

از کارهای بیمارستان خورشید . اصفهان

زیر نظر دکتر ابوتراب نفیسی

يك شرح حال جالب

نویسنده: محمد جعفری جم

دانشجوی سال سوم آموزشگاه عالی بهداشتی

حسین دوزنده - ۳۰ ساله - محل تولد آباده شیراز شغل پینه دوزی .
بعلت فلج دست و پای چپ و گلودرد و سر گیجه در تاریخ ۹/۴/۲۸ به بیمارستان
خورشید مراجعه و بستری شده است.

اعتیادات - بیمار چاق و سیگار میکشد و چای مینوشد .

سوابق فامیلی - پدر و مادر بیمار بعلت نامعلومی فوت نموده اند . بیمار دارای
چهار برادر بوده که یکی از آنها بعلت نامعلومی در گذشته و سه نفر دیگر بجز یکی
که مبتلا به سیفیلیس اکتسابی شده است بقیه سالمند بیمار دارای يك عیال و اولاد
میباشد که هر دو سالمند .

سابقه بیماری - از امراض اطفال فقط آبله مرغان را بخاطر دارد .

در هشت سال پیش مبتلا به حصبه شده و مدت چهل روز این بیماری بطول
انجامیده است .

در پانزده سال قبل بنا بگفته بیمار تب و لرز مینموده است . در سابقه بیمار امراض
مقاربتی وجود ندارد و نظر به استعمال دخانیات از سه سال پیش سرفه مینموده است .
سابقه بیماری فعلی .

یازده روز پیش بدون مقدمه عصر هنگامیکه بیمار برای نماز گزاردن بر میخیزد
سر گیجه و دواری در سر حس مینماید ولی بهر طوری که شده امروز سرپا و ایستاده
نماز میخواند . و روز بعد هم بهمین طریق میگردد ، ولی از روز سوم چه در هنگام
نشستن و چه در موقع برخاستن سر گیجه بر طرف نمیشده است .

روز سوم بشهر آمده و به طبیب مراجعه نموده و علاوه بر سایر دارو ها قرص ضد کرم تجویز میگردد، ولی سر گیجه و دوار سر بر طرف نمیشود تا اینکه باین بیمارستان مراجعه مینماید .

بیمار در هنگام راه رفتن مثل اشخاص مست تلو تلو میخورد و بدون کمک نمیتواند راه برود و اگر سر یا بایستد بطرف چپ منحرف شده و میافتد .

در موقع نشستن نیز بطرف چپ منحرف است و با کمک دستها تعادل خود را حفظ مینماید .

در موقع ایستادن چشمانش سیاهی میرود و سر گیجه نیز باعث بزمین افتادن بیمار میشود، بیمار چه در هنگام بستن چشم و یا بازبودن آن بطرف چپ میافتد و در موقع نشستن نیز سر گیجه موجود ولی ابنو بیلاسیون^(۱) وجود ندارد فقط اشیاء در برابر چشمانش چرخ میخورند .

امتحان جهازات

۱- دستگاه تنفس - (علائم عملی) بیمار سرفه میکند و اخلاط دارد بیشتر علت سرفه او در اثر ورود اجسام خارجی در نای میباشد زیرا در اثر فلج یکطرفی حلق گلوت کاملاً بسته نمیشود و در موقع بلع غذا مقداری وارد تراشه شده و باعث سرفه میگردد. این سرفه ها دارای صدای مخصوصی بوده و فشار سرفه معمولی را ندارد .
علائم فیزیکی - در مشاهده حرکات دنده ها طبیعی است - در لمس ارتعاشات صوتی بدست میخورند .

در گوش دادن . صدای حبابچه ها بگوش میرسد و طبیعی است و نیز گاهگاهی رالهای خفیفی شنیده میشود .

۲- دستگاه گردش خون .

در مشاهده و لمس شوك راس قلب بدست نمیرسد. در گوش دادن صداهای قلب ضعیف و دور بگوش میرسند .

فشار خون ما کزیمما ۱۱/۵ و می نیما ۸/۵ است. نبض در دقیقه ۱۰۴ قرعه

ضربان دارد حرارت ۳۸ درجه است.

۳ - دستگاه گوارش .

