



顏面神經麻痺

馬欣婕 郭冠良



案例

59歲的張先生，有糖尿病的病史，目前每日使用夜間基礎胰島素注射。一個週日在早上醒來之後發覺右邊臉頰感覺有些異常，原本不以為意，但到中午仍未改善，同時太太看到他有嘴巴歪一邊及左右臉不對稱的情形，張先生自覺精神良好、四肢活動都正常，不確定是否需要趕快前往大醫院的急診室就醫。

臨床表現

當我們看到臉部肌肉無力、臉頰不對稱的情形時就要考慮顏面神經的問題。顏面神經是第七對顱神經，查爾斯貝爾爵士（Sir Charles Bell）在十九世紀時，就觀察並描述了因為外傷導致顏面神經受損的病人表現。現在我們知道顏面神經為混合性神經，包括：控制臉部肌肉的動作神經、控制唾腺和淚腺的副交感神經、傳遞舌頭前三分之二部位味覺的神經、及外耳道來的體神經。臨床上看到顏面神經麻痺

的病人中，最大宗的是貝爾氏麻痺。

貝爾氏麻痺（Bell's palsy）是一種急性、周邊性、原因未明的顏面神經麻痺，發生率約是每年每十萬人有13到34個案例，性別、種族、地區的差異對發生率沒有影響，但在孕婦及糖尿病的病人身上出現機率較高，2012年的研究也發現糖尿病病人出現貝爾氏麻痺時症狀會較為嚴重。

症狀絕大多數出現在單側臉部，最明顯的表現是病人會有眉毛下垂、眼睛無法閉合、法令紋消失、患側前額在向上看時無皺紋、患側嘴角往對側偏移、流口水等症狀。

臉部動作的控制在顏面神經以上，是由大腦皮質、皮質腦幹束、再到對側橋腦的顏面神經核，前額的肌肉控制由顏面神經核背側負責，有雙側神經元的控制，因此若前額沒有受到影響，要考慮是否為中樞性的原因（即受損的位置是在顏面神經核以上）。

除了外觀動作外，病人也會有舌頭前三分之二味覺喪失、聽覺過於敏感的症狀。另外，由於臉部病徵，病人往往會不願意與人互動甚至出門、社交活動受影響，有些病人甚至會因此出現憂鬱症狀。

台北市立聯合醫院仁愛院區家庭醫學科

關鍵詞：facial palsy, Bell's palsy

通訊作者：郭冠良



致病機轉

目前認為貝爾氏麻痺最有可能的致病原因，是由單純疱疹病毒第一型（herpes simplex virus, HSV-1）造成的感染及免疫反應，除了有血清學上及基因體的證據，病人顏面神經的組織學檢查也看到有增厚、水腫、免疫細胞浸潤的表現，和病毒感染的表現類似。

由於貝爾氏麻痺多以臨床診斷為主，不會確認病原體，許多被診斷為貝爾氏麻痺的病人可能是其他的病毒感染，其中最多為帶狀疱疹病毒，然而巨細胞病毒、EB病毒、腺病毒、麻疹病毒、腮腺炎病毒、流感病毒、克沙奇病毒也都有研究指出跟顏面神經麻痺有關。

鑑別診斷

帶狀疱疹

帶狀疱疹病毒會造成侖謝亨特氏症候群（Ramsay Hunt Syndrome），除了單側顏面神經麻痺外，還會有耳痛、耳朵及周圍皮膚水泡，和貝爾氏麻痺相比，症狀較嚴重、持續時間也較久，治療方式為類固醇及抗病毒藥物。

中耳炎

顏面神經麻痺可能是中耳炎造成的併發症，可由鼓膜檢查區分。

Sjögren氏症

臨床表現以眼乾口乾為主要特色，可能造成多重顱神經病症，顏面神經為其中最常出現異常的顱神經，但單純只影響顏面神經的情形不太常見。

萊姆病

是人畜共通傳染病，由蜱（壁蝨）叮咬傳染，感染初期會有類似感冒的症狀（頭痛、發燒、肌肉痛、淋巴腫），八成人身上出現遊走性紅斑，數週到數月後出現心臟及神經的影響，顏面神經麻痺為最易受影響的顱神經。

