



9-1-2002

Bilateral Facial Palsy: A casereport and Literature Review

Yu-Chin Chen

Shin-Ching Chen

Chien-Chung Lai

Chien-Hung Lai

Chih-Yu Chiu

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Chen, Yu-Chin; Chen, Shin-Ching; Lai, Chien-Chung; Lai, Chien-Hung; and Chiu, Chih-Yu (2002) "Bilateral Facial Palsy: A casereport and Literature Review," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 30: Iss. 3, Article 7.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.2171>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol30/iss3/7>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

雙側面神經麻痺：病例報告暨文獻回顧

陳昱苓 陳適卿¹ 賴建仲² 賴建宏¹ 邱志宇

台北市立忠孝醫院復健科 台北醫學大學附設醫院復健科¹
台北榮民總醫院耳鼻喉科²

雙側週邊面神經麻痺(bilateral peripheral facial palsy, BPPF)在臨床上是一個罕見的症狀，佔面神經麻痺病人比例小於百分之一，年發生率約為每十萬人 1.3-2 人，發生病因與單側面神經麻痺略有不同，其診斷有賴完整的檢查。

本文提出兩個雙側週邊面神經麻痺之病例：一為雙側交替發作型，一為雙側同時發作型。案例一是一個 Guillain-Barre syndrome (GBS)，在四肢症狀完全消失後，仍遺存面神經麻痺症狀超過兩個月。另一位患者診斷為復發性貝爾氏麻痺。本文除討論此疾病外，並逐一討論其他可能之病因，包括 Ramsay Hunt's syndrome、Heerfordt's syndrome、重症肌無力、腫瘤等。

雙側週邊面神經麻痺最常見原因是 GBS。貝爾氏麻痺佔第二位。而其他如感染、創傷、腫瘤等皆有文獻報告。所以完整的檢查對雙側週邊面神經麻痺患者是很重要的，要排除掉其他可能原因後才能歸類為貝爾氏麻痺。

在預後評估方面主要靠神經傳導檢查，而治療處理以預防產生後遺症為最重要，另外電刺激治療、神經肌肉再訓練的手法有助於促進神經恢復。(中華復健醫誌 2002; 30(3): 191 - 200)

關鍵詞：雙側週邊面神經麻痺(bilateral peripheral facial palsy)，Guillain-Barr 症候群(Guillain-Barre syndrome)，貝爾氏麻痺(Bell's palsy)

前 言

雙側週邊面神經麻痺(bilateral peripheral facial palsy, BPPF)在臨床上是一個罕見的症狀，佔面神經麻痺病人比例小於百分之一，年發生率約為每十萬人 1.3-2 人。^[1,2]依兩側發生時間的間隔，可區分為雙側交替發作型(bilateral alternating)及雙側同時發作型(bilateral simultaneous)。

在復健科門診我們不難看到單側面神經麻痺的病人，其中有些來自耳鼻喉科、神經內科的轉介，初期評估和治療可能都已完成。但對一個復健醫師而言，還是要具有鑑別診斷的能力。

單側面神經麻痺最常見的病因，是貝爾氏麻痺，

其他原因造成的約有三成。若要確實排除其他原因，完整的檢查包括病史、理學檢查、血液、脊髓液檢驗、斷層掃描、核磁共振、神經傳導檢查都不能少，但在非醫學中心的醫院，實際上可能有些困難，所以還是有賴臨床醫師的經驗與警覺來決定需要的檢查項目。

在雙側面神經麻痺的病人，貝爾氏麻痺所佔的比例更少，在鑑別診斷時要更加小心。本文提出兩個雙側面神經麻痺之病例：一為雙側交替發作型，一為雙側同時發作型。除討論這兩個病例之病因外，並回顧文獻中關於雙側面神經麻痺在病因、預後與單側面神經麻痺之異同，及臨床上評估與處理的方法。

病例報告

投稿日期：91 年 3 月 19 日 修改日期：91 年 6 月 27 日 接受日期：91 年 7 月 8 日

抽印本索取地址：賴建仲醫師，台北榮民總醫院耳鼻喉科，台北市 112 石牌路二段 201 號

電話：(02) 28757337

病例 1：

36 歲男性，由他院神經內科轉介至復健科門診，病人走進診間時步態正常，外觀並無異常發現。之後病人主訴面神經麻痺的問題持續三週，此時才發現病人神情木然，沒有什麼表情，說話時嘴部動作減少且含糊不清。理學檢查發現兩側眼瞼尚可完全閉合但力量減退，兩側嘴角下垂且無法做出微笑及吹口哨的動作。初步判斷是一個週邊性雙側面神經麻痺之病例。進一步的理學檢查發現：四肢肌肉力量、深層肌腱反射、感覺神經檢查都是正常的。而在病史方面病患只提到在顏面神經麻痺前有喉嚨痛、輕微發燒的情形。但再往下追問發病時是否有運動功能等異常時，病患才告知當時有暈眩、手發抖及漸進性由足底上升的肌力減退，但目前已完全恢復正常。

由於懷疑其病因可能為 Guillain-Barre syndrome (GBS) 或腦幹方面疾患，因此詳細追溯其病史及調閱住院病歷才發現，此位病患過去並無高血壓、糖尿病等系統性疾患，只有慢性鼻竇炎的問題。在住院前十天病患患有輕微上呼吸道感染之症狀，住院前六天開始有漸進性由足底上升之對稱性感覺麻木、肌力減退之現象，但病患並未加以理會，後因產生左側面神經麻痺而急診就診。病患初步診斷為 GBS 而收住院作進一步的評估處理，在住院後一日，接續產生右側面神經麻痺。

住院期間理學檢查發現：在四肢方面，並無肌肉萎縮現象，肌力略為下降[5-]，在本體感覺及震動感覺減退；十二對腦神經中，病患兩側嘴角下垂，面無表情，表現為兩側週邊性顏面神經麻痺，此外有兩側嘔吐反射(gag reflex)消失、喝水會噎到的現象，其餘腦神經檢查正常。而在血液檢查方面：除白血球略為上升(9750)外，無其他異常。脊髓液檢查中，Total Protein: 0.187 g/Dl, Glucose: 63, India Ink: (-), TPHA test: (-), VDRL: (-), 其他包括 Epstein Barr Virus (EBV), Herpes simplex (HSV), cytomegalovirus (CMV)皆為陰性反應。頭部核磁共振檢查無異常發現。

在接受血漿交換術及藥物治療等處理後，其四肢無力及麻木症狀消失，但神經傳導檢查發現 F-wave 仍異常延長(見表 1)，且雙側面神經麻痺的症狀仍然持續，故出院轉復健科接受門診復健治療。門診治療期間，曾向病人建議再作一次全身之電學檢查，但病人拒絕。後病患又因工作問題，無法接受門診復健治療而停止治療，在追蹤三個月後，其雙側面神經麻痺的症狀獲得部分改善。

病例 2：

63 歲男性，在民國 83 年十二月發生右側面神經麻痺，病人在發病前兩個月曾有拔牙的病史，此外否認有上呼吸道或其他系統感染的症狀，也無聽力減退或耳部分泌物增加、疼痛等症狀。當時生化檢查只有高血脂的異常，在胸腔 X 光片發現縱隔腔腫塊，經斷層掃描認為是胸腺腫瘤(圖 1、2)，但病人在整個病程中都沒有四肢肌力減退、易疲倦、眼瞼下垂、複視等之症狀。病人在這一次罹病過程，並未接受復健科之診療及復健，其面神經麻痺在追蹤一年後，大部分恢復僅存些微之嘴角下垂。然而六年後，左側面神經麻痺發生，此次同時伴隨有耳疼、左顏面疼痛、及無法忍受突如其來巨響的症狀。再轉至復健科後，安排神經電學檢查發現：瞬眼反射檢查，在右側 R1、R2 潛期都在正常值內，而左側的 R1、R2 皆消失(見表 2)，此為週邊性顏面神經病變之表現；而顏面神經傳導檢查(表 3)，可見在左側顏面神經之振幅明顯下降、而潛期與對側相比也較為延長，因病人之右側也曾有過顏面神經麻痺之病史，故無法以右側作為正常值來評估預後。若以標準值 $2.2\text{mV}^{[3]}$ 來預估，發現左側僅有標準值之百分之十四，可估計其恢復情形不佳；而肌電圖檢查(表 4)則發現在額肌(frontalis m)及頰肌(mentalis m)都有去神經化的表現，這也是預後不佳的因子之一。耳鼻喉科檢查，並無化膿或膽脂瘤等中耳炎症狀，而在外耳道也沒有水泡、紅疹之現象。除臉面部神經麻痺症狀外，並無其他腦神經檢查異常，也無四肢的感覺、運動神經之異常。

他的顏面疼痛現象在第一個月就獲得緩減，病人接受 3 個多月復健治療後終止療程，而追蹤一年後，左側面神經麻痺症狀只有部分改善，仍持續有眼瞼閉合不全、嘴角下垂、流口水的症狀。

討 論

分類及簡介

面神經麻痺根據其發生病程、侵犯區域可分為五類：^[4,5] 單側單次型(unilateral nonrecurrent)、單側再發型(unilateral recurrent)、雙側同時發作型(bilateral simultaneous)、雙側交替發作型(bilateral alternating)、雙側再發型(bilateral recurrent)，其中以第一種即單側單次發生之病患佔多數，比例由百分之九十五到九十九不等。在兩側受侵犯的病患，雙側交替發作的病患佔多數。雙側同時和雙側交替型在臨床上是以前者來區分：兩邊接連發生，其中先發生側完全沒有恢復跡象，而後發生側又發生麻痺者，定義為雙側同時型，

表 1. 案例 1 血漿透析前後四肢 F-wave

	血漿透析前		血漿透析後	
	Latency (msec)	Persistence (%)	Latency (msec)	Persistence (%)
R't median nerve	42.8	50	44.6	73.3
R't ulnar nerve	28.4	81.3	36.2	31.3
R't peroneal nerve	61.1	68.8	63.2	56.3
R't tibial nerve	56.6	100	54.5	100
L't median nerve		Absent	42.6	43.8
L't ulnar nerve	29.6	68.7	36.2	68.8
L't peroneal nerve	49.7	81.3	52.0	100
L't tibial nerve	57.1	100	56.3	100

表 2. 案例 2 之瞬眼反射檢查結果

		R1(ms)	R2(ms)
R't supraorbital	Right	13.85	31.05
	Left		X
L't supraorbital	Right		30.15
	Left	X	X

表 3. 案例 2 之顏面神經傳導檢查

	Latency (ms)	Amplitude(mV)
Left facial nerve	5.9	0.3
Right facial nerve	2.8	1.5

表 4. 案例 2 之肌電圖檢查

	Fib	PSW	Poly	Recruitment
Left frontalis	++	-	-	Silent
Left mentalis	++	-	-	-2

fib : fibrillation; PSW: positive sharp wave; Poly: polyphasic wave

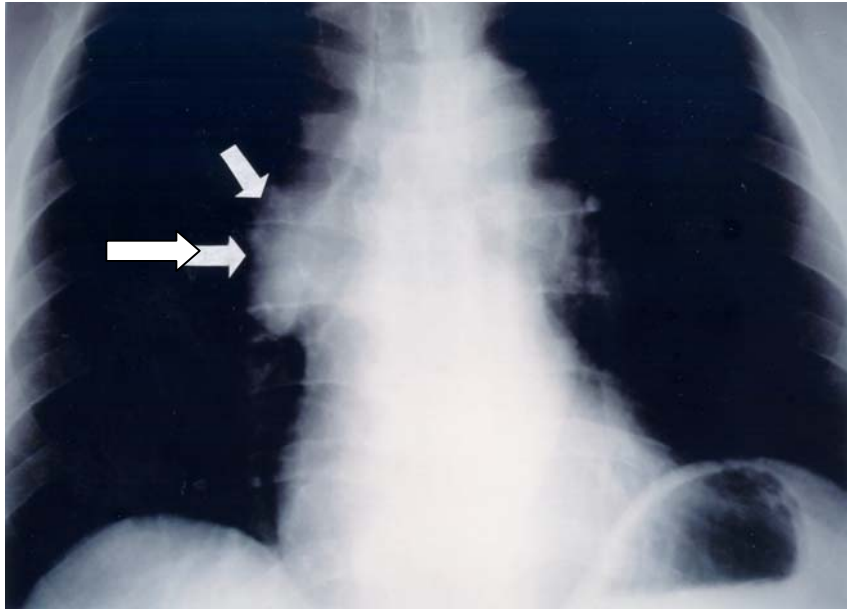


圖 1. 縱膈腔上部之腫塊

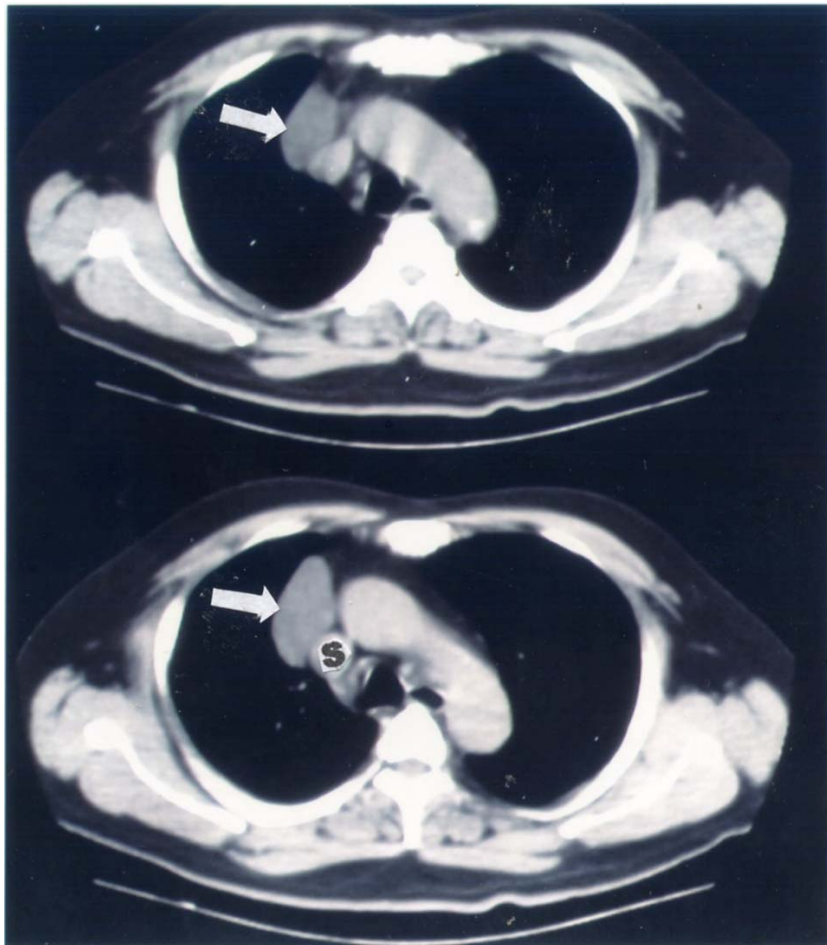


圖 2. 邊緣平滑的腫塊(箭號)位於前縱膈腔沿著 superior vena cava (S)

在統計上此類病患兩側發生間隔都在一週內，年紀在 20 到 59 歲之間，略同於單側面神經麻痺族群；而若對側面神經麻痺時，前一次麻痺已開始恢復者，定義為雙側交替型，在統計上其間隔多大於一年(73%)，少數則落在一到三個月內(11.5%)。

雙側同時發生型面神經麻痺常見的原因在多篇文獻裡都有報告，且常是全身性疾患的症狀之一，如 GBS、多發性硬化症、肉狀瘤、糖尿病併發症，表 3 整理了回顧文獻中所提出之雙側面神經麻痺的病因。值得注意的是：在單側面神經麻痺最常見的是貝爾氏麻痺，約佔百分之六十五到七十四，但在雙側面神經麻痺中，貝爾氏麻痺只佔百分之二十三到二十七，而其他的原因比例則增高；相對的，在雙側面神經麻痺中 GBS 造成之比例大幅增加，甚至有作者認為許多被診斷為貝爾氏麻痺者，可能就是 GBS 的患者；因有部分 GBS 只表現出面神經麻痺而無明顯全身侵犯的症狀，又缺乏腦脊髓液之生化檢查，而被歸類到貝爾氏麻痺。^[6]所以完整的檢查對雙側面神經麻痺患者是很重要的，要排除掉其他可能原因後才能歸類為自發性面神經麻痺。

案例 1 討論

本文中第一個案例是雙側同時發作型的面神經麻痺，與單側面神經麻痺相比，此類型病患多由系統性疾患所致，所以要做詳細檢查排除可能之原因。由病史和檢查報告，本案例應為 GBS 造成。GBS^[1,6,7] 是一種急性發炎造成之多發性神經根病變，其初期症狀通常為腳指末梢異常感覺，繼之產生對稱性上升之肢體無力，而在其病程中某階段表現出雙側面神經麻痺的症狀(通常是在肢體無力之後)也不算少見(13-25%)，^[7]然而對 GBS 而言，侵犯面神經是一預後不佳的因子，因其代表侵犯至較高部位的神經，且可能伴隨呼吸衰竭的症狀。但本案例在十六天住院治療中，並無呼吸衰竭現象產生，且除面神經症狀外其他的症狀皆獲得緩減。

在治療部分，主要是支持性療法，而血漿透析被認為可加速病情恢復。此病人在血漿透析前後之神經傳導檢查，發現在上下肢 F-wave 潛期並無明顯改善，但病人自覺狀況有改善，此與文章中所提，神經傳導檢查結果會慢於臨床表現者相吻合。^[8]

案例 2 討論

第二個病例是一個雙側交替發作型的雙側面神經麻痺，其兩次發生時間相隔六年，第一次發作是 57 歲，間隔六年後產生對側面神經麻痺，在第一次面神經麻痺時，同時在胸腔 X 光片發現一前縱隔腔腫塊，胸腔 CT 診斷為胸腺瘤，在文獻中並沒有發現胸腺瘤與面神經麻痺之相關報導，但有百分之二十的胸腺瘤患者會產生重症肌無力之症狀，其顏面肌肉無力之外觀與顏面神經麻痺略有些相似，因此有必要列為鑑別診斷的項目之一。而其他可能之病因如貝爾氏麻痺、Ramsay Hunt's syndrome、Heerfordt's syndrome 也應列入鑑別診斷。在此先就可能造成其雙側交替發生面神經麻痺之病因逐一討論：

1. 復發性貝爾氏麻痺：^[9,10] 貝爾氏麻痺目前多認為由病毒感染造成，主要是 HSV(herpes simplex virus)，它是一種急性發作的下神經元疾患，好犯年齡在 20 到 59 歲之間，男女比例相當，但在懷孕婦女比例增加 3.3 倍，而糖尿病患者比例則增加 4.5 倍。貝爾氏麻痺通常為單側發生，只有小於 0.1% 為同時雙側發作；另一種狀況是復發性的面神經麻痺，可在同一邊，或是兩邊交替發生。在 1988 年 G.Ralli 研究了 58 個復發性面神經麻痺的病人，發現同側復發與對側復發的比例約為 3 比 2，男女相當，兩次間隔 10 到 12 年。第一次發病年齡約為 22 歲，較單一次發作的病人平均年齡低；而其中有兩位病人反覆發作三次，平均年齡只有 14.5 歲，由此數據似乎可推測第一次發病年齡越低，越容易復發。^[4]文獻中提到貝爾氏麻痺復發率的文章並不多，可能是個案數量不多的關係，由 2.6% 到 16% 不等。^[4,11]本文中的案例 2，他第一次發作時是 63 歲，比文獻中所見案例的年齡都來得高很多，但因病患無其他系統性的症狀，也沒有耳咽部局部的症狀，故暫時以復發性 Bells' palsy 為其診斷。在治療方面，除傳統類固醇治療外，1996 年有研究以雙盲試驗，認為以抗病毒藥物(acyclovir)與類固醇合用可促進恢復速度並使功能恢復較完全。^[12]

2. Ramsay Hunt's syndrome：^[14,15,16] 此病為一種多發性顱神經炎，常同時侵犯多條神經，造成包括中樞及週邊之症狀。常見症狀包括：顏面麻痺、耳部疼痛、外耳道紅疹或水泡，偶有頭暈、耳鳴。目前認為是由病毒(Varicella-zoster virus)感染膝狀神經節(geniculate ganglion)引起，使用類固醇及抗病毒藥物並用，可促進結痂及減少耳部疼痛，但有時因水泡出現較晚，而誤診為貝爾氏麻痺，錯過使用抗病毒藥物時機。與貝爾氏麻痺相比，Ramsay Hunt's syndrome 造成的疼痛較為嚴重且預後較差，可達完全恢復之比率約為 54%。^[13]在診斷上，除理學檢查外，血液檢查：VZV (Varicella-zoster virus) antibody titer 在急性期可用，也有文獻建議在水泡未產生

表 5. 雙側面神經麻痺病因^[1,2,5,6,22]

Idiopathy	Infection:
Bell's Palsy	Otitis media
Amyloidosis	Syphilis
Heerfordt's syndrome	Leprosy
Congenital:	Meningitis
Moebius syndrome	Poliomyelitis
Dystrophia myotonia	Brainstem Encephalitis
Thalidomide	Herpes zoster
Neurologic:	AIDS
Multiple sclerosis	Lyme disease
Parkinson's disease	EBV
Pseudobulbar palsy	Guillain-Barre syndrome
Neoplastic	Traumatic
Leukemia	Temporal bone fracture
lymphoma	Facial injury
Prepontine tumor	Birth trauma
Pontine glioma	Electric trauma
	Other
	Diabetes Mellitus
	SLE
	Wernicke-Korsakoff syndrome

表 6. 依症狀區別神經損傷位置

解剖位置	神經症狀
1. 莖突乳突孔以下	面神經麻痺〈包括嘴角歪斜至對側，無法閉眼、皺前額，咀嚼肌無力〉
2. 面神經管	1 的症狀 加上：舌前端味覺喪失、降低唾液分泌，無法忍受突來之巨聲(hyperacusia)
3. 膝狀神經節	2 的症狀 加上：耳後的疼痛
4. 內耳道及以上	3 的症狀 加上：聽覺喪失

前，使用耳部皮膚分泌物來作 PCR (polymerase chain reaction)其敏感度較高。

3. 肉狀瘤(sarcoidosis)：^[7,17,18]原因不明，臨床症狀包括多關節疼痛、週邊淋巴結腫大，而胸部 X 光片上常有肺門擴大的現象(hilar adenopathy)，目前並無很好的確定診斷工具，但常可在嘴唇、肝臟切片上發現肉芽腫，此外腦脊髓液中蛋白質會有異常升高的現象。1906 年 Heerfordt 發表三個案例同時有週邊面神經麻痺、發燒、腮腺腫痛、虹膜炎，認為是由神經肉芽腫造成之症候群。之後的研究者認為神經肉芽

腫的病患，百分之五十會造成面神經麻痺，最初侵犯位置應是在小腦橋腦角(CP angle)，之後延伸到面神經管中；此症候群命名為 Heerfordt's syndrome。本文中第二個案例雖有面頰腫痛的現象，但並無關節疼痛等異常發現，且由胸部 X 光片及斷層掃描上也排除肺門淋巴病變。

4. 重症肌無力(Myasthenia gravis)：^[19,20]在胸腺瘤病患有較高比例的病人會產生重症肌無力，其發生面部肌肉無力的症狀可為兩邊同時發作也可是單側的。在追蹤二十年的胸腺瘤患者中，發展出重症肌無力

者約有百分之二十，多數可靠手術切除胸腺瘤而改善症狀。重症肌無力造成面部肌肉無力的主要表現是眼瞼下垂，和顏面神經麻痺所表現的眼瞼閉合不全，這在臨床上觀察是可以區分出來的，本文案例在發現胸腺瘤這八年內並無運動後肌肉無力、眼瞼下垂的現象，故未做相關評估，當然若要確實排除此診斷，肌電圖及神經電學檢查包括：Repetitive stimulation study 及 single fiber EMG 都應安排。

5. 腫瘤：^[11,21,22]腫瘤如 leukemia, pontine neuroma 也會造成雙側面神經麻痺，如有以下的症狀則要考慮腫瘤的可能性：超過三週的漸進性面神經麻痺、顏面肌肉明顯痙攣(hyperkinesia)是血管壓迫的症狀，也要考慮腫瘤之可能性；此外同側反覆發作的面神經麻痺病人中，有百分之三十是腫瘤造成，也需仔細評估。

由初步的臨床病史及檢查，我們認為本案例可能的診斷包括復發性的貝爾氏麻痺、Ramsay Hunt's syndrome 及 Heerfordt's syndrome。但在近一步探究後，此案例之耳部嚴重疼痛及顏面神經恢復不佳，為 Ramsay Hunt's syndrome 常見的現象，但整個病程中並無耳部水泡產生，也沒有耳鳴、頭暈等現象，所以初步排除了 Ramsay Hunt's syndrome 的可能，不過在顏面麻痺之初，未做血液檢查測試 VZV antibody titer，是一個缺失。而 Heerfordt's syndrome 在造成顏面神經麻痺時，也常有顏面腫痛的現象，而在此病人的胸部 X 光片我們發現了縱隔腔腫塊，因此考慮了 Heerfordt's syndrome 的可能性，但文獻中所提到的 Heerfordt's syndrome 之淋巴病變多發生在肺門部位，且經安排斷層掃描結果診斷為胸腺瘤，故排除了 Heerfordt's syndrome。在排除掉以上兩個可能之病因後，我們認為此案例最可能之診斷應為復發性的貝爾氏麻痺，因為 HSV antibody 在貝爾氏麻痺的敏感度仍不夠高，所以臨床上診斷貝爾氏麻痺，還是要排除掉所有可能之病因，才可以下此診斷的。

預後及處理

以預後而言，雙側面神經麻痺患者與單側患者相比，其預後類似，雖然兩邊的恢復速度可能不一致。主要造成預後較差的因子包括：年紀大於六十歲、糖尿病、高血壓、伴隨顏面疼痛、淚腺分泌減少、肌電圖出現去神經化之症狀。^[2,7]

在以神經電學檢查評估預後方面，一般而言，認為如面神經誘發電位振幅小於對側的百分之十則代表預後不佳。William 等^[23]則建議以症狀發生 10 到 14 天時之面神經電學檢查來預測，可得最佳之預測值。而

Danielides 等^[24]以面神經誘發電位的振幅(amplitude)及潛期(latency)為評估依據，並根據 House-Brockmem 分類法來區分功能恢復情況(一到六級)，發現面神經電位波幅大於正常值百分之五十以上者，百分之九十七的患者會完全恢復功能(第一級)；而若振幅小於對側百分之十者(包含無誘發電位產生)，則恢復情況由第三級(moderate dysfunction)到第六級(total paralysis)不等；此外 Danielides 也以潛期來分析預後，發現潛期在 2.5 到 4ms 內者，百分之九十二可達完全恢復(第一級)，但有約百分之二的病人落在第三級；以預測正確率而言，還是以面神經誘發電位振幅較為準確。雖然各篇研究結果數據上略有出入，但不變的是，神經電學檢查結果越差者，其預後越差。

在臨床上，我們可以根據病人產生的症狀，依面神經之解剖位置來判定其受侵犯的位置，可分為內耳道以上、膝狀神經節、面神經管、及莖突乳突孔(stylomastoid foramen)以下(圖 3 及表 4)，根據病灶的位置亦可用於初步判斷可能之疾病。此外也可根據外觀、動作受損程度來作嚴重程度的分級，常用分級方法如 House-Brockmem 分類法，^[25]將嚴重程度分為六級，可用於紀錄病患的嚴重程度及客觀評估恢復的情況。

在處理上，最重要的是鑑別診斷，對症治療，如 GBS、腫瘤等；其他症狀的處理原則是相同的。保護眼睛是最重要的原則，由於眼瞼無法閉合及下眼瞼外翻、淚腺分泌異常等因素，病人很容易造成角膜潰瘍，在日間應每兩個小時點人工淚液保持角膜濕潤，而夜晚則以眼藥膏塗於下眼瞼，另外眼罩也可提供夜間之防護，而日間外出時應考慮以眼鏡來保護眼睛。年紀較大的病人也可考慮眼瞼縫合術(tarsorrhaphy)，來保留角膜之完整。

雙側面神經麻痺的病患在臨床上，典型的症狀就是面無表情(mask face)，無法抬高眉毛、無法閉眼、鼻唇紋路變平、兩邊唇角下垂，而顏面肌肉功能受損可能會影響到唇音而造成發音不清。除此之外，若頰肌功能受損會造成食物堆積在臉頰和牙齒之間，影響病人進食的功能。在復健治療上，對於完全性麻痺的病人，常使用功能性電刺激來促進動作產生，減少肌肉萎縮；而對於不完全性麻痺的患者，或有連帶動作者(synkinesis)，則可以使用神經肌肉再訓練(neuromuscular retraining)的手法來教導病人在家中進行復健治療；^[26,27]此外也有人使用肌電圖生物回饋來作肌肉再訓練，減少連帶動作及肌肉痙攣。^[28]

此外，手術治療如面神經管減壓手術、神經肌肉移植術，在選擇適當的時機和病人下，也有令人滿意

的結果。^[11]

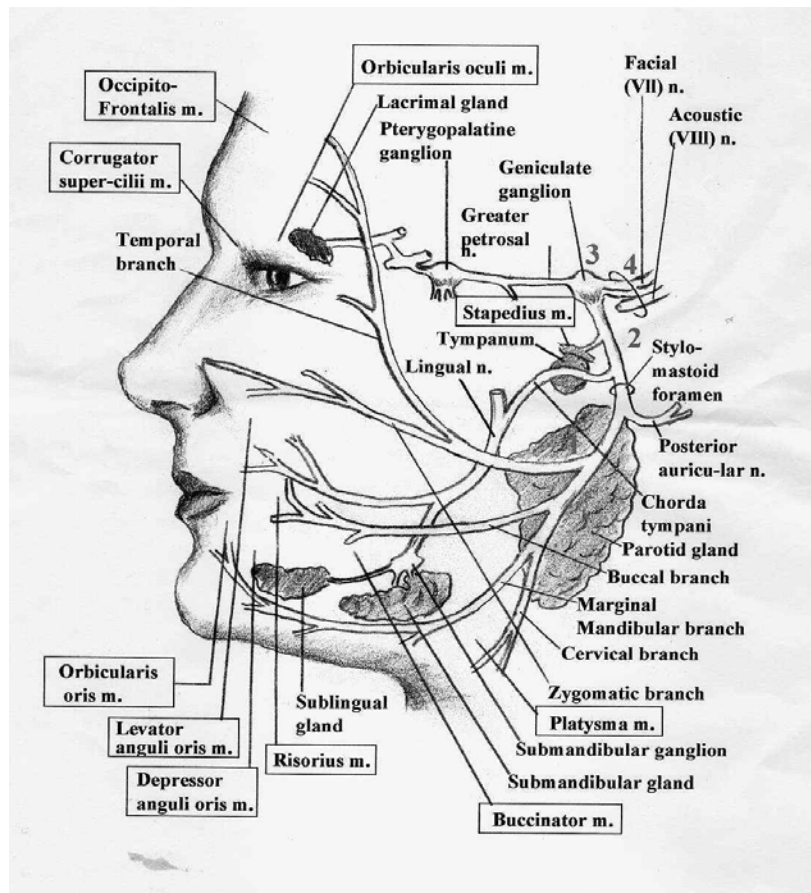


圖 3. 顏面神經之解剖位置及支配肌肉(改繪自 CIBA vol 1, part II, p.211)

結 論

與單側面神經麻痺相較，雙側面神經麻痺因貝爾氏麻痺造成的比例較低，故在鑑別診斷方面應更為小心，包括病史、理學檢查及其他相關檢驗。提出這兩個病例的目的之一是提醒臨床醫師在遇到面神經麻痺患者時，除了貝爾氏麻痺外，還有很多可能之病因待排除。而在處理上，鑑別診斷，對症治療，及預防後遺症應列為首要工作。

參考文獻

1. Steenerson RL. Bilateral facial paralysis. *Am J Otol* 1986;7:99-103.
2. Sherwen PJ, Thong NC. Bilateral facial nerve palsy: a case study and literature review. *J Otolaryngol* 1987; 16:28-33.
3. OH SJ. Clinical electromyography: nerve conduction studies. 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins; 1993. p.102.
4. Ralli G, Magliulo G. Bell's palsy and its recurrences. *Arch Otorhinolaryngol* 1988;244:387-90.
5. Yanagihara N, Mori H, Kozawa T, et al. Bell's palsy. Nonrecurrent vs recurrent and unilateral vs bilateral. *Arch Otolaryngol* 1984;110:374-7.
6. Keane JR. Bilateral seventh nerve palsy: analysis of 43 cases and review of the literature. *Neurology* 1994;44: 1198-202.
7. Teller DC, Murphy TP. Bilateral facial paralysis: a case presentation and literature review. *J Otolaryngol* 1992;21:44-7.
8. Buschbacher L. Rehabilitation of patients with peripheral neuropathies. In: Braddom RL, editor. *Physical medicine & rehabilitation*. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000. p.1039.