در امتحان دهان دو عدد دندانهای ثنایای جلوئی افتاده و مابقی زرد و کثیف است بیمار بزحمت زبان خود را بیرون میآورد و زبان در عقب باردار است. تغییرات زبان بعداً ذکر خواهد شد .

در مشاهده حلق پر خون و کثیف است و ترشحات مخاطی اطراف آنرا فرا گرفته است .

در موقع بلع غذای مایع صدای مخصوصی شنیده میشود و همراه غذا مقداری هوا بلع میکند و عمل بلع متوالیا برای هر لقمه وجود دارد و چندین مرتبه انجام میگیرد و پس از آن مقدار مایع مخلوط با مواد غذایی از دهان و بینی بیمار خارج میشود در امتحان حلق طرف چپ فلج میباشد زیرا هنگام ادای صدای A زبان کوچک و شراع الحنك بطرف بالا و راست میرود .

اشتهای بیمار خوب است ولی بواسطه فلج حلق نمیتواند غذا بخورد و در موقع بلع احساس دردی در گلو مینماید .

مزاج بیمار ۷-۸ روز است که عمل نشده است . در لمس کبد بیمار سالم است .
۴ - دستگاه اداری .

بیمار روزی یکبار ادرار میکند و رنگ آن زرد خرمائی است بی اختیاری ادرار (۱) و پولا کیوری (۲) وجود ندارد در امتحان ادرار البومین و قند دیده نشد .
۵ - دستگاه عصبی .

امتحان حرکات - بیمار نمیتواند راه برود و اگر بخواهد بکمک شخصی حرکت کند در موقع راه رفتن تلو تلو میخورد و سر گیجه دارد در ضمن اختلال تعادل نیز موجود است بطوریکه بیمار بطرف چپ میافتد (۳) در موقع نشستن نیز بطرف چپ منحرف است . حرکات فلکسیون و اکستانسیون - پرو ناسیون - سوپیناسیون در هر دو دست موجود و طبیعی است . تونوس عضلانی دست چپ کاملاً برجاست .

حس لمس (لمس عمیق و سطحی و درد و حرارت) در دودست وجود دارد. در مشاهده هیچیک از عضلات اتروفیه نیستند. حس فضائی بیمار مختصری کم شده است بطوریکه بیمار نمیتواند آندست چپ را بگوش راست برود و یا بعبارت دیگر مختصری دیس متری^(۱) در طرف چپ وجود دارد و همچنین موقعیکه میخواهد قاشقی را بدهان برود دست چپ حرکات غیر طبیعی نشان میدهد و پس از چندین لحظه میتواند قاشق را داخل دهان نماید.

در امتحان حرکات دست اگر به بیمار بگوئیم که سرعت حرکات پروناسیون و سوپیناسیون نماید بیمار بخوبی قادر بوده یعنی دیادو کوسینزی^(۲) وجود دارد. در امتحان پای حرکات فلکسیون اکستانسیون - روتاسیون پای راست طبیعی است ولی در پای چپ قدری ضعیف است بیمار با هستگی پای خود را از تخت بلند نموده و میتواند مدتی در فضا نگاه دارد.

۶- امتحان حرکات چشمها.

چشم چپ در موقع حرکت بخارج و چشم راست در موقع حرکت بداخل (نیستاکموس) وجود دارد. رفلکس نور و تطابق مثبت است و دید چشمها تغییری نکرده است و همچنین در موقع هم گذاشتن چشمها پلک چشم چپ را نمیتواند رویهم بگذارد ولای چشمها باز میماند.

۷- امتحان گوش.

گوش چپ صدای ساعت را نمی شنود و گاهگاهی دردناکست ولی در موقع فشار ساعت روی پیشانی صدای آن توسط بیمار شنیده میشود. پرده صماخ سالم است.

۸- امتحان صورت.

فلج فاسیال چپ موجود است، بیمار نمیتواند سوت بزند و در حال سوت زدن گوشه دهان بطرف بالا و راست میرود ابرو و پلک چپ کمی پائین افتاده است و موقع رویهم گذاشتن چشمها پلک چشم چپ را نمیتواند رویهم بگذارد ولای چشمها باز میماند.

