

الأمراض الإسعافية التي تقلد الحادّث الوعائيّ الدماغيّ

الدكتور عيسى لايقة *

الدكتور مطيع جوني **

نعيم أسعد ***

(قبل للنشر في 2005/10/13)

□ الملخص □

تضمنت الدراسة المرضى الذين راجعوا بتشخيص مبدئي حالة حادّث وعائي دماغي حسب التعريف التالي للحادّث الوعائي الدماغي على أنه عجز عصبي جزئي مفاجئ مشخص بالقصة أو الفحص السريري يدوم أكثر من ساعة قد يترافق أو لا يترافق بتدني مستوى الوعي [9].

تضمنت الرسالة /170/ مريضاً تم قبولهم في المشفى بتشخيص مبدئي حالة حادّث وعائي دماغي وبعد إجراء الاستقصاءات الشعاعية والمخبرية الضرورية لوضع التشخيص النهائي تبين أن /130/ مريضاً كان تشخيصهم النهائي حادّثاً وعائياً دماغياً و /40/ مريضاً كان تشخيصهم النهائي هو من مقلدات الحادّث الوعائي الدماغي أي إن نسبة الخطأ في التشخيص المبدئي للحادّث الوعائي الدماغي هي 23.52%. هناك /13/ مريضاً اختلط تشخيصها مع الحادّث الوعائي أثناء البحث. كانت أغلب الحالات هي الصرع بنسبة 27.5% والأورام الدماغية بنسبة 25%، أما الحالات الأخرى التي سنذكرها لاحقاً فكانت بتواتر أقل وهي: نقص سكر الدم، التصلب اللويحي، الشقيقة المترافقة، ورم دموي تحت الجافية، اضطرابات نفسية، دوار الوضعة، نقص صوديوم الدم، سبات فرط التناضح، الكحولية، التهاب الدماغ العقبولي، إنتان جهازي.

* أستاذ في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

** أستاذ في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

*** طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

Mimics Stroke

Dr. Issa Laika *
Dr. Moutieh Jouny **
Naeem Asaad ***

(Accepted 13/10/2005)

□ ABSTRACT □

Our research included patients admitted with Cerebro Vascular Accident (CVA). As a primary diagnosis, according to the next definition CVA could be presented as sudden onset of a focal deficit – either by history or by examination lasting more than one hour with or without a change in cognitive function or level of consciousness.

The research included /170/ patients accepted in the hospital with a primary diagnosis of CVA. As a result of the radiography and laboratory investigations for establishing the final diagnosis, it had been found that /130/ patients had the CVA as the final diagnosis, and /40/ patients had CVA mimics as the final diagnosis.

It means that the margin of error in the primary diagnosis was 23.52% in patients with CVA.

During the research, /13/ diseases got mixed up with the diagnosis of CVA, most of which were seizures 27.5%, brain tumor 25%. The other cases that we are going to present later were less frequent: hypoglycemia – multiple sclerosis, complicated migraine, subdural hematoma, psychiatric problems, positional vertigo, hyponatremia, hyperglycemia, alcoholism, herpes encephalitis, systemic infections.

* Professor – Department Of Internal Diseases – Faculty Of Medicine – Tishreen University – Syria.

** Professor – Department Of Internal Diseases – Faculty Of Medicine – Tishreen University – Syria.

*** Post Graduate Student- Department Of Internal Diseases – Faculty Of Medicine – Tishreen University – Syria.

مقدمة:

تشكل الحوادث الوعائية الدماغية واحدة من أكثر الأمراض العصبية مشاهدة في قبول المشافي وتكتسب دراستها الأهمية من خلال:

1- **خطورتها:** إذ إن نسبة كبيرة من المرضى بهذه الإصابات إما أن يموتوا أو أن يحتفظوا بعقاييل غير قابلة للتراجع، رغم وجود نسبة لا بأس بها تتحسن إلا أن النسبة الأكبر هي الموت أو العجز، حيث إنها تعتبر أول سبب للعجز في العالم وثالث سبب للوفيات بعد أمراض القلب والأورام.

