ضربه‌های مغز

مجله نظام پزشکی
سال پنجم، شماره ۴ ، صفحه ۲۹۰، ۲۵۳۵

دکتر تقی دادستان*

امروزه بعلت رواج ماشینیسم روزبه‌روز به‌اهمیت شناخت ضربه‌های مغز وطرق معالجه‌آن افزوده میشود. به‌همین دلیل است‌که نتیجه مطالعهٔ خود را دربارهٔ ۲۱۸ مورد ضربه مغز، درعرض دو سال ، که از شروع کار بخش جراحی مغز و پی میگذرد، برای اطلاع همکاران جوان می‌نگاریم .

بیماران مبتلا به‌ضربه مغز که بمامراجعه کرده‌اند۲۱۸ نفر بوده‌اند که دربین‌آنها۱۹۹مرد و۱۹زن و۸۷کودك کمتراز۱۵ساله وجود دارند. باید متذکرشدکه بیماران مبتلا به‌ضربه مغزمعمولا به‌بخش فوری (اورژانس) راهنمائی میشوند و این آمار از بیمارانی که مستقیماً به‌این بخش مراجعه‌کرده‌اند ، فراهم آمده است.

در آمارما ، درسنین زیر پانزده سالگی، نسبت دختر به‌پسر $\frac{۱}{۸}$ ودر سنین بالاتر نسبت زن به مرد $\frac{۱۱}{۱۳۰}$ است . به طوری‌که ملاحظه می‌شود مردها خیلی بیش‌تر از زن‌ها درمعرض این‌خطر هستند .

علل ضربه مغز مختلف است ولی بطور کلی ضربه‌های ناشی از حوادث اتومبیل مهم‌ترین علت به‌شمار می‌رود . ازبین ۲۱۸نفری که مورد مطالعه قرار داده‌ایم ، ۹۲ نفر به علت حادثهٔ اتومبیل، ۴۵ نفر به‌سبب سقوط و۸۱ نفر به‌دلیل زمین‌خوردن ونزاع دچار ضربهٔ مغز شده‌اند .

دسته بندی‌بیماران از نظربالینی

ازنظر میزان هوشیاری ونشانه‌های عصبی بیمارانیکه بما مراجعه کرده‌اند متفاوت میباشند ، بطوریکه می‌توان‌بیماران رابه ۵دسته تقسیم‌کرد .

دسته اول ـ (۲۸)نفر از همان لحظهٔ حادثه درحال اغمای کامل بوده‌اندواز بین‌آنها۱۵ نفرمیدریاز دوطرفه وآرفلکسیAreflexie وآپنه تنفسی Apnée respiratoire داشته‌اندکه ۱۲نفرشان فوت کرده‌اند، بی‌آن‌که به اطاق عمل برده شوند . ۱۳ نفر دیگر در حالت‌اغماء بوده‌اند وبه تحریکات شدید جواب می‌داده‌اند . در آنژیوگرافی کاروتیدی وجودکنتوزیون مغز (۹نفر) و هماتوم اکسترا دورال (۴ نفر) تشخیص داده شد .

همه‌آنها تحت عمل جراحی‌قرارگرفتند و۶ نفرشان فوت‌کردند.

دسته دوم ـ(۹۲نفر) فقط حالت نیمه‌اغماء (سوب‌کما)داشته‌اندکه باتحت نظرگرفتن‌آنها ازنظرمیزان هوشیاری، نبض، فشارخون ووضع‌مردمك،۱۲ نفرکم‌کم‌هوشیاریشان نقصان‌پیدا کردکه همراه بانشانه‌های عصبی یك‌طرفه بوده‌است وبطرف‌اغمای عمیق رفته‌اند. در آنژیوگرافی کاروتیدی وجود هماتوم سوب دورال ۹ مورد و اکسترادورال۱مورد وآترسیون سربرال همراه باهماتوم ۲مورد پیدا شد . این بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و فقط یك‌نفردرگذشت .

