學術專論

外側延髓症候群：一病例報告

三軍總醫院松山分院 內科部 魏廷恩 劉崢偉 羅文傑 周華康

前言

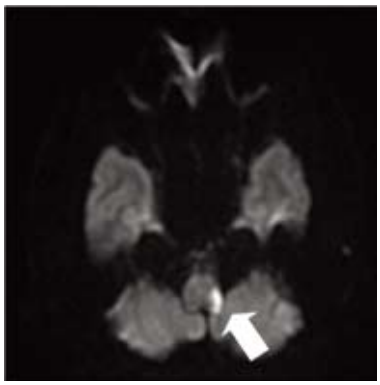
外側延髓症候群(Wallenberg's syndrome)其主要機轉為後下小腦動脈(posterior inferior cerebellar artery)阻塞，因而造成不等程度的延腦結構受損，而引發多樣化的臨床症狀。由於多變化的臨床症狀，常造成診斷的困難；近年來由於放射影像學的進步， 尤其是核磁共振掃描儀的普遍及功能精進，對於此疾病的診斷，有了決定性的確認。我們在此提出本院一案例，並借由文獻的回顧，來探討此疾病常見的臨床症狀，及病徵所相對的結構症灶所在，以期對於此疾病能有更深入的認識，而做出正確的診斷。

病例報告

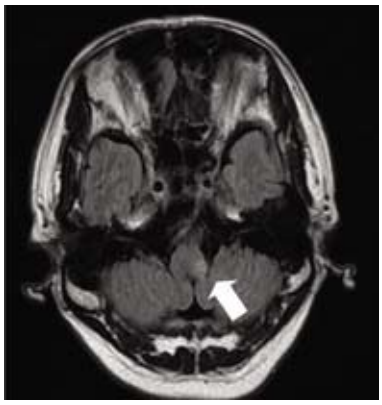
病患為一位62歲男性，主訴突發性眩暈、耳鳴、噁心、嘔吐、運動失調、步態不穩，且合併上呼吸道感染，而至某教學醫院就診，診斷為急性上呼吸道感染合併急性前庭神經炎。因症狀沒改善且持續壹週，轉至本院診療。既往史無高血壓、糖尿病、心臟病及腦中風，否認性病史及葯物過敏病史，一般理學檢查方面：意識清醒，精神倦怠，耳溫37.8℃、血壓145/90mmHg、脈博規律72次/分、呼吸20次/分，呈正常皮膚，無黃疸，眼結膜正常，無淋巴結腫大，心跳正常無雜音，無頸靜脈賁張，呼吸聲正常無囉音，腹部檢查無異常發現。在神經學檢查方面：左臉及右側軀幹對痛覺及溫度感覺喪失，左側肢體運動失調，無嘶啞聲，輕度吞嚥困難，懸壅垂偏向右側，左臉有霍納氏徵候(Horner's syndrome)，眼球運動正常。

頭部電腦斷層掃描檢查，並無異常發現；腦部核磁共振掃描檢查，發現在左側延髓於擴散加權影像(Diffusion-Weighted Images) (圖一)及 T2加強影像(T2-weighted image) (圖二)有高訊號病灶。由病史、臨床神經學檢查及核磁共振掃描結果，我們可知病患為一左側外側延髓症候群。

病人先接受aspirin 100mg(Bokey)及pentoxyfylline (Trental)等藥物治療，之後因症狀轉劇(stroke in evolution)， 故加上肝素low molecular heparin(Clexane)治療，症狀逐漸改



圖一：腦部核磁共振掃描檢查，發現在左側延髓於擴散加權影像(Diffusion-weighted Images)有高訊號病灶(白色箭頭)



圖二：腦部核磁共振掃描檢查，發現在左側延髓於T2加強影像(T2-weighted image)有高訊號病灶(白色箭頭)

善。入院第七天左耳暈眩及吞嚥困難，幾乎已完全消失。發病二個月，左側臉部及右側肢體之感覺喪失幾已完全恢復。

討論

外側延髓症候群，其主要的三個臨床特徵是霍納氏徵候(Horner's syndrome)，同側運動失調及對側肢體感覺異常。偶而可見臉部無力及眼球症狀，不常合併小腦梗塞，可能原因為此病常肇因於椎動脈梗塞所致。因電腦斷層掃描，存在骨性效應影響(bone effect)，無法做確定診斷。如今核磁共振掃描儀的應用，成為診斷此疾病的利器。以下就其好發年齡、危險因子、致病機轉、常見症狀、症狀與症灶位置之相關性、預後及治療加以探討：

1. 好發年齡：58歲以上
2. 性別比例：男：女為25：8
3. 危險因子：(1)年紀大病患(2)高血壓(3)糖尿病(4)冠狀動脈疾病(5)腦血管疾病(6)高脂血症(7)抽菸 (表1)

表1：33位平均年齡58歲(分布於24-82歲)外側延髓症候群案例依人口統計及中風之危險因子[6]

	案例數	百分比(%)
男	25	76
女	8	24
合計	33	100
先前存在疾病		
高血壓	16	48
糖尿病	11	33
冠狀動脈疾病	8	24
中風或暫時性缺氧發作	8	24

4. 致病機轉：主要為續發性後下小腦動脈阻塞，而造成不等程度延腦組織受損，而引發不同之臨床症狀。臨床上，最常見之原因為椎動脈侵犯所導致。
5. 症狀：由於侵犯延腦病灶位置的不同，其表現的臨床症狀有相當大的差異。而臨床上可能出現之症狀及徵候包括：運動失調、麻木、眩暈、吞嚥困難、噁心、嘔吐、頭痛、嘶啞聲、眼震、打嗝、同側臉部及對側肢體溫痛覺喪失、霍納氏徵候(主要表現為縮瞳、眼瞼下垂、半邊臉部不流汗之症狀) (表2)。

表2：33位罹患外側脊髓症候群案例合併之神經症狀及徵候[6]

神經症狀	人數	百分比	神經癥候	人數	百分比
運動失調	33	70	霍納氏徵候a Horner's syndorme	30	91
麻木	21	64	對側痛覺遲鈍	28	85
眩暈	17	52	運動失調	30	91
吞嚥困難	17	52	眼震	20	61
噁心嘔吐	16	48	面部痛覺遲鈍	19	58
頭痛	16	48	軟無力	17	52
構音困難	13	39	面部無力	14	42
複視或視力模糊	11	33			
嘶啞聲	10	30			
打嗝	4	12			
單側顏面痛	3	9			

依文獻報告，病灶位於上中延腦，較常出現嚴重吞嚥困難，嘶啞聲，顏面感覺異常，而吞嚥困難主要為疑核之侵犯所致。病灶

位於下延腦時，由於位於外側表淺區，其表現的症狀為震顫、眩暈、步態不穩，而很少出現吞嚥困難的症狀。

6. 預後：一般單純之外側延髓症候群，其病程相當良性而很少造成死亡。除非危險因子愈多，病灶愈大，即有可能造成較嚴重的併發症。
7. 治療：視臨床症狀，病灶之嚴重性，採保守治療。

結論

外側延髓症候群是一個臨床症狀變化多端的疾病，包括運動失調、感覺異常、眩暈、吞嚥困難、發音困難、頭痛、複視，甚至包括嘶啞聲、噁心、嘔吐、打嗝等。舉凡從眼、耳、腸胃、神經系統之症狀，盡皆包括，因此常造成臨床的誤診。現今由於核磁共振掃描儀的發明，可以對此疾病做一非侵犯性的確定診斷。因此我們應對此疾病能有進一步的認識，藉由臨床症狀的懷疑，以期能正確診斷，以免誤診而造成遺珠之憾。

參考文獻

1. Fukuoka T, Takeda H, Dembo T, et al: Clinical review of 37 patients with medullary infarction. J Stroke Cerebrovasc Dis 2012 Oct; 21(7): 594.
2. Kim JS: Pure lateral medullary infarction: clinical-radiological correlation of 130 acute, consecutive patients. Brain. 2003 Aug; 126(Pt 8): 1864-72 full-text.
3. Nickerson RB, Atchison JW, Van Hoose JD, et al: Hiccups associated with lateral medullary syndrome. A case report. Am J Phys Med & Rehabilitation 1997; 76(2): 144-6.
4. Gan R, Noronha A: The medullary vascular syndromes revisited. J Neurol. 1995 Mar; 242(4): 195-202.
5. Kim JS, Lee JH, Suh DC, et al: Spectrum of lateral medullary syndrome. Correlation between clinical findings and magnetic resonance imaging in 33 subjects [see comments]. Stroke 1994; 25 (7): 1405-10.
6. Sacco RL, Freddo L, Bello JA, et al: Wallenberg's lateral medullary syndrome. Clinical-magnetic resonance imaging correlations. Arch Neurlo 1993; 50(6): 609-14.
7. Morrow MJ, Sharpe JA: Torsional nystagmus in the lateral medullary syndrome. Ann Neurol 1988; 24: 390.
8. Ross MA, Biller J, Adams HP, et al: Magnetic resonance imaging in Wallenberg's lateral medullary syndrome. Stroke 1986; 17(3): 542-5.