2- **كلفتها:** إضافة لكلفة العناية بالمريض في المستشفى وكلفة الفحوص المتممة والمعالجة الفيزيائية. هناك قيمة العطل الوظيفي الناجم عن الإصابة بهذه الأمراض مما يشكل عبئاً على الدولة والمجتمع.

3- **إمكانية علاجها والوقاية منها:** بعلاج عوامل الخطورة التي تؤهب لها وبدء العلاج بحالات الخثرة وهي أدوية قد يكون لها تأثيرات مميّنة للمريض في حال كان التشخيص غير صحيح لذلك فإن التشخيص الدقيق للحوادث الوعائية الدماغية ومعرفة الحالات الأخرى التي يمكن أن تقلده سريراً هو أمر مهم من أجل التدبير المناسب.

هناك العديد من الأمراض التي يمكن أن تقلد الحادث الوعائي الدماغية لذلك من الضروري العمل على زيادة حساسية الأطباء تجاه هذه الأمراض لأن التفكير بالحادث الوعائي الدماغية موجود بشكل أكثر مما يلزم بالمقارنة مع الأمراض الأخرى التي قليلاً ما نفكر بها والتي يكفي استجواب دقيق أحياناً لوضع التشخيص النهائي لها والتي قد تحتاج إلى مقارنة علاجية مختلفة مثل التهاب الدماغ أو نقص سكر الدم أو الشقيقة أو الصرع وبعضها قد يحتاج تدخلاً جراحياً إسعافياً مثل ورم دموي تحت الجافية مزمن ومنكسر المعاوضة.

النقطة الأولى هي التعرف على الحادث الوعائي الدماغية. أي متى نشك أنه لدى المريض حادث وعائي دماغي. في الحقيقة هناك ثلاث نقاط تجعلنا نشبه بوجود الإصابة:

1- وجود علامات تدل على أذية في الجملة العصبية المركزية وليس المحيطية. إن علامات الأذية المركزية عديدة منها: الصداع - الدوار - الإقياء - الفالج بأشكاله المختلفة - الاضطرابات البصرية - الحبسة - الاختلاجات. يجب الانتباه لاجتماع هذه العلامات مع بعضها بحيث تعكس أذية لمنطقة دماغية محددة ومعروفة بأنها تابعة لمنطقة شريانية واحدة.

2- البدء المفاجئ: رغم أن بعض الحوادث الوعائية الدماغية تترقى ببطء أو بشكل درجات السلم إلا أن أغلبها يبدأ بشكل حاد.

3- وجود التربة المؤهبة: التربة الكلاسيكية هي مريض مسن لديه عوامل خطورة وعائية مثل ارتفاع توتر شرياني أو احتشاء عضلة قلبية أو آفة إكليلية عصيدية أو مريض بأي عمر مع آفة قلبية مولدة للصلوات أو لديه اضطرابات دموية.

سنذكر أهم الحالات التي تقلد الحادث الوعائي الدماغية:

1- **نقص سكر الدم:** يمكن أن يقلد الحادث الوعائي الدماغية ويعطي لوحة سريرية على شكل خزل شقي وحبسة [8]. وهؤلاء المرضى قد يشكون من ميل للنوم ولكن غالباً ما يكونوا متيقظين ولا يبدون الأعراض الشائعة لنقص سكر الدم من تخليط وتدي مستوى الوعي أو السبات [7]. هذه اللوحة السريرية شوهدت عند الكحوليين والمصابين بنقص سكر الدم [1]. إن الخزل لشقي الحادث عند هؤلاء المرضى قد يتراجع بسرعة مع إعطاء السيروم السكري