دسته سوم ـ (۳۰ نفر) فقط دچار خواب‌آلودگی وچرت‌بوده‌اند وبه‌سئوالات‌جواب میداده‌اندکه همگی تحت نظر قرارگرفته‌اند. از بین آنها در ۲ مورد میزان هوشیاری کم‌کم نقصان پیدا کرد ونشانه‌های عصبی پدیدارگشت . درآنژیوگرافی‌کاروتیدی دریك مورد وجود هماتوم محرز شد وبیمارتحت عمل‌جراحی‌قرارگرفت (شکل ۱).

* دانشکده پزشکی ، دانشگاه ملی ـ تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]



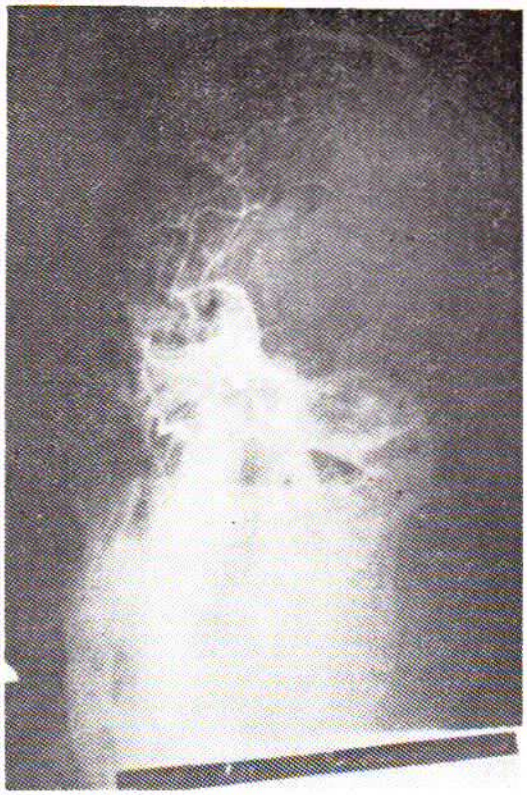
شکل ۱ـ کلیشه روبرو: هماتوم سوب دورال. انحراف شریان مغزی قدامی از خط وسط.
دور شدن شریان سیلوین از جدار استخوانی جمجمه.

شرح حال بیمار فوق:

بیمار حدود سه‌ماه قبل ازمراجعه به‌بیمارستان دریك حادثه اتوموبیل دچـار ضربه مختصر مغز می‌شود وبعداز مدتی استراحت در یك بیمارستان بهبود نسبی‌یافته مرخص می گردد . سپس حدود سه‌روز قبل ازمراجعه به‌بخش مغز و پی، بیمار دچار همی‌پلژی، سردرد ونقصان‌هوشیاری می‌شود. بعدازبستری شدن وانجام آنژیو گرافی کاروتیدی وجود هماتوم سوب دورال معلوم و تحت عمل جراحی کرانیوتومی قرار می گیرد وهماتوم وسیع سرتاسری‌زیر دورمر، که اطراف آنرا دو جدار فراگرفتـه بود ، تماماً تخلیه می‌شود و ده روز بعد با حال عمومی خوب و با پای خود روانـهٔ منزل می گردد .

دسته چهـارم ـ (۲۸ نفر) فقط سردرد همراه با استفراغ و از دست دادن هوشیاری برای چنددقیقه داشته‌اندکه یك‌نفرازبین‌آنها دویا سه‌ماه بعداز مرخص شدن همراه بانشانه‌های عصبی و نقصان هوشیاری مراجعه کرده‌است وباآزمایش‌های پاراکلینیکی هماتوم سوب دورال تشخیص داده می‌شود. بیمار تحت عمل‌جراحی قرار می گیرد وبهبود کامل می‌یابد (شکل ۲).

بیمـار دیگری از همین دسته حدود سه مـاه قبل از مراجعه به بیمارستان در یك حادثه موتورسیکلت دچار ضربـه مغز و بعد از مدتی بستری شدن در یکی از بیمارستان‌هـا، مرخص شده بود .



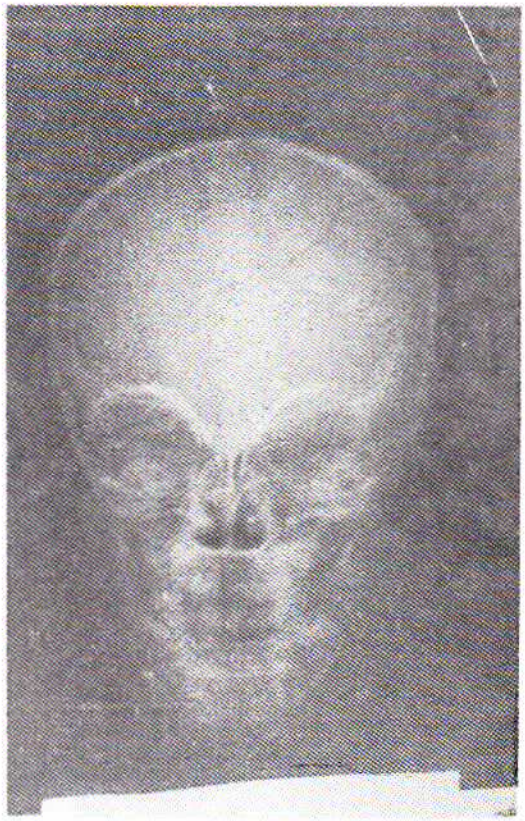
شکل ۲ـ کلیشه مایل : آنژیوگرافی کاروتید وجود هماتوم سوب دورال درکلیشه دیده میشود.



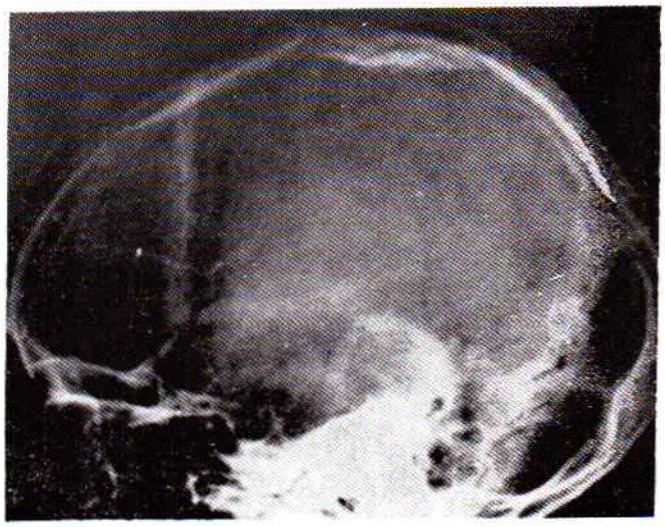
شکل ۳ـ کلیشه نیمرخ
بالازدگی شریان سیلوین وجود هماتوم را درناحیه تامپورال نشان میدهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

چندروز قبل‌ازمراجعه به‌بخش مغزوپی دچارسردرد شدید می‌شود و بعد از مراجعه به بخش مغزوپی وانجام آنژیوگرافی وجود هماتوم مشخص شده تحت عمل‌جراحی‌قرارمی‌گیرد وزندگی‌عادی خود را باز می‌یابد (شکل ۳).



شکل ۴ـ کلیشه روبرو یك مورد شکستگی استخوان .



شکل ۵ ـ کلیشه نیمرخ یك مورد شکستگی استخوان همراه با فرورفتگی استخوان در مغز درناحیه پاراسازیتال.

دسته‌پنجم ـ (۴۳ نفر) دراین بیماران شکستگی استخوان‌جمجمه بصورت یك یـا چند خط وجود داشته است (شکل ۴). نزد ۱۵ نفرشان شکستگی همراه بافرورفتگی استخوان بوده است‌که این دسته تماماً یافوری و یـا پس از مدتی تحت عمل جراحی قـرار گرفته‌اند (شکل ۵).

از بین ۸۹ بیمـار ما که مبتلا به کوموسیون سربرال بوده‌انـد (Commotion Cérébrale)،۷موردانتروال‌لیبر(Interval libre) داشته‌اندکه همگی (هر۷ نفر) دارای هماتوم باآترسیون بوده‌اند و باعمل بجز ۱ نفر مابقی بهبود یافته‌اند .

نتیجه:

بطورکلی بیماران مبتلا به ضربهٔ مغزکه به‌بخش جراحی مغزوپی دانشگاه آذرآبادگان منتقل شده‌اند ، ۲۱۸ نفر بوده‌اند که ۶۵ نفرشان مبتلا به‌آترسیون مغز وکنتوزیون بوده‌اندکه دربین آن‌ها ۵۰ نفر تحت عمل جراحی مغز قرارگرفته (قابل عمل‌بوده‌اند)، ۹ نفر بی‌عمل فوت‌کرده‌اند و۱۱ نفر پس ازعمل درگذشته‌اند . ۴نفرمبتلابه‌هماتوم سوب دورال حاد و۳نفر دچارهماتوم اکسترا دورال حاد بوده‌اندکه تحت عمل‌جراحی فوری قرارگرفته‌وبهبود کامل یافته‌اند. فقط یك مورد هماتوم اکسترا دورال فوق حاد که تحت عمل‌قرارگرفته بود پس‌از۶ ماه بیهوشی دوباره به‌هوش‌آمد. ۳۸نفرهماتوم‌سوب‌دورال مزمن‌داشته‌اندکه همگی در دنباله ضربه مغز بوده است . همهٔ این بیماران پس از عمل بهبودکامل‌یافته‌اند. مرگ و میر همـاتوم سوب دورال صفر و مرگ و میر آترسیون وکنتوزیون مغز ۲۰ درصد بوده است .

نکات مهم

۱ـ چنانچه «شوك» در بیمـاران مبتلا به ضربه مغز وجود داشت پیش از هراقدامی باید به جستجوی علت شوك پـرداخت وآنرا برطرف‌کرد. خونریزیهای داخلی به‌علت‌آسیب دیدن طحال‌وکبد وغیره ویا خونریزی دراثر پارگی پوست سر ویـا جراحت نقطه دیگری ازبدن اهمیت حیاتی دارند. تااین‌خونریزی را برطرف نکرده‌ایم نباید بیمار را به‌بخش‌جراحی مغزوپی فرستاد.

۲ـ جلوگیری از خفگی بیمار. چون تمام بیماران مبتلا به ضربه مغزهرآن درمخاطرهٔ خفگی‌بعلت بسته شدن راه‌های تنفسی‌هستند، باید لولهٔ تراکئال را به‌کاربرد یا درصورت لزوم به‌تراکئوتومی متوسل شد تابدین ترتیب ازمرگ ومیر بیماران مبتلا به‌ضربه‌مغز به‌تعدادی معتنابه بکاهیم .

۳ ـ بزل نخاع در مورد بیماران دچار به ضربه مغز صلاح نیست چون ممکن‌است باعث فتق قسمت‌هائی‌ازمغز درسوراخ اکسیپیتال ویا شکاف بیشا Fente de Bicha بشود .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

۴ـ دیدن‌ته‌چشم در روزهای اول‌حادثه‌کمکی نمیکند، چون خیز پاپی معمولا از روز هفتم بعد از حـادثه شروع میشود . تجویز داروهائی که‌باعث میدریاز میشوند دراینجا روا وجایز نیست‌چون تشخیص مارا منحرف می‌سازد .

۵ـ ازدادن داروی خواب‌آور درصورتیکه بیمار مبتلا به‌ضربه‌مغز حالت دسر براسیون وآژیتاسیون ندارد باید خود داری کرد .

۶ـ وارسی نبض وفشار خون ومیزان هوشیاری و وضع مردمك‌ها و پرستاری بیمـاران مبتلا به ضربه مغز لازم و واجب میباشد . بهمین‌علت پرستاران بخش‌جراحی مغزوپی‌باید دوره‌های‌مخصوص جراحی مغز را دیده باشند .

خلاصه :

تمام ضربه‌های مغز بیکی از پنج حالت زیر ختم میشوند.

۱ـ بیمارانیکه هوشیاریشان بتدریج کم می‌شود و نشانه‌های عصبی موضعی پیدا می‌کنند ، دارای انتروال هستند ، از دسته بیماران مبتلا به‌هماتوم‌های سوب دورال به شمار می‌روند.

۲ـ بیمارانیکه ازهمان‌ابتدا به‌اغماء رفته‌اند وبیهوشی آنان ممکن است عمیق باشد ومیدریاز دوطرفه وآرفلکسی نیز دارند، معمولاً از دسته بیمـاران مبتلا به ضایعات پارانشیم مغز هستند ؛ مانند آترسیون ویاآسیب تنهٔ مغز .

۳ـ بیمارانیکه بعداز ضربه مغز خـواب‌آلودگی دارند وگاهی بی‌قراروناآرام می‌شوند، اماسیر بیماریشان بطرف وخامت‌نیست، از دسته بیماران مبتلا به‌کنتوزیون مغز می‌باشند .

۴ـ بیمـارانیکه بعداز ضربـه مغز بیهوش می‌شوند و بی‌درنگ هوشیاری خود را باز می‌یابند، از دسته بیماران مبتلابه‌کومسیون سربرال به‌شمار می‌روند .

۵ـ وضع و حال بیمارانیکه مدتی بعداز ضربه مغز سردرد دارند ونشانه‌های‌عصبی درآن‌هابتدریج پیدا می‌شود ومیزان‌هوشیاریشان کم‌کم نقصان پیدا می‌کند ، بـاید پزشك را متوجه هماتوم‌های سوب دورال مزمن‌کند .

REFERENCES:

1- Contusion cérébrale de l' enfant, G. GUY et al. J. Neuro_Chirurgie. 19 -5-Sept 1973-442-444.

2- Aspects cliniques et angiographiques des lésions paranchimateuses fronto-temporales d'origine traumatique. F-COHADON et al. J.N. CH. 19. 5. Sept. 1973, 417-427.

3- Hématome sous-durale aigue et attrition cérébrale post traumatique. J. Neuro_chirugie. 19-5. 1973, 415-417-49. Pr. G. LAZORTHE et al.

4- Acute subdural hematoma of arterial origin. PAUL K. O. BRIAN et al. J. of Neurosurg. October 1974, 41, 4, 435-440.

5- Posterior epidural hemtoma following subfrontal tumeur. J. of Neurosurg. May 1974, 40, 5, 643-647.

6- Bilateral exteradural hematomas. Subrahmaniman M.V. et al. Br. J. Surg. May 1975, 620 (5), 397-400.

7- Epilepsy and acute traumatic intracranial hematoma. JENNELL. B. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. Apr 1975, 38 (4): 378_81.

8- Clinical arteriographic and cisternographic observations after removal of acute subdural hematoma. HOFFY. et all. J. Neurosurg. JUl 1975, 43 (1): 2731.

9- Postictal pulmonary edema. GREENE R. et all. JUL, 1975. 75 (8); 1257-61. My State. J. Med.

10- Bicycle injurie one-year sample in Calagary. GUICHON D M, et al. J. Trauma, JUN 1975, (6); 504-506.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]