در موقع بیرون آوردن زبان نوك آن بطرف چپ متمایل است و نصف زبان بیمار اتروفی یافته و در موقع لمس زبان حس حرکت گرمی شکل مخصوص آن در طرف چپ از بین رفته است .

۹- امتحان رفلکسها .

رفلکس ابدومینال (فوقانی - وسطی - تحتانی) تند است .

رفلکس کرماسترین چپ منفی است ولی در طرف راست مثبت است . رفلکس رتولین چپ ضعیفاً مثبت است .

رفلکس پلانتر چپ نامنظم است و گاهی دارای حرکات جانبی میباشد و زمانی شدید است .

۱۰- مشاهدات عمومی و علائم مثبت .

بیمار عرق فراوان دارد ، سکسکه میکند ، عمل بلع برایش مشکل است در گلو احساس درد میکند ، پس از خوردن غذا بلافاصله سرفه نموده و مقداری از مواد غذایی از راه دهان و بینی خارج میشود .

در صورت بیمار علائم فلج فاسیال چپ موجود است .

بیمار نمیتواند راه برود و در موقع راه رفتن با کمک تلوتلو میخورد و بیشتر بطرف چپ میافتد و سر گیجه و لاتروپولسیون چپ وجود دارد . دیس متری دست چپ و نیستاگموس افقی در چشمها موجود است . بیمار بخوبی بخواب میرود و همچنین شکایت از درد سر و سنگینی در طرف چپ خصوصاً بالای شقیقه مینماید .

نشانه‌ها و تغییراتی که بعداً بتدریج در بیمار آشکار شده است .

۲۶/۴/۲۸ نیستاگموس طرف چپ کمی بهبودی یافته است ولی در طرف راست موجود است .

در پای راست حس فورمیمان^(۱) پیدا شده و حس ترموالترزیک طرف راست بدن کم شده است .

۲۷/۴/۲۸ - عمل بلع بهتر شده - حس سنگینی در طرف چپ سر میکند .

۲۹/۴/۲۸ امتحان خون ۷۸٪ پلي نو کلتوز نشان ميدهد

۱/۵/۲۸ پای چپ و دست چپ نسبت بدير دوسر ماو گرما و لمس تقريباً طبيعي است در صورتیکه در طرف راست حس نسبت بدير دوسر ما و گرما از بين رفته است و فقط حس لمس وجود دارد. و اين ديسوسياسيون سيرنگوميليك^(۱) بشکل جوراب تا ساق يا امتداد دارد.

۱۴/۵/۲۸ قرعات ۸۴ مرتبه در دقيقه شده است.

۲۱/۶/۲۸ - راه رفتن بيمار کمی بهبودی یافته است.

۲۲/۶/۲۸ - در چشم چپ تورمی در قرنيه پيدا شده و يك اولسر تروفيك قرنيه ايجاد شده است و دید آن چشم کم شده.

۲۳/۶/۲۸ - انحراف بيمار بطرف راست بيشتتر شده و در موقع راه رفتن خود را بطرف راست متمایل ميسازد.

۲۶/۶/۲۸ - در اطراف چشم و نصف سردرد ظاهر شده و در داخل سر احساس سوزش ميکند.

۶/۸/۲۸ - در چشم چپ بيمار زخم نامبرده جوش خورده و تبديل به لوکوم شده است.

۷/۸/۲۸ - در نصف چپ سر و صورت حس لمس باقی ولی حس ترموالترزيك از بين رفته است.

آزمایشهاییکه از بيمار بعمل آمده است.

امتحان واسرمان خون در دومرتبه منفي بوده است.

فرمول لوکوسيتر ۷۹ در صد پلي نو کلتوز نشان داده است.

آزمایش گوش توسط کارشناس، نبودن ضایعه ای را در گوش خارجی و متوسط

نشان ميدهد.

آزمایش حنجره توسط کارشناس، فلج نسبی طناب صوتی طرف چپ

وجود دارد.

آزمایش مایع نخاعی با آزمایش بنزوان کولوئیدان منفی بوده است. واسرمن نخاع منفی بوده است.

بطور خلاصه علائم مثبت زیر در بیمار مشهود است :

- ۱- فلج فاسیال چپ تیپ محیطی .
- ۲- عدم شنوایی نسبی عصبی گوش چپ .
- ۳- عدم تعادل از طرف چپ و افتادن بطرف چپ .
- ۴- نیستاگموس
- ۵- فلج طرف چپ حلق و عسرالبلع .
- ۶- فلج طرف چپ شراع الحنك .
- ۷- اختلال در حرف زدن .
- ۸- اختلال در صدا .
- ۹- سرعت نبض و سکسکه .
- ۱۰- فلج نصف چپ زبان .
- ۱۱- پائین افتادن شانه طرف چپ و گشتن و تمایل سر بطرف راست .
- ۱۲- از بین رفتن حس حرارت و درد در نصف طرف چپ صورت و بروز زخم قرنيه تیپ نوروپارالیتیک^(۱)
- ۱۳- از بین رفتن حس حرارت و درد در نصف راست بدن .
- ۱۴- تمایل بدن و سردر موقع ایستادن و یا راه رفتن (با افتادن بطرف چپ اشتباه نشود)

تعبیر نشانه‌های بیمار

بایك نظر اجمالی بخلاصه علائم مثبت نامبرده در فوق میتوان چنین نتیجه گرفت که بیمار مبتلابه ضایعات عصبی زیر است :

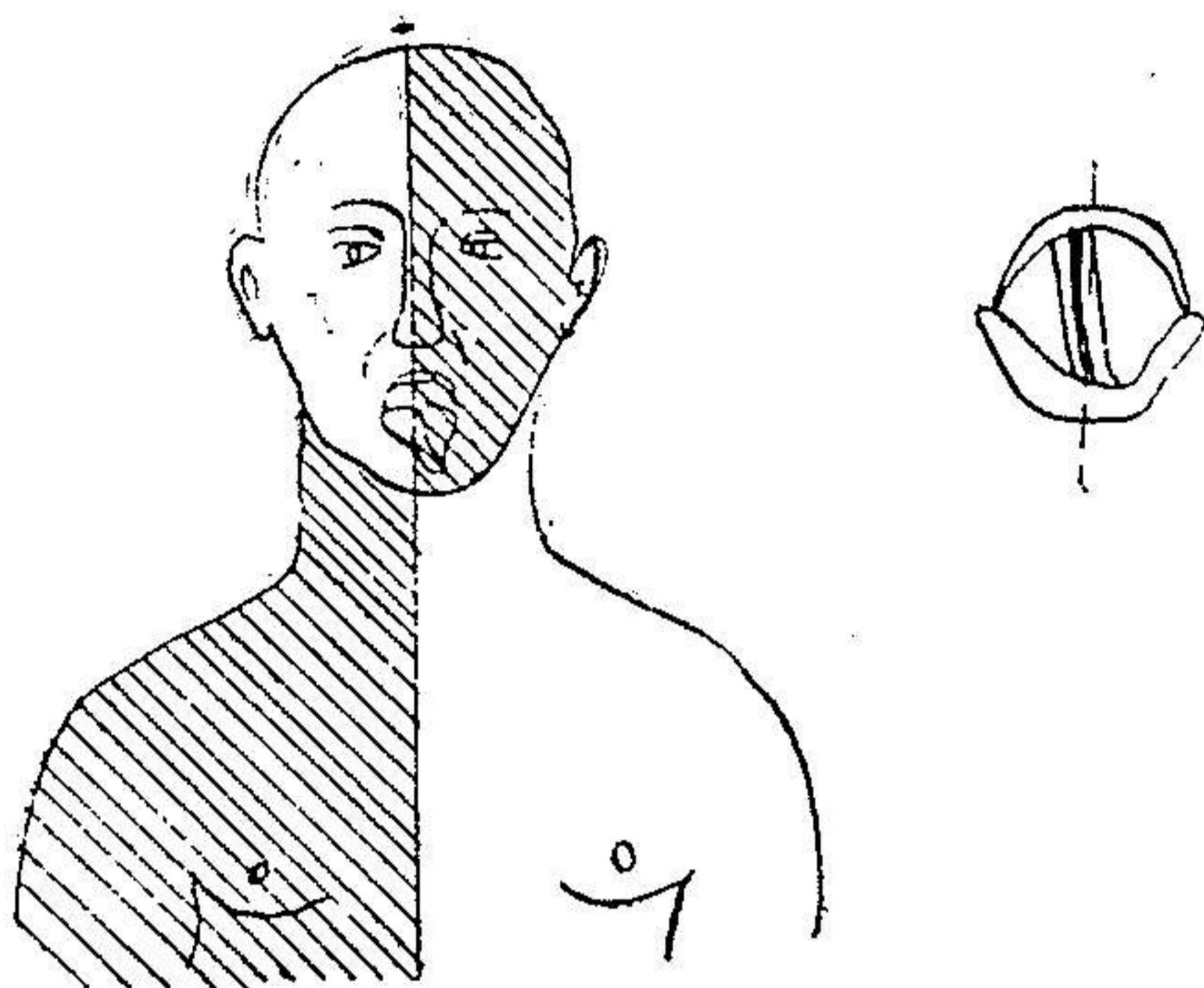
- ۱- فلج قسمت حساس عصب پنجم طرف چپ (سه قلو) اختلال حسی نصف چپ صورت و بروز زخم تروفیک قرنيه چشم چپ .