- الوريدي ولكن أحياناً قد يستمر الخزل الشقي عدة ساعات بالرغم من إعطاء السيروم السكري [3]. وهنا قد يكفي عيار سكر الدم الإسعافي لوضع التشخيص النهائي.
- 2- **الشقيقة المترافقة:** تتميز بوجود تظاهرات عصبية مركزية على شكل (اضطرابات بصرية - تنميل - اضطرابات كلامية)، الأعراض تكون في جهة ثم تتراجع فيما بعد ونميز هذه الحالة بوجود صداع يأتي بعد هذه الأعراض وفي الجهة المقابلة. تبين وجود حالات من خزل شقي متناوب عند بعض المرضى. كما أنه مع الوقت وجدوا منشأ عائلياً لهذا الاضطراب.
- 3- **الصرع وشلل تود بعد الصرع:** يتميز بأذية دماغية مركزية وبدء مفاجئ. نسأل هنا عن حدوث اختلاجات قبل هذه الأعراض أو بعدها وفيما إذا تكررت هذه الحالة عدة مرات. أحياناً قد يأتي شلل تود بعد حادث وعائي دماغي قديم وتراجع، وهنا للتمييز بين حادث وعائي دماغي جديد وشلل تود بعد حادث وعائي دماغي قديم نجد أن الاضطراب العصبي يحدث بنفس باحة CVA القديم أي إن شلل تود يحدث بنفس جهة الفالج القديم حيث يزداد العجز الوظيفي وقد يستمر لفترة غير محددة حتى أشهر يتراجع تلقائياً وأحياناً بإعطاء إبرة فاليوم، وبالطبع المحوري لا نجد احتشاء حديثاً. أما في حال وجود CVA جديد فنجد أن الاضطراب العصبي يحدث في باحة شريانية أخرى وبإجراء الطبقي المحوري يكشف احتشاء حديث.
- 4- **التصلب اللويحي:** يتميز بحدوث أعراض حادة، وهنا يأتي دور التربة المؤهبة حيث إن التصلب اللويحي يحدث غالباً في أعمار الشباب وبدون وجود عوامل مؤهبة. وتكون التظاهرات العصبية مبعثرة وناكسة، ويشخص بالمرنان وفي بعض الحالات نلجأ لإجراء رحلان بروتينات س د ش (سائل دماغي شوكي).
- 5- **الأورام الدماغية:** وهي نوعين إما انتقالات ورمية مشابهة تماماً للحوادث الوعائية الدماغية أو نزف داخل ورم دماغي بدئي. وهنا يكون بدء الأعراض حاداً مما يستوجب إجراء CT للدماغ أو مرنان دماغي أحياناً لتأكيد التشخيص.
- 6- **الآفات الكتلية بالدماغ:** مثل الخراجة الدماغية والورم الدموي تحت الجافية. وهي من بين مقلدات الحادث الوعائي الدماغية إلا أنها غالباً ما تسبب أعراضاً تتطور بشكل بطيء لكن في بعض الأحيان قد يكون التطور سريع بسبب حدوث استسقاء دماغ انسدادى تالٍ لتأثير الكتلة أو انكسار معاوضة نزف تحت جافية مزمن. وهي تحتاج إلى طبقي محوري للدماغ وأحياناً مرنان لتأكيد التشخيص.
- 7- **اعتلال الدماغ الاستقلابي:** له أسباب متعددة منها فرط سكر الدم مع فرط الأوسمولية قد يترافق مع اضطراب عصبي موضع يقلد الحادث الوعائي الدماغية [2، 10]. من علامات الاضطراب العصبي نذكر الحبسة، عمى شقي متوافق، خزل شقي حسي أو حركي، اشتداد منعكسات وحيد الجانب، غياب منعكس بابنسكي [6]. وهناك أسباب استقلابية أخرى تقلد الحادث الوعائي الدماغية منها نقص صوديوم الدم واعتلال الدماغ الكبدي [4، 5].
- 8- **التهاب الدماغ العقبولى:** يتميز بوجود ترفع حروري مع علامات سحائية وتدني بمستوى الوعي. وأحياناً فالج شقي وحبسة، ويتم وضع التشخيص باللوحه السريرية وإجراء بزل س د ش، وفي بعض الأحيان إجراء مرنان دماغ حيث يظهر وجود بؤر زائدة الكثافة بالفص الصدغي.
- 9- **دوار الوضعة:** قد يختلط مع CVA في المخيخ أو جذع الدماغ، وهنا يتم تأكيد التشخيص بإجراء طبقي محوري يفيد في إظهار نزف في المخيخ أو بإجراء مرنان عند الضرورة.