9. Ghonim MR, Gavilan C, Sarria MJ. Bilateral simul-taneous Bell's palsy: two cases following herpes simplex gingivostomatitis. *ORL* 1988;50:269-72.
10. Muralidhar M, Vijay Raghavan MR, Bailoor DN, et al. Bilateral Bell's palsy: current concepts in aetiology and treatment. Case report. *Aust Dent J* 1987;32:412-6.
11. Jackson CG, Von Doersten PG. The facial nerve: current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation. *Med Clin N Am* 1999;83:179-95.
12. Adour KK, Ruboyianes JM, Von Doersten PG, et al. Bell's palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, rando-mized, controlled trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105:371-8.
13. Murakami S, Haro N, Horiuchi J, et al. Clinical feature and prognosis of facial palsy and hearing loss in patients with Ramsay Hunt syndrome. *J Otorhinolaryngol Soc Jpn* 1996;99:1772-9. [Full text in Japanese, Abstract in English]
14. Santos DQ, Adour DK. Bilateral facial paralysis related to sexually transmitted herpes simplex: clinical course and MRI findings. *Otolaryngol Head Neck* 1993;108:298-303.
15. Turner JE, Geunes PM, Schuman NJ. Cranial polyne-uropathy – Ramsay Hunt's syndrome: case report and discussion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:354-7.
16. Furuta Y, Ohtani F, Kawabata H, et al. High prevalence of varicella-zoster virus reactivation in herpes simplex virus-seronegative patients with acute peripheral facial palsy. *Clin Infect Dis* 2000;30:529-33.
17. George MK, Pahor AL. Sarcoidosis: a cause for bilateral facial palsy. *Ear Nose Throat J* 1991;70:492-3.
18. Glocker FX, Seifert C, Lucking CH. Facial palsy in Heerfordt's syndrome: electrophysiological localization of the lesion. *Muscle Nerve* 1999;22:1279-82.
19. Christiansen S, Marx A, Kiefer R, et al. Small thymomas and myasthenia gravis: a poorly understood association. *Thorac Cardiovasc Surg* 2000;48:109-11.
20. Bril V, Kojic J, Dhanani A. The long-term clinical outcome of myasthenia gravis in patients with thymoma. *Neurology*.1998;51:1198-200.
21. Ozmenoglu M, Arseven O, Candan S, et al. Bilateral facial paralysis secondary to lymphoma. *ORL* 1993;55: 117-9.
22. Inamura H, Tada Y, Takahashi N, et al. Magnetic resonance imaging finding in a patient with bilateral facial paralysis due to malignant lymphoma. *Acta Otolaryngol* 2000;Suppl 542:58-61.
23. Qiu WW, Yin SS. Time course of Bell palsy. *Arch Otolaryngol* 1996;122:967-72.
24. Danielides V, Skevas A, Van Cauwenberge P. A com-parison of electroneurography with facial nerve latency testing for prognostic accuracy in patients with Bell's palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1996;253:35-8.
25. House JW, Brackmann D. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-7.
26. Diels HJ, Combs D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngol Clin N Am* 1997;30:727-43.
27. Shiau J, Segal B, Danys I, et al. Long-term effects of neuromuscular rehabilitation of chronic facial paralysis. *J Otolaryngol* 1995;24:217-20.
28. Gallegos X, Medina R, Espinoza E, et al. Electromyo-graphic feedback in the treatment of bilateral facial paralysis : a case report. *J Behav Med* 1992;15:533-9.

Bilateral Facial Palsy: A Case Report and Literature Review

Yu-Chin Chen, Shin-Ching Chen,¹ Chien-Chung Lai,²

Chien-Hung Lai,¹ Chih-Yu Chiu

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Taipei Municipal Chung-Hsiao Hospital, Taipei;

¹Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Taipei Medical University Hospital, Taipei;

²Department of Otolaryngology, Taipei Veterans General Hospital, Taipei.

Bilateral peripheral facial palsy (BFPF) is a rare disease. It occurs in less than one percent of patients with facial palsy. The average annual incidence rate is 0.13 to 0.2 persons per million. The etiologies of BFPF differ a little from those of unilateral peripheral facial palsy. The diagnosis depends on a series of complete examinations.

We reported two cases with BFPF. One was bilateral simultaneous, and the other was bilateral alternating type. Case one was a patient with Guillain-Barre syndrome. His residual bilateral facial palsy lasted more than two months after the paresis of four limbs had subsided. The other was a case with recurrent Bell's palsy. We also discussed Bell's palsy and other potential diseases, such as Ramsay-Hunt's syndrome, Heerfordt's syndrome, myasthenia gravis, and neoplasm etc.

The most common cause of BFPF is Guillain-Barre syndrome. Bell's palsy is the second. Nevertheless, other etiologies are also reported in literatures, e.g. infection, trauma, and neoplasm etc. Because the diagnosis of Bell's palsy is established after excluding other possible etiologic diseases, it is important to perform a series of complete examinations for patients with BFPF.

The prognosis is predicted by electrodiagnostic tests. The amplitude of compound muscle action potentials was found to be the most valuable. The goal of treatment is to prevent the occurrence of the sequelae. Conservative treatment with electric stimulation and the manipulation of neuromuscular rehabilitation promote the recovery of the nerve function. (J Rehab Med Assoc ROC 2002; 30(3): 191 - 200)

Key words: bilateral peripheral facial palsy, Guillain-Barre syndrome, Bell's palsy