

معرفی بیمار

استاد گلفیروزی

دکتر عرفانی

1399/10/20

شکایت اصلی

بیمار خانم 63 ساله با سرگیجه و عدم تعادل در راه رفتن

شرح حال

بیمار خانم مسن با سرگیجه از حدود یک هفته قبل و بی حسی سمت چپ صورت از 5 روز قبل و احساس گیر کردن غذا در گلو از همان موقع که از دیروز این علایم بدتر شده است.

شرح حال

بیمار ذکر میکند گزگز انتهای اندام‌ها را از چند سال قبل داشته است ولی از یک هفته قبل دچار بی‌حسی سمت چپ صورت و گرفتگی بینی بیشتر در سمت چپ و اختلال تعادل و به گفته‌ی همراهان تغییر صدای بیمار به صورت تو دماغی صحبت کردن شده است.

سابقه بیماری و مصرف دارو

Dm(+)

HLP(+)

قرص لوزارتان 25 میلی گرم D.H:

80 میلی گرم ASA

لووستاتین 20 میلی گرم

قرص متفورمین

HTN(+)

مشکوک 4 سال قبل CVA(+)

علايم حياتي

- ▶ GCS:15/15
- ▶ Bp:140/90
- ▶ PR:75
- ▶ BT:36/6
- ▶ SO₂:96% در هواي اتاق
- ▶ BS:210

معاینه بالینی

- ▶ در معاینه بیمار هوشیار و اوریاخته بود.
- ▶ درمعاینه مردمک ها :مردمک سمت چپ میوتیک بود واکنش به نور در هر دو مردمک نرمال بود.
- ▶ ریه ها :در سمع ریه ها ویز و رال وجود نداشت.امفیزم زیر جلدی وجود نداشت.
- ▶ شکم:نرم بدون تندرנס.گاردینگ نداشت.
- ▶ اندام ها :ادم و دفور میتی و اختلاف سایز وجود نداشت.

معاینه بالینی

در معاینه حس سمت راست اندام‌ها کاهش یافته .

▶ معاینات مخچه ای که شامل :

1. Finger to nose test

2. تست رومبرگ

3. پدیده ریباند

4. دیسارتزی

5. Heel to knee test

6. Tandem gait

7. ادیادوکونزی

8. اختلال نوشتن بصورت ماکروگرافی

▶ در معاینه پتوز پلک چپ نیز مشاهده شد.

▶ رفلکس اندام‌ها نرمال بود.

مشکلات اصلی بیمار

بیمار خانم 63 ساله با سابقه دیابت و هایپرنتنشن و هایپر لیپیدمی با احساس سر گیجه و عدم تعادل و بی حسی سمت چپ صورت و دیسفاژی و خشونت صدا و مردمک میوتیک سمت چپ و اختلال در رفلکس بلع مراجعه کرده است.

???

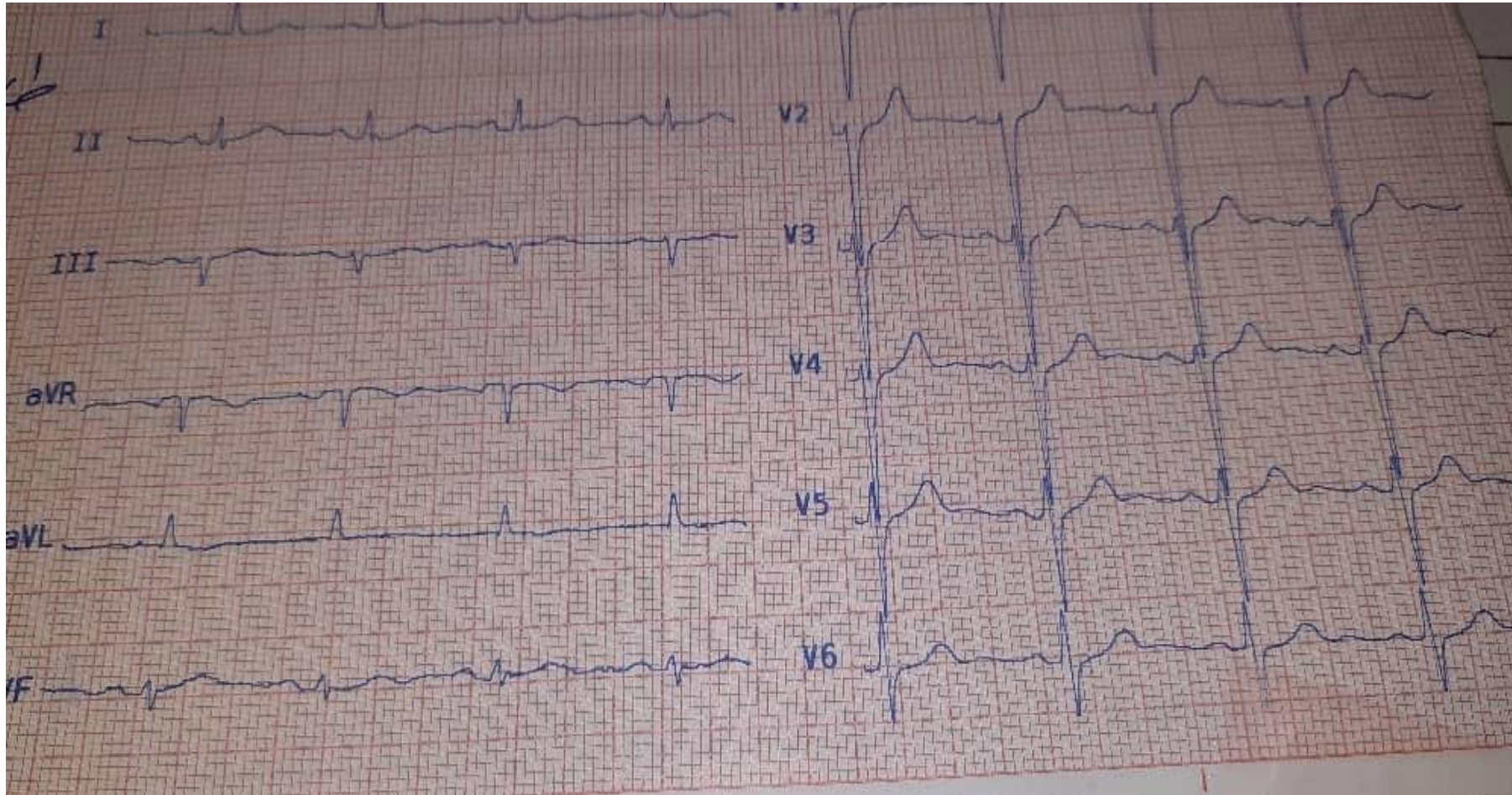
تشخیص های افتراقی

سکته مغزی ایسکیمیک یا هموراژیک
میگرن بازیلار
بیماری های دژنراتیو (الزایمر-پارکینسون)
اختلالات الکترولیتی (هایپوگلیسمی-هایپرناترمی...)
کنسر مدولا
بوتولیسم
میاستنی گراو

یافته های آزمایشگاهی

- ▶ BS:234
- ▶ BUN:23
- ▶ Cr:1/2
- ▶ Na:141
- ▶ K:4/3
- ▶ WBC:8/8
- ▶ Hb:14/7
- ▶ PLt:234000
- ▶ Ca:10/3
- ▶ U/A: wbc:8-10 RBC:2-4
- ▶ VBG: PH:7/42 PcO2:51/9 HCO3:34/1
- ▶ PT:15/1 INR:1/1 PTT:27

ECG

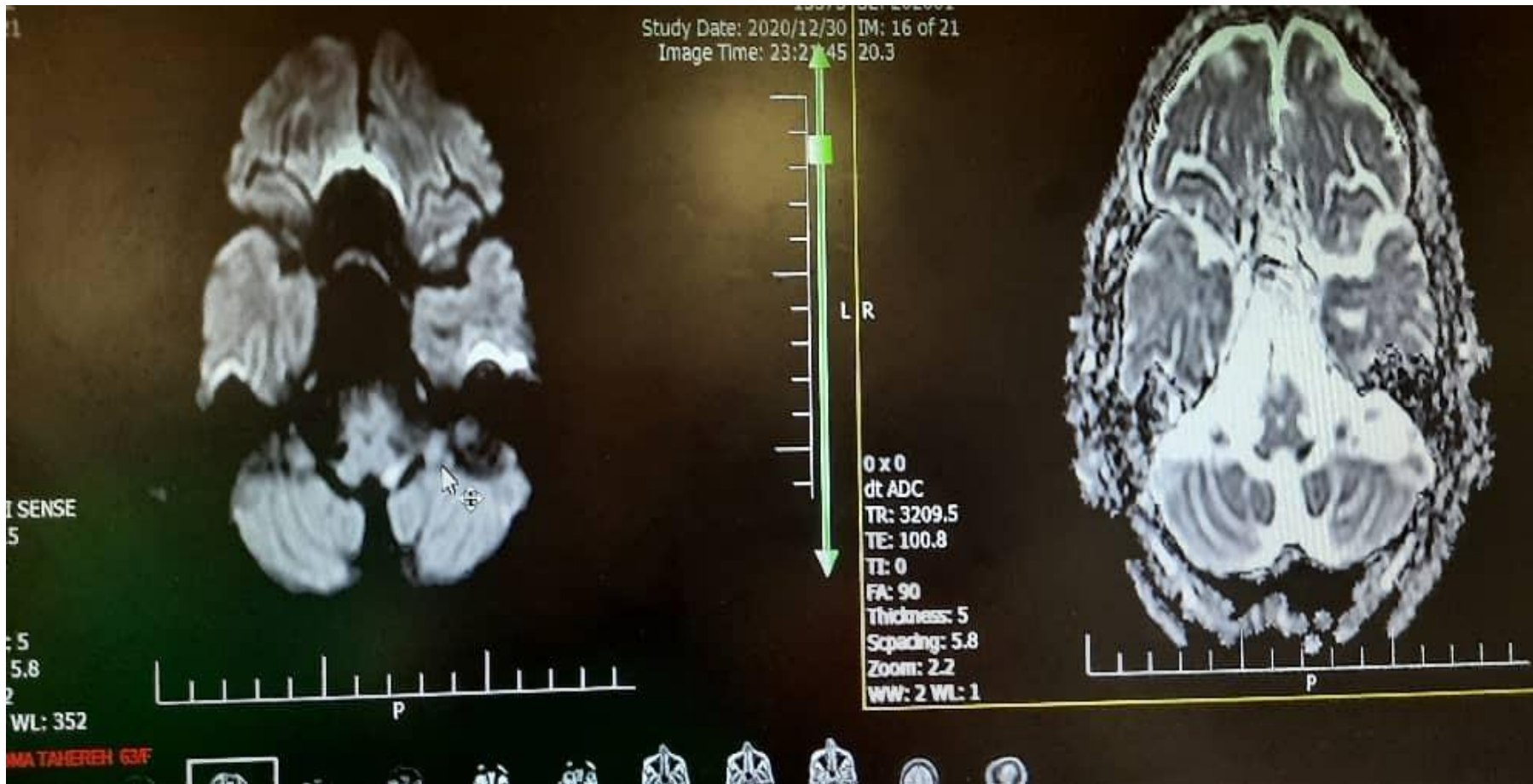


Brain CT





Brain MRI



**تشخیص شما در این مرحله چیست؟
اقدامات درمانی شما چه می باشد؟**

با احتمال سندرم والنبرگ اقدامات زیر برای بیمار صورت گرفت

1. Tab ASA 80 mg po stat
2. Tab Atrovastatin 80 mg po stat
3. Tab Pelavix 75mg po stat
4. Tab Pantoprazole 40 mg po stat
5. NG-tube fix
6. مشاوره نورولوژی

مشاوره نورولوژی درخواست شد بیمار با تشخیص سندرم والنبرگ
شد ICU add
وسایل انتو باسیون در بالین بیمار آماده شد
اورژانس منتقل شد ICU بیمار به

در آزمایش های که بعدا آماده شد

ESR:23

CRP<6

PCR(-)

بیمار در بخش نورولوژی بستری می باشد حال عمومی بیمار خوب و تحت درمان علامتی می باشد.

سندرم والنبرگ

▶ یکی از مجموعه سندرم های خون رسانی خلفی مغزی و شایعترین و مهمترین سندرم مرتبط با انسداد شریان ورتبرال داخل جمجمه است. اغلب توسط غیر نورولوژیستها تشخیص داده نمی شود.

▶ علایم مربوط به وستیبولارمخچه ای که تقریبا همیشه در این بیماران دیده می شود:

1. سرگیجه و اختلال تعادل: که به همان سمت ضایعه می افتد و بیمار در صاف ایستادن دچار مشکل می شود و در خیلی از موارد ایستادن یا راه رفتن برای آنها در فاز حاد غیر ممکن می شود.

2. هایپوتونی همان سمت بازو

3. مشکل بینایی : بصورت تاری دید دیپلوپی

4. نیستاگموس : فاز سریع نیستاگموس چرخشی بسمت ضایعه است.

5. اتاکسی اندام : سمت ضایعه است مشکل در هدف گیری دارند.

▶ **علائم حسی :**

1. احساس درد و ناخوشایند در صورت به علت درگیری عصب 5. درد صورت به صورت تیر کشنده در سمت ضایعه است.

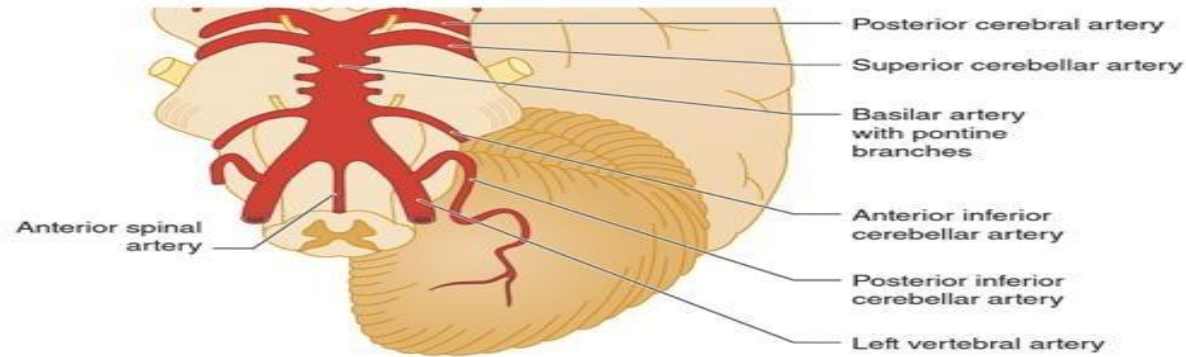
2. از بین رفتن حس درد و حرارت در اندام ها در سمت مقابل ضایعه

▶ **علائم مربوط به عضلات بولبار بصورت ضعف عضلات و یک طرفه در سمت ضایعه :** که باعث دسفاژی و خشونت صدا می شود و کاهش حرکت رو به بالای کام و اسپیراسیون و پنومونی در این بیماران می شود.

▶ **علائم تنفسی:** کنترل دم و بازدم در تگمنتوم بصل النخاع قرار دارد که شایع ترین ابنورمالیتی بصورت از بین رفتن تنفس اتوماتیک بخصوص در موقع خواب می باشد.

▶ **علائم اتونومیک:** چشم سمت ضایعه دچار سندرم هورنر می شود.

تغییرات فشار خون و تعریف و تاکیکاردی و برادیکاردی بین تاکیکاردی ها در این بیماران دیده می شود.

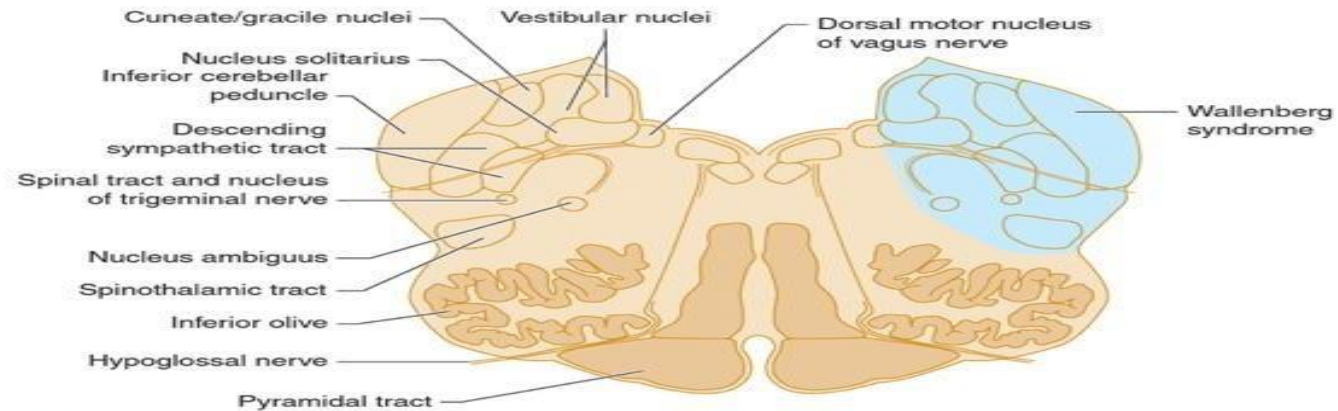


▲ **Figure 8-7.** Principal arteries of the posterior fossa. (Used with permission from Waxman SG. *Clinical Neuroanatomy*. 26th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010.)

cerebellar peduncles are typically supplied by the superior, anterior inferior, and posterior inferior cerebellar arteries, respectively.

Signs of cerebellar infarction include **ipsilateral limb ataxia**, **lateropulsion** (falling toward or, less commonly, away from the side of the lesion), and **hypotonia**. Headache, nausea, vomiting, vertigo, nystagmus, dysarthria, ocular or gaze palsies, facial weakness or sensory loss, and contralateral hemiparesis or hemisensory deficit may

also occur. Occlusions of the superior cerebellar, anterior inferior cerebellar, and posterior inferior cerebellar arteries may be clinically indistinguishable, but associated brainstem findings can help in this regard. Thus, midbrain, pontine, and medullary signs may suggest infarction in the superior cerebellar, anterior inferior cerebellar, and posterior inferior cerebellar territories, respectively. Brainstem infarction or compression by cerebellar edema can result in coma and death.



▲ **Figure 8-8.** Lateral medullary infarction (Wallenberg syndrome) showing the area of infarction (blue) and anatomic structures affected.

