به اختلال سمباتیک صورت میدانند و اعمال روی تری ژومو در آن اثری ندارد.

۵- سندروم اسلودر (Sluder) این سندروم را در جریان سینوزیت اشنوئیدال شرح داده اند با درد دائمی کم و بیش ثابت در ناحیه فک فوکانی که بطرف دندان - بینی - چشم انتشار میباشد مشخص میشود و حتی ممکن است بطرف گردن ناحیه بین دندانی فوکانی انتشار یابد. ممکن است باراکسیون وازوموتور همراه باشد کوکائینیزاسیون گانگلیون اسفنوپالاتن باعث برطرف شدن کریز درد میگردد.

۶- سندروم شارلن (Charlin) : مربوط به ضایعه گانگلیون سیلیر بوده بادردهای ناحیه اوریکولونازال - احتقان ملتجمه - اشک ریزش - ترشح بینی - ادم پلکها و حتی ممکن است زخم‌هایی در قرنیه مشخص شود.

۷- نورالری ویدین (Vidienne) : بعمل آسیب عصب ویدین در مجاورت سینوس اشنوئیدال میباشد و مشخص میشود با یک درد عمقی که بطرف گوش - ماستوئید و حتی ناحیه پشت سرو شانه انتشار میباشد پاتوژنی آن قابل بحث بوده شاید مانند سندروم اسلودر باشد.

ممکن است آدنوپاتی ناحیه سرویکال مشاهده شود. حالت عمومی بیمار خراب درجه حرارت ۳۸ بیمار آنیک میباشد. سیر آن خود بخود بطرف بهبود است اما کامل نبوده ممکن است عود نماید. عوارضی نیز مانند دویینی - کوری - پائین افتدان پلکها - سرگیجه - کوباظا هر شده و حتی ممکن است موجب برگ بیمار شود. این عارضه با پری آرتربیت و ترمبو آنژئیت ابیترانت ارتباط دارد.

ولی بعد محدود به ناحیه فرونتال یا تامپورال یا اکسپیتال میباشد. درد بشکل احساس سنگینی - کشیدگی و ممکن است ضربانی باشد با عطسه تشدید میشود. در معاینه شریان گیجگاهی قریز - پیچ و خم دار - ضخیم - بیحرکت ضربان از بین رفته لمس آن دردناک و ممکن است یک حمله درد شدید را ایجاد نماید. سایر شریانهای پوست مثل شریانهای پشت سری - پاریتال دردناک میباشند.

References

- 1 - M. Bonduelle et G. Lormeau Encycl- chir neurologie 1967, No 17091 A 10 Paris p. 1-7
- 2 - L. Rimbaud precis de Neurologic 1950, G. Doin Paris P. 860-869
- 3 - P. Cossa therapeutique neurologique 1958, Masson Paris P. 248-257
- 4 - F. Contamin et O. Sabouraud elements de neurologie 1968, Flammarion Paris P. 453-455
- 5 - J. Haguenau traité de medecine 1949, Masson Paris P. 633-648
- 6 - A. Van Gehuchten maladies nerveuses 1951, Masson Paris P. 216-222
- 7 - Claude Gros Manuel de diagnostic neurologique 1969 Masson Paris P. 231-235