10- الاضطرابات النفسية: كثيراً ما تقلد CVA، يمكن للمريض النفسي أن يتظاهر بتدني مستوى الوعي أو فالج حسي أو حركي أو اضطرابات كلامية. وهنا يمكن تمييزه عن CVA حيث المرضى النفسيون غالباً ما يكونون صغار السن مع عدم وجود آفة مؤهبة لـ CVA أيضاً ووجود قصة مشابهة حدثت لدى المريض سابقاً.

11- الغشي بأسبابه المختلفة: يكن أن يقلد CVA حيث يمكن أن يأتي المريض باضطراب بمستوى الوعي والذي غالباً ما يدوم لفترة قصيرة، ويمكن بالفحص السريري والقصة أن تتوجه للتشخيص.

ومن الحالات الأخرى المقلدة للحادث الوعائي الدماغي نذكر: الكحولية - داء باركنسون - اعتلال الدماغ بفراط الضغط - الإنتان الجهازى.

أهمية البحث:

زيادة حساسية الأطباء تجاه أمراض أخرى غير الحوادث الوعائية الدماغية لأن الأخيرة حاضرة دوماً في الذاكرة بشكل أكثر مما يلزم بالمقارنة مع أمراض أخرى نادراً ما يتم التفكير بها والتي يكفي استجواب جيد لوضع تشخيص لها في بعض الأحيان.

هدف البحث:

تحديد مصداقية التوجه السريري للتعرف على الحوادث الوعائي الدماغية بين الحالات الحادة أو المشخصة إسعافياً على أنها حادث وعائي دماغي.

عينة البحث:

المرضى المراجعون لإسعاف مشفى الأسد الجامعي باللادقية مباشرة أو المحولون بتشخيص مبدئي حادث وعائي دماغي خلال فترة الدراسة وهي عام واحد من 2004/7/1 وحتى 2005/6/30 ووضع التشخيص النهائي بعد إجراء الاستقصاءات المختلفة، استثنينا الأعمار الأقل من 13/ سنة مع استبعاد الحالات المميته بسرعة والتي لم يتح الوقت للتعرف على السبب لعدم توفر تشريح الجثة.

وسائل البحث التي استخدمت:

- 1- استجواب عصبي كامل يتناول قصة سريرية مفصلة - سوابق مرضية: (رض رأس - صرع - سوابق قلبية - سوابق دوائية - حادث وعائي دماغي - داء منير - شقيقة - تصلب لويجي)، فحص عصبي للبحث عن مجموعة أعراض عصبية يمكن إرجاعها إلى باحة معينة.
- 2- تصوير طبقي محوري دماغي إسعافي حيث يظهر النزف منذ الساعات الأولى وفي حال الاحتشاء يعاد بعد 24 ساعة كما أنه يفيد في تشخيص نزف تحت الجافية واستسقاء الدماغ بفراط الضغط.
- 3- عيار سكر الدم عند كل مريض سكري معروف يتناول أدوية خافضة للسكر أو غير معروف عند وجود لوحة سريرية موجهة (تعرق - تسرع قلب - قصة عائلية).
- 4- تخطيط دماغ كهربائي عند الشك بتشخيص الصرع.

- 5- إجراء تحاليل مخبرية عند الشك بوجود اضطراب شوارد، اعتلال دماغ كبدي. وأغلب الحالات هي الشك بحادث وعائي دماغي مضاف للمشكلة الأولية المعروفة.
- 6- إجراء بزل س د ش عند الشك بالتهاب الدماغ العقبولى أو التصلب اللويحي.
- 7- استشارة أذنية عند الشك بوجود دوار من منشأ محيطي.

طريقة البحث:

بعد اختيار عينة البحث وهو المرضى المقبولون إسعافياً أو المحولون بتشخيص مبدئي حادث وعائي دماغي، ثم تحديد النسبة الصحيحة للتشخيص أي المرضى الذين تم تأكيد إصابتهم بحادث وعائي دماغي سواء بواسطة الاستقصاءات الشعاعية أو المخبرية، وذكرت الحالات التي كان فيها التشخيص غير صحيح، وحددت نسبة الخطأ في تشخيص الحادث الوعائي الدماغي. وأخذنا بعين الاعتبار كلاً من الجنس والعمر والسوابق المرضية واللوحه السريرية للقبول.

مرضى الدراسة:

شملت الدراسة عدداً كلياً من الحالات بلغ /170/ مريضاً (91 ذكراً و 79 أنثى) كانت أعمارهم أكبر من /13/ سنة تم قبولهم بتشخيص مبدئي حادث وعائي دماغي. لقد تم وضع التشخيص المبدئي للحادث الوعائي الدماغي إما بواسطة الطبيب المقيم في الإسعاف أو محولة من أخصائي أمراض عصبية وفي كلتا الحالتين قبل إجراء الاستقصاءات المختلفة تم توزيع المرضى على مجموعتين، الجدول رقم (1).

الجدول رقم (1): يوضح توزع لمرضى على مجموعتين A و B.

المرضى	العدد	النسبة لمئوية (%)
مرضى الحوادث الوعائي الدماغى A	130	76.48
مرضى مقلدات الحادث الوعائي الدماغى B	40	23.52
العدد الكلى	170	100

مجموعة A وهم المرضى الذين تم تأكيد إصابتهم بحادث وعائي وبلغ عددهم /130/ مريضاً. مجموعة B وهم المرضى الذين كان التشخيص النهائي لديهم من مقلدات الحادث الوعائي الدماغى وبلغ عددهم /40/ مريضاً.

أي إن نسبة الخطأ في تشخيص الحادث الوعائي الدماغى هي 23.52%. وجدنا أثناء الدراسة /13/ مريضاً اختلط تشخيصهم مع الحادث الوعائي الدماغى.

شكّل الصرع والأورام الدماغية بما فيها النقائل الدماغية أغلبية مقلدات الحادث الوعائي الدماغى. وجدنا /11/ مريضاً كان التشخيص النهائي لديهم الصرع أي بنسبة 27.5%، و /10/ مريضاً كان تشخيصهم النهائي أورام دماغية أي بنسبة 25%. أما بقية الأمراض المقلدة فكانت بتواتر أقل وهي موضحة بالجدول رقم (2).

الجدول رقم (2): يوضح الأمراض التي اختلط تشخيصها مع الحادث الوعائي الدماغى.

النسبة لمئوية (%)	العدد	مقلدات الحادث الوعائي الدماغي
27.5	11	صرع
25	10	الأورام الدماغية والنقائل
7.5	3	الاضطرابات النفسية
2.5	1	الإنتان الجهازي
7.5	3	التصلب اللويحي
2.5	1	نقص صوديوم الدم
7.5	3	نقص سكر الدم
2.5	1	شقيقة مترافقة
5	2	دوار الوضعة
5	2	التهاب الدماغ العقبولى
2.5	1	وردم دموي تحت الجافية
2.5	1	الكحولية
2.5	1	سبات فرط التناضح
100	40	العدد الإجمالي

لقد تم أثناء الدراسة مراعاة الشكاوى التي وجهت نحو الحادث الوعائي الدماغى وذلك للوصول إلى مشعرات سريرية تشخيصية قد تفيد أطباء الإسعاف في التوجه إلى التشخيص تبين أن أغلبية مرضى مقلدات الحادث الوعائى الدماغى كانت اللوحة السريرية التي راجعوا فيها هي تدنى مستوى الوعي حيث إن 26/ مريضاً من أصل 40/ مريضاً كانت لوحة البدء لديهم هي تدنى بمستوى الوعي أي بنسبة 65% من المرضى.

بقية الشكاوى التي راجعوا فيها المرضى بتشخيص مبدئي حادث وعائى وكان التشخيص النهائي غير ذلك موضحة في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3): يوضح الشكاوى التي وجهت نحو الحادث الوعائى الدماغى عند مرضى المجموعة B.

النسبة لمئوية (%)	العدد	الشكاوى التي وجهت نحو الحادث الوعائى الدماغى
40	16	خزل شقى (حسى أو حركى)
7.5	3	اضطرابات بصرية
10	4	حبسة
7.5	3	اختلاجات
10	4	اضطراب توازن
65	26	تدنى مستوى الوعي
2.5	1	ترفع حروري
25	10	صداع + اقياء
7.5	3	دوار

كما وجد أن مرضى المجموعة A الذين كان تشخيصهم النهائي حادث وعائي دماغي وراجعوا بشكوى تدني مستوى الوعي كان عددهم /13/ مريضاً من أصل /130/ مريضاً أي بنسبة 10%. وبالمقابل فإن معظم مرضى المجموعة A راجعوا بشكوى خزل شقي وكان عددهم /91/ مريضاً أي بنسبة 70%. كما تمت دراسة العمر كمشعر يساعد في التوجه نحو التشخيص حيث كان عدد مرضى المجموعة A الذين كانت أعمارهم ≤ 54 سنة هو /106/ مريضاً بنسبة 81% مقابل /24/ مريضاً أعمارهم أقل من 54 سنة بنسبة 18%. أما بالنسبة للمجموعة B فوجد أن /26/ مريضاً كانت أعمارهم أقل من 54 سنة بنسبة 65% مقابل /14/ مريضاً كانت أعمارهم ≤ 54 سنة بنسبة 35%، الجدول رقم (4).

الجدول رقم (4): يوضح توزيع مرضى المجموعة B حسب العمر.

العمر	أعمارهم > 54 سنة	أعمارهم ≤ 54 سنة
العدد	26	14
النسبة المئوية %	65	35

ودرس توزيع مرضى المجموعة B حسب الجنس، الجدول رقم (5).

الجدول رقم (5): يوضح توزيع مرضى المجموعة B حسب الجنس.

العمر	الذكور	الإناث	العدد الكلي
العدد	16	24	40
النسبة المئوية %	40	60	100

ودرسنا السوابق المرضية عند مرضى المجموعة B فوجدنا أن قسماً مهماً من المرضى لا يوجد لديهم سوابق مرضية، الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6): يوضح السوابق المرضية لمرضى المجموعة B.

السوابق المرضية عند مرضى مقلدات الحادث الوعائي الدماغي	العدد	النسبة لمئوية (%)
سكري	10	25
صرع	2	.5
ارتفاع توتر شرياني	7	17.5
حادث وعائي دماغي	5	12.5
رض رأس	2	5
تصلب لويحي	0	0
شقيقة	2	5
داء منير	0	0
كحولية	1	2.5
لا يوجد سوابق مرضية	12	30

مقبل ذلك /79/ مريضاً من أصل /130/ مريضاً في المجموعة A أي بنسبة 61% كان في سوابقه ارتفاع

توتر شرياني.

النتائج:

- 1- وجدنا أن نسبة الخطأ في تشخيص الحادث الوعائي الدماغي هي 23.52%.
- 2- وجد في الدراسة /13/ مرضاً يمكن أن يقلد الحادث الوعائي الدماغي ذكرت سابقاً شكّل الصرع والأورام الدماغية أغلبية الحالات بنسبة 27.5%، 25% بالترتيب.
- 3- شكّل تدني مستوى الوعي لوحة البدء لمقلدات الحادث الوعائي الدماغي بنسبة كبيرة 65% مقارنة مع 10% بالنسبة لمرضى الحوادث الوعائية الدماغية.
- 4- بالنسبة للسوابق المرضية كان ارتفاع التوتر الشرياني موجوداً بنسبة 17% بالنسبة لمقلدات الحادث الوعائي الدماغي مقارنة مع 61% بالنسبة لمرضى الحادث الوعائي الدماغي.
- 5- بالنسبة للعمر كان 81.5% من مرضى الحادث الوعائي الدماغي أعمارهم ≤ 54 سنة بينما كان 35% من مرضى المقلدات أعمارهم ≤ 54 سنة والباقي أي نسبة 65% من مرضى المقلدات أعمارهم أقل من 54 سنة.
- 6- بالنسبة للجنس كان 60% من مرضى المقلدات هم من الإناث و 40% من الذكور.

مناقشة النتائج:

- 1- كانت نسبة الخطأ في تشخيص الحادث الوعائي الدماغي مرتفعة في دراستنا أي هناك مبالغة في تشخيص الحادث الوعائي الدماغي مقارنة مع الأمراض الأخرى التي تقلده والتي يكون تشخيصها والتفكير بها قليلاً.
- 2- وجود تدني مستوى الوعي عند لوحة القبول يكون لصالح تشخيص مقلدات الحادث الوعائي الدماغي.
- 3- وجود ارتفاع توتر شرياني في سوابق المريض يكون لصالح تشخيص الحادث الوعائي الدماغي.
- 4- الأعمار المتقدمة و جنس الذكورة يكون لصالح تشخيص الحادث الوعائي الدماغي بينما أعمار الشباب تكون لصالح تشخيص مقلدات الحادث الوعائي الدماغي.

الاقتراحات والتوصيات:

- 1- زيادة تفكير الأطباء بأمراض أخرى غير الحادث الوعائي الدماغي قد تقلده في لوحة البدء.
- 2- تمرين أطباء الإسعاف على تشخيص الحادث الوعائي الدماغي وتفريقه عن الحالات المقلدة له.
- 3- إجراء طبقي محوري دماغي إسعافي لكل مريض يشكل بإصابته بحادث وعائي دماغي وإعادته بعد 24 ساعة.
- 4- إجراء سكر دم إسعافي لكل مريض سكري معروف يتناول أدوية خافضة لسكر الدم أو غير معروف عند وجود أعراض موجّهة لنقص سكر الدم من تعرق أو خفقان.
- 5- إجراء دراسات أخرى عن نفس الموضوع بغية الوصول إلى مشعرات سريرية قد تفيد أطباء الإسعاف في التفريق بين الحادث الوعائي الدماغي ومقلداته.

المراجع:

- 1- Andrade R, Mathew V, Morgenstern MJ, Roberge R, Rubin K, Senekjian D, Sparano R, Tartac.
- 2- Berkovic SF, Bladin PF, Darby DG. Metabolic disorders presenting as stroke. Med J Aust. 1984;140:421-424.
- 3- Blume WT. Focal motor seizures and epilepsia partialis continua. In: Wyllie E, ed. The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice. Philadelphia: Lea & Febiger; 1993:393-400.
- 4- Brust JC, Caplan LR. Agitation and delirium. In: Bogousslavsky J, Caplan LR, eds. Stroke Syndromes (ed second). Cambridge: Cambridge University Press; 2001:222-231.
- 5- Ghika J, Bogousslavsky J. Abnormal movements. In: Bogousslavsky J, Caplan LR, eds. Stroke Syndromes (ed second). Cambridge: Cambridge University Press; 2001:162-181.
- 6- Klawans HL, Moses H, 3rd, Nausieda PA, Bergen D, Weiner WJ. Treatment and prognosis of hemiballismus. N Engl J Med. 1976;295:1348-1350.
- 7- Malouf R, Brust JC. Hypoglycemia: causes, neurological manifestations, and outcome. Ann Neurol. 1985;17:421-430.
- 8- Montgomery BM, Pinner CA, Newberry SC. Transient hypoglycemic hemiplegia. Arch Int Med. 1964;114:680-684.
- 9- Richard B, Libman. MD, Frcpc Elzbieta Wirkowski MD., Josealvir Dr. PH. T. Hemanth Rao. MD. Conditions that mimic stroke in the emergency department, 1995.
- 10- y Atchison JW, Pellegrino M, Herbers P, Tipton B, Matkovic V. Hepatic encephalopathy mimickin Stroke. Am J Phys Med Rehabil. 1992;71:114-118.