

ضربه‌های مغز

دکتر تقی دادستان*

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۴، صفحه ۲۹۰، ۲۵۳۵

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

همه آنها تحت عمل جراحی قرار گرفتند و ۶ نفرشان فوت کردند. دسته دوم - (۹۲ نفر) فقط حالت نیمه اغما (سوب کما) داشته اند که با تحت نظر گرفتن آنها از نظر میزان هوشیاری، نبض، فشارخون و وضع مردمک، ۱۲ نفر کم کم هوشیاریشان نقصان پیدا کرد که همراه با نشانه‌های عصