

## ضربه‌های مغز

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۴، صفحه ۲۹۰، ۲۵۳۵

دکتر تقی دادستان\*

دسته اول - (۲۸) نفر از همان لحظه حادثه درحال اغمای کامل بوده اندواز بین آنها ۱۵ نفر میدریاز دو طرفه و آرفلکسی Areflexie و آپنه تنفسی Apnée respiratoire داشته اند که ۱۲ نفر شان فوت کرده اند، بی آن که به اطاق عمل برده شوند. ۱۳ نفر دیگر در حالت اغماء بوده اند و به تحریکات شدید جواب می داده اند. در آنژیو گرافی کاروتیدی وجود کنتروزیون مغز (۹ نفر) و هماتوم اکسترا دورال (۴ نفر) تشخیص داده شد.

همه آنها تحت عمل جراحی قرار گرفتند و ۶ نفر شان فوت کردند. دسته دوم - (۹۲ نفر) فقط حالت نیمه اغماء (سبک کما) داشته اند که با تحت نظر گرفتن آنها از نظر میزان هوشیاری، نیض، فشارخون وضع مردمک، ۱۲ نفر کم هوشیاری شان نقصان پیدا کرد که همراه با نشانه های عصبی یا کطرافه بوده است و بطرف اغماء عمیق رفته اند. در آنژیو گرافی کاروتیدی وجود هماتوم سوب دورال ۹ مورد و اکسترا دورال ۱۱ مورد و آترسیون سر برال همراه با هماتوم ۲۶ مورد پیدا شد. این بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفتند و فقط یک نفر درگذشت.

دسته سوم - (۳۰ نفر) فقط دچار خواب آلودگی و چرت بوده اند و به سوالتات جواب میداده اند که همگی تحت نظر قرار گرفته اند. از بین آنها در ۲ مورد میزان هوشیاری کم کم نقصان پیدا کرد و نشانه های عصبی پدیدار گشت. در آنژیو گرافی کاروتیدی در یک مورد وجود هماتوم محرز شد و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت (شکل ۱).

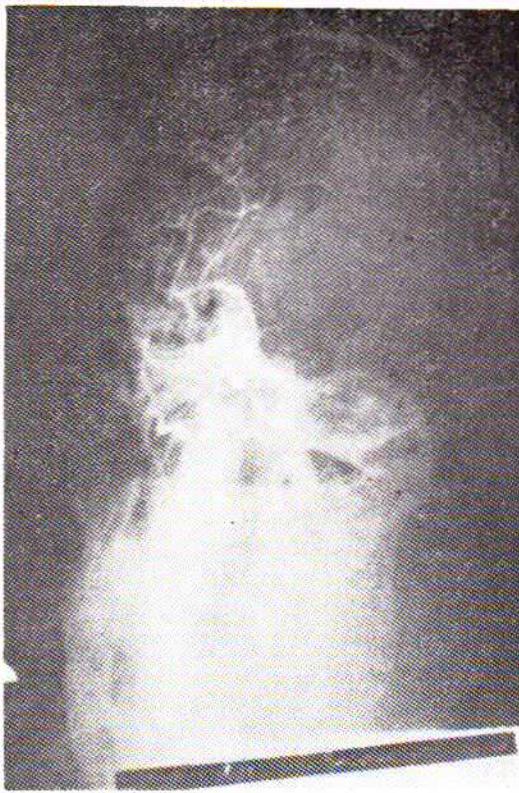
امروزه بعلت رواج ماشینیسم روز ب روز به اهمیت شناخت ضربه های مغز و طرق معالجه آن افزوده می شود. به عنین دلیل است که نتیجه مطالعه خود را درباره ۲۱۸ مورد ضربه مغز، در عرض دو سال، که از شروع کار بخش جراحی مغز و پی میگذرد، برای اطلاع همکاران جوان می نگاریم.

بیماران مبتلا به ضربه مغز که بماماراجمه کرده اند ۲۱۸ نفر بوده اند که در بین آنها ۱۹۹ مرد و ۱۹ زن و ۸۷ کودک کمتر از ۱۵ ساله وجود دارند. باید متذکرشد که بیماران مبتلا به ضربه مغز معمولاً به بخش فوری (اورژانس) راهنمایی می شوند و این آمار از بیمارانی که مستقیماً به این بخش مراجعت کرده اند، فراهم آمده است.

در آمارما، در سنین زین پانزده سالگی، نسبت دختر به پسر  $\frac{1}{8}$  و در سنین بالاتر نسبت زن به مرد  $\frac{11}{13}$  است. به طوری که ملاحظه می شود مردها خیلی بیشتر از زن ها در معرض این خطر هستند. علل ضربه مغز مختلف است ولی بطور کلی ضربه های ناشی از حوادث اتومبیل مهم ترین علت به شمار می رود. از بین ۲۱۸ نفری که مورد مطالعه قرار داده ایم، ۹۲ نفر به علت حادثه اتومبیل، ۴۵ نفر به سبب سقوط ۸۱۶ نفر به دلیل زمین خوردن و نزاع دچار ضربه مغز شده اند.

دسته بندی بیماران از نظر بالینی

از نظر میزان هوشیاری و نشانه های عصبی بیمارانیکه بما مراجعت کرده اند متفاوت می باشند، بطوریکه می توان بیماران را به ۵ دسته تقسیم کرد.



شکل ۳ - کلیشه مایل؛ آنزوگرافی کارو تید وجود هماتوم سوب دورال در کلیشه دیده میشود.



شکل ۹ - کلیشه رو برو؛ هماتوم سوب دورال، انحراف شریان مغزی قدامی از خط وسط، دور شدن شریان سیلوین از جدار استخوانی جمجمه.

#### شرح حال بیمار فوچ:

بیمار حدود سه ماه قبل از مراجعه به بیمارستان در یک حادثه اتوموبیل دچار ضربه مختصر مغز می شود و بعداز مدتی استراحت در یک بیمارستان بهبود نسی یافته مخصوصاً گردد. سپس حدود سه روز قبل از مراجعه به بخش مغز و پی، بیمار دچار همی پلری، سردرد و نقصان هوشیاری می شود. بعدازبستری شدن و انجام آنزوگرافی کاروتیدی وجود هماتوم سوب دورال معلوم و تحت عمل جراحی کرانیوتوومی قرار می گیرد و هماتوم وسیع سرتاسری زیر دورمر، که اطراف آنرا دو جدار فراگرفته بود، تماماً تخلیه می شود و ده روز بعد با حال عمومی خوب و با پایی خود روانه منزل می گردد.

دسته چهارم - (۲۸ نفر) فقط سردرد همراه با استفراغ و از دست دادن هوشیاری برای چنددقیقه داشته اند که یک نفر ازین آنها دویا سه ماه بعداز مخصوص شدن همراه با شناسنامه های عصبی و نقصان هوشیاری مراجعه کرد هاست و با آزمایش های پاراکلینیکی هماتوم سوب دورال تشخیص داده می شود. بیمار تحت عمل جراحی قرار می گیرد و بهبود کامل می یابد (شکل ۲).

بیمار دیگری از همین دسته حدود سه ماه قبل از مراجعه به بیمارستان در یک حادثه موتورسیکلت دچار ضربه مغز و بعد از مدتی بستری شدن در یکی از بیمارستان ها، مخصوص شده بود.



شکل ۳ - کلیشه نیمرخ بالازدگی شریان سیلوین وجود هماتوم را در ناحیه قامپورال نشان میدهد.

بصورت یک یا چند خط وجود داشته است (شکل ۴). نزد ۱۵ نفرشان شکستگی همواه با فرو رفتنگی استخوان بوده است که این دسته تماماً یافوری و یا پس از مدتی تحت عمل جراحی قرار گرفته اند (شکل ۵).

ازین ۸۹ بیمار ما که مبتلا به کوموسمیون سربرال بوده اند (Interval libre)، مورد انتقالی لبیر (Commotion Cérébrale) داشته اند که همگی (هر ۷ نفر) دارای هماتوم با آترسیون بوده اند و باعمل بجز ۱ نفر مابقی بهبود یافته اند.

#### نتیجه:

بطور کلی بیماران مبتلا به ضربه مغز که به بخش جراحی مغز پی دانشگاه آذربادگان منتقل شده اند، ۲۱۸ نفر بوده اند که ۶۵ نفرشان مبتلا به آترسیون مغز و کنتوزیون بوده اند که درین آنها ۵۰ نفر تحت عمل جراحی مغز قرار گرفته (قابل عمل بوده اند)، ۹ نفر بی عمل فوت کرده اند و ۱۱۶ نفر پس از عمل درگذشته اند. ۴ نفر مبتلا به هماتوم سوب دورال حاد و ۳ نفر دچار هماتوم اکسترا دورال حاد بوده اند که تحت عمل جراحی فوری قرار گرفته و بهبود کامل یافته اند. فقط یک مورد هماتوم اکسترا دورال فوق حاد که تحت عمل قرار گرفته بود پس از ۶ ماه بیهوشی دوباره به هوش آمد. ۳۸ نفر هماتوم سوب دورال مزمن داشته اند که همگی در دنباله ضربه مغز بوده است. همه این بیماران پس از عمل بهبود کامل یافته اند. مرگ و میر هماتوم سوب دورال صفر و مرگ و میر آترسیون و کنتوزیون مغز ۲۰ درصد بوده است.

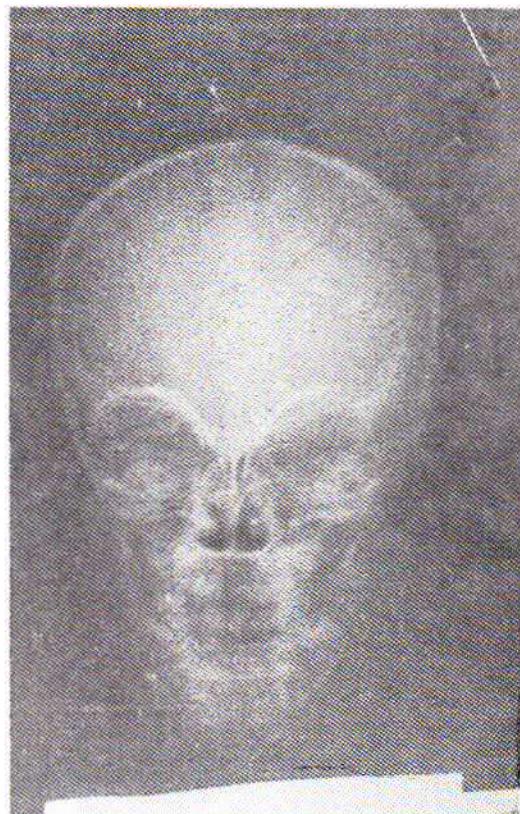
#### نکات مهم

۱- چنانچه «شوك» در بیماران مبتلا به ضربه مغز وجود داشت پیش از هر اقدامی باید به جستجوی علت شوک پرداخت و آنرا بر طرف کرد. خونریزی های داخلی بعمل آسیب دیدن طحال و کبد وغیره و یا خونریزی در اثر پارگی پوست سر و یا جراحت نقطه دیگری از بین اهمیت حیاتی دارند. تایین خونریزی را بر طرف نکرده ایم نباید بیمار را به بخش جراحی مغز پی فرستاد.

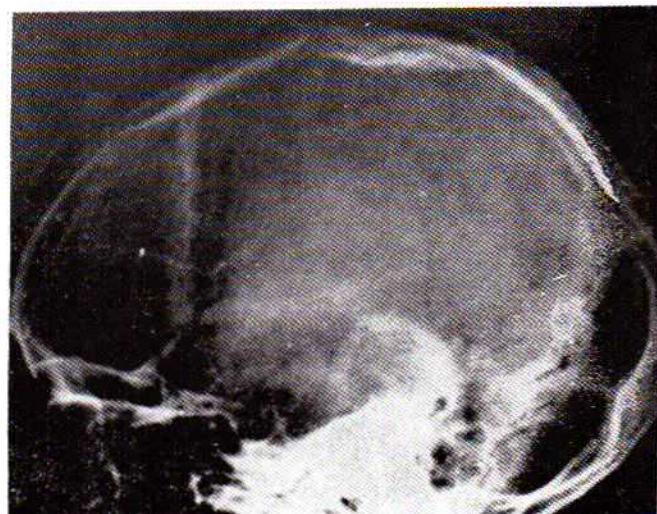
۲- جلوگیری از خفگی بیمار. چون تمام بیماران مبتلا به ضربه مغز هر آن در مخاطره خفگی بعلت بسته شدن راه های تنفسی هستند، باید لوله تراکتال را به کار برد یا در صورت لزوم بهتر اکٹو تومی متول شد تا بین ترتیب از مرگ و میر بیماران مبتلا به ضربه مغز به تعدادی معنای بگاهیم.

۳- بزل نخاع در مورد بیماران دچار به ضربه مغز صلاح نیست چون ممکن است باعث فرقه قسمت های از مغز در سوراخ اکسپیتال و یا شکاف بیشا Fente de Bicha بشود.

چند روز قبل از مراجعه به بخش مغز پی دچار سردرد شدید می شود و بعد از مراجعه به بخش مغز پی و انجام آنژیو گرافی وجود هماتوم مشخص شده تحت عمل جراحی قرار می گیرد و زندگی عادی خود را باز می باید (شکل ۳).



شکل ۴- کلیشه رو برو یک مورد شکستگی استخوان.



شکل ۵- کلیشه نیم رخ یک مورد شکستگی استخوان همواه با فرو رفتنگی استخوان در مغز در فاصله پارا سازیتال.

دسته پنجم - (۴۳ نفر) در این بیماران شکستگی استخوان جمجمه

- ۲- بیمارانیکه از همان ابتدا به اغماء رفتند و یهوشی آنان ممکن است عمیق باشد و میدریاز دو طرفه و آرفلکسی نیز دارند، معمولاً از دسته بیمیاران مبتلا به ضایعات پارانشیم مغز هستند؛ مانند آترسیون و یا آسیب تنہ مغز.
- ۳- بیمارانیکه بعداز ضربه مغز خواب آلودگی دارند و گاهی بی قرار و نارام می شوند، اما سیر بیماریشان به طرف و خامت نیست، از دسته بیماران مبتلا به کنتوزیون مغز می باشند.
- ۴- بیمارانیکه بعداز ضربه مغز بیهوش می شوند و بی درنگ هوشیاری خود را باز می یابند، از دسته بیماران مبتلا به کومسبون سر برال به شمار می روند.
- ۵- وضع و حال بیمارانیکه مدتی بعداز ضربه مغز سر درد دارند و نشانه های عصبی در آنها بتدریج پیدا می شود و میزان هوشیاریشان کم کم نقصان پیدا می کند، باید پزشک را متوجه هم اتو مهای سوب دورال مژمن کند.

- ۴- دیدن ته چشم در روزهای اول حادثه کمکی نمیکند، چون خیز پاپی معمولاً از روز هفتم بعد از حادثه شروع میشود. تجویز داروهایی که باعث میدریاز میشوند در اینجا روا و جایز نیست چون تشخیص مارا منحرف می سازد.
- ۵- ازدادن داروی خواب آور در صورتیکه بیمار مبتلا به ضربه مغز حالت دسربراسیون و آذیتاسیون ندارد باید خود داری کرد.
- ۶- وارسی نبض و فشار خون و میزان هوشیاری وضع مردمک ها و پرستاری بیماران مبتلا به ضربه مغز لازم و واجب میباشد. بهمین علت پرستاران بخش جراحی مغز و پی باشد دوره های مخصوص جراحی مغز را دیده باشند.

## خلاصه :

تمام ضربهای مغز یکی از پنج حالت زیر ختم میشوند.

۱- بیمارانیکه هوشیاریشان بتدریج کم می شود و نشانه های عصبی موضعی پیدا می کنند، دارای اتروال هستند، از دسته بیماران مبتلا به هم اتو های سوب دورال به شمار می روند.

## 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 paranchimaleuses 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 exteraudural 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 Calgary. GUICHON D M, et al. J. Trauma, JUN 1975, (6); 504-506.