Guillain-Barre症候群（GBS）

是急性多發性脫鞘性神經疾病，會造成漸進式、對稱的肌肉無力，一半以上的病人會有顏面神經麻痺情形。

腫瘤

通常為緩慢、漸進式的病程。

中風

中風病人可能出現單側顏面無力的情形，表現為中樞性，但仍有部分診斷錯誤的可能。

評估與檢查

臨床上看到懷疑是顏面神經麻痺的病人時，可先從病人抬頭紋是否單側消失判斷為中樞性或周邊性的問題。



病史詢問需確認症狀出現的時間及症狀變化情形，貝爾氏麻痺通常在幾個小時內就有明顯症狀，一週內達到最高峰，再慢慢改善。要確認病人有無合併其他症狀，如肢體無力、局部紅疹、耳痛、發燒、肌肉酸痛等。另外也應詢問病人是否有特殊疾病或慢性病的病史、蟬接觸史、家族病史。

理學檢查的內容包含基本的理學檢查及神經學檢查，評估顏面神經功能需請病人配合指示做出閉眼、挑眉、皺眉、露齒、鼓氣等動作。

評估症狀嚴重程度可使用House-Brackmann顏面神經分級系統。此系統以外觀和動作功能做分級，級數越高表示越嚴重，如第一級為完全正常，第二級是在仔細觀察下可看出不對稱，第三級為眼瞼需用力才能閉緊，第四級為眼瞼無法完全閉合，第五級臉頰只有非常細微的動作，第六級為完全失去臉頰功能。除了作為症狀的分類，此系統也和疾病的預後有關。

肌電圖等電學檢查可輔助評估預後，影像學檢查（如顯影劑電腦斷層、核磁共振）多半用在臨床表現不典型的病人，如神經學檢查有其他異常者、病程直到三週後仍在緩慢惡化、或是到三個月以上仍未有改善。

治療

藥物治療

類固醇：目前無論是神經科或是耳

鼻喉科的治療指引，都是建議針對貝爾氏麻痺或是其他疑似病毒引發的顏面神經麻痺，要在症狀出現三天內開始給與類固醇治療，劑量為prednisone每天60至80毫克，持續一週。

抗病毒藥物：2015年的Cochrane回顧發現不論是單純使用抗病毒藥物或是合併抗病毒藥物及類固醇，都沒有更好的效果。

維他命：給予維生素B12對於縮短病程可能有部分效果。

非藥物治療

眼部保護：由於淚液減少及眼睛無法閉合，有的病人會出現角膜太乾或破皮，可使用人工淚液及眼罩保護。

針灸：有一些零星的研究指出針灸治療和類固醇或控制組相比，有類似的效果，但亦被批評這些研究有方法上的瑕疵，尚未有確切具公信力的證明。

其他：神經減壓手術、神經刺激均無證據證明對病人有好處。

預後

貝爾氏麻痺的預後和疾病的嚴重程度呈正相關。以House-Brackmann分級系統來看，症狀在第五、第六級的病人復原的情況比較差。若在未經治療的情況下，85%的病人會在三週內看到改善的跡象，71%的病人可以完全康復。若病人開始時的表現不是完全性的顏面神經麻痺，則有



94%的機會可以恢復正常功能。復發的機率約為7%。

結論

急性單側顏面神經麻痺最常見的原因為貝爾氏麻痺，造成原因和病毒感染有關，尤其是單純疱疹病毒第一型，但大多數難以確認感染種類。開始治療的時間最好是在72小時內。問診及理學檢查的部分須注意症狀發生的時間，區分是中樞性或周邊性的顏面神經麻痺，確認症狀嚴重程度，有無疹子、發燒等其他症狀，有無特殊接觸史等，以排除其他病因。

確定診斷之後，病情的表現和後來疾病預後有關，若是完全麻痺者較難完全復原。藥物治療以類固醇為主，搭配眼部保護，若病人在神經學檢查有其他異常，或在三週內沒有看到顏面神經功能改善，則需要考慮接受核磁共振造影檢查以更進一步排除別的疾病。

參考資料

1. Tiemstra JD, Khatkhate N: Bell's palsy: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2007; 76:997-1002. Review.
2. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE et al: Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 149:S1.
3. Albers JR: Common Questions About Bell Palsy. *Am Fam Physician*. 2014; 89:209-12.
4. Riga M, Kefalidis G, Danielides V: The role of diabetes mellitus in the clinical presentation and prognosis of Bell palsy. *J Am Board Fam Med*. 2012; 25:819-26.
5. Fahimi J, Navi BB, Kamel H: Potential misdiagnoses of Bell's palsy in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2014; 63:428.
6. Riga M, Kefalidis G, Danielides V: The role of diabetes mellitus in the clinical presentation and prognosis of Bell palsy. *J Am Board Fam Med* 2012; 25:819.
7. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F: Antiviral Treatment for Bell's Palsy (idiopathic facial palsy). *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 7:CD001869.
8. Morgan M, Nathwani D: Facial palsy and infection: the unfolding story. *Clin Infect Dis*. 1992; 14:263.