- ۲ - فلج عصب زوج هفتم (صورتی) چپ تیپ محیطی.
- ۳ - فلج هر دو شعبه عصب زوج هشتم چپ (سامعه) اختلال تعادل بواسطه شعبه وستیبولر و اختلال شنوایی بواسطه زوج کو کلسر
- ۴ - فلج عصب زوج نهم طرف چپ (زبانی حلقی) اختلال در عمل شراع الحنك وعسر البلع .
- ۵ - فلج عصب زوج دهم طرف چپ (ریوی معدی) اختلال در صدا و طناب صوتی و سرعت نبض و سسکه .
- ۶ - فلج عصب زوج یازدهم طرف چپ شوکی از فلج عضلات تراپزو عضله جناغی-چنبری-پستانی چپ که از پائین افتادن شانه چپ بیمار و از عدم توانایی در بر گرداندن سر بچپ مشهود است .
- ۷ - فلج عصب زوج دوازدهم طرف چپ (زیر زبانی) فلج واتروفی نصف چپ زبان و اختلال در گفتار.
- ۸ - اختلال حسی مخصوص نسبت به سرما و گرما و درد در نصف راست بدن (اختلال در عمل دسته اسپینو تالامیک^(۱) پس از تقاطع آنها در بولب) .
- ۹ - اختلال در عمل تعادل و افتادن بیمار بطرف چپ و سر گیجه و نیستاگموس که علاوه بر اختلال در عمل عصب وستیبولر پیش گفته مربوط به قطع رشته های «گورس» و رشته های مخچه ای مستقیم^(۲) است.
- پس چنین نتیجه میگیریم که آفت مورد بحث درست نصف طولی بولب را در طرف چپ فرا گرفته است .

بحث در تشخیص

حال بینیم که چنین سندروم بانشانه های پیش گفته و آفات تشریحی آشکار نامبرده به چه ضایعه ممکنست مربوط باشد؟ بادر نظر گرفتن وسعت آفت و محدود بودن آن بنصف بولب (مثل اینکه باچاقو آنرا دو نصف کرده باشند) و مخصوصاً با شروع ناگهانی بیماری با آسانی میتوان استنباط نمود که علت آن باید حتماً مربوط باختلالی

در گردش خون این ناحیه باشد چه هیچگونه ضایعه‌ای مانند تومور، دمل، کیست و غیره نمیتواند يك چنین آفت کاملاً محدود و ناگهانی و یکطرفی بدهد و باید نظر سطحی علت آن آشکار است که تومورها و دملها و آبسه‌ها و کیستها همیشه ضایعاتشان تدریجی، منتشر، پیشرو، غیر محدود بنصف بولب میباشد.



سندروم «همی یولبر» جانبی چپ

حال به بینیم کدام اختلال گردش خونست که ممکنست غفلتاً سبب ضایعات فوق گردد.

میدانیم که اختلال دوران دم وریدی اگر چه ممکنست سبب اختلال عمل اعصاب گردولی هیچوقت مسبب فلج و قطع کامل اعمال اعصاب نمیشود و تنها اختلال دوران دم شریانی یعنی ترومبوز یا امبولی شریانی مراکز نامبرده است که میتواند سبب بروز عوارض مزبور گردد.

باید نظر به شریانی مغزی مراکز بولب چنین نتیجه میگیریم که منطقه آسیب دیده مورد بحث کاملاً با منطقه ای که از شریان مخچه‌ای - خلفی تحتانی غذا میگیرد تطابق میکند.

شریان مذکور شعبه‌ای از شریان مهره‌ای است که قبل از یکی شدن آنها با هم

و تشکیل تنه قاعده‌ای از آن شریان جدا می‌گردد.

قبل از اینکه وارد بحث در علت ترومبوز یا امبولی شریان نامبرده شویم لازم است تذکر دهیم که انتشار ضایعه سیرنگومیلیک به بولب نیز بعضی اوقات ممکنست نشانه‌هایی تقریباً شبیه به نشانه‌های بیمار مورد بحث بدهد و بهمین جهت در ابتدا نیز تا چند روز مادر تشخیص قطعی دچار تردید بودیم ولی بدلائل زیر بیمار نامبرده نمیتواند سیرنگومیلی داشته باشد.

اولاً شروع بیماری وی ناگهانی بوده است در صورتیکه در سیرنگومیلی شروع بیماری همیشه تدریجی و اغلب اوقات پس از فرا گرفتن نخاع و مراکز نخاعی تحتانی به بولب سرایت میکند و اغلب رانفلمان سرویکال^(۱) نخاع همراه با بولب آسیب دیده است و حال آنکه در بیمار ما هیچگونه آسیب دلیل بر متوقف شدن نخاع وجود ندارد ثانیاً نشانه‌ها کاملاً بیکطرف بولب محدود است در صورتیکه در سیرنگومی بولی همیشه بیک طرف کامل بولب محدود نبوده و کم و بیش طرف مقابل را فرا گرفته و روبان دوری را نیز فرا میگیرد.

ثالثاً - سیرسیرنگوبولبی همیشه بطرف مرک و بدی است و تا حال در کتابها دیده نشده است که در یک مریض سیرنگوبولبیک هسته عصب دهم آسیب ببیند و بیمار بهبودی یابد و حال آنکه در بیمار مورد بحث همانطور که در سیربیماری مشاهده میشود بطرف بهبودی میرود.

رابعاً - باتفحص در کتب بیماریهای اعصاب به سندرومی برمیخوریم که در سال ۱۹۰۲ دو نفر از کارشناسان معروف فرانسوی بنام بابنسکی و ناژه ات^(۲) در مجله نورولوژی در صفحه ۳۵۸ با اسم سندرم بولبراونی لاترال یا اپوپلکسی سربلز^(۳) شرح داده شده و از مطالعه آن شرح و مقایسه با شرح حال بیمار مورد بحث می‌بینیم کاملاً این دو شرح حال باهم تطبیق میکند و چون سندروم نامبرده بعقیده مصنفین مذکور مربوط به ترومبوز شریان مخچه‌ای خلفی تحتانی میباشد و تا حال هم چند بیمار مبتلابان در کتب

۱- Renflement cervical ۲- Babinski et Nageotte

۳- Syndrome bulbaire unilaterale ou apoplexie Cerebelleuse

و مجلات خارجی شرح داده شده می‌توانیم بطور قطع بیماری مذکور را با سندروم مصنفین مزبور یکی دانسته و در تشخیص خود ثابت بمانیم.

علت بسته شدن شریان مخیچه‌ای خلفی تحتانی در این بیمار چیست؟
انسداد شرائین مغزی مانند سایر شرائین بدن بدو علت ممکنست باشد: یکی ترومبوز و دیگری آمبولی.

علل آمبولی بیشتر آسیب‌های قلب چپ و شرائین مانند اندوکاردیت های عفونی تنگی دریچه میترال - اندارتریت و علل ترومبوز بیشتر کلیه عالمی است که سبب ورم شرائین موضعی یعنی آرتریت میشود.

این علل ممکنست مسمومیت‌های خارجی (الکلیک و سرب) یا داخلی (نقرس، روماتیسم و دیابت) بیماریهای عفونی و مخصوصاً سیفیلیس دورسوم است. تو مورهای مجاور در نتیجه فشار به شرائین است و بطور خلاصه در اشخاص کمتر از چهل ساله به سیفیلیس و بیشتر از چهل ساله به آتروم (۱) باید فکر کرد.

طرز شروع بیماری در آمبولی‌ها اغلب ناگهانی و در ظرف یک یا چند دقیقه از ترومبوزها قدری کندتر یعنی در ظرف چند ساعت یا چند روز و از تو مورها خیلی کند تر یعنی در ظرف چندین روز یا چندماه میباشد.

حال به بینیم کدامیک از علل فوق با بیمار ما قابل تطبیق است؟

قلب و شرائین بیمار هیچگونه عیب قابل ملاحظه‌ای نداشته فقط فشارخون او کمتر از طبیعی است و بعلاوه شروع بیماری وی اگر چه ناگهانی بوده ولی بتدریج نشانه‌ها در ظرف چند روز ظاهر شده است بنابراین از فکر آمبولی و تو مور باید بیرون بود.

پس ترومبوز تنها علتی است که ممکنست مسبب باشد. از علل ترومبوز با توجه باینکه بیمار مسن نیست و نشانه‌های ارتریواسکلروز در نقاط دیگر بدن او یافت نمیشود و نشانه‌ها و مسمومیت‌های داخلی یا خارجی در او وجود ندارد فقط بیماریهای عفونی و سیفیلیس باقی میماند. از لحاظ کوفت چندین مرتبه خون بیمار آزمایش و اسرمن شد منفی بود و نشانه‌های کوفت قدیمی (در جداول و دو و سوم) در هیچیک از اعضای او یافت نمیشود. پس بیماریهای عفونی با وجود کانونهای چرکی در نقاط مختلف بدن تنها علت مسبب

تر مېوز شريان در بیمار مورد بحث خواهد بود داشتن تبهای نامنظم و پلبی نو کلهوز با این فرض کمک گرانبهائی است .

از معاینه ای که از گوش بیمار و از رادیو گرافی که از جمجمه وی بعمل آمده آثار بیماری در نقاط نامبرده مشهود نبود و هنوز هم نتوانسته ایم بطور حتم محل کانون چرکی را تعیین کنیم ولی بدلائل موثر بودن معالجه ضد عفونی که بعداً شرح خواهیم داد عفونی بودن تر و مېوز محرز و مسلم بنظر میرسد .
درمان .

از همان بدو و در بیمار دستور استراحت کامل - رژیم غذایی سبک - ادویه مقوی قلب داده شد و پس از دو روز که تشخیص تقریباً مسلم و عفونی بودن بیماری محرز شد شروع بتزریق پنی سیلین در ابتدا هر سه ساعت ۵۰ هزار واحد و بعد هر سه ساعت ۴۰ هزار واحد نمودیم و جمعاً در حدود پانزده میلیون واحد پنی سیلین در ظرف پنج ماه روز تزریق شد و این تزریق تا ۱۵ روز پس از قطع تب نیز ادامه داشت و نکته قابل توجه اینست که در این مدت هر وقت پنی سیلین قطع میشد تب مجدداً بالا میرفت بطوریکه مجبور میشدیم باز درمان با پنی سیلین را ادامه دهیم که از ورقه حرارت نمای بیمار پیدا است .

معالجات فرعی مانند روغن ماهی - ویتامین ث - معالجه موضعی کراتیت چشم نیز در موقع ازوم تجویز شد همچنین در چند روز که عدم سیفیالیس محرز نشده بود چند مرتبه کیبوان و بی بدور به بیمار تزریق شد .
سیر بیماری .

همانطور که قبلاً اشاره شد وضع بیمار روز بروز روبه بهبودی رفت و تنها آسیبی که دیرتر از همه بروز و دیرتر از همه از بین رفت اختلالات حسی عصب زوج پنجم بود و نشانه های فلج اعصاب هفتم و هشتم و نهم و دهم و دوازدهم زودتر از همه بهبودی یافت .
نویسنده محمد جعفری جم دانشجوی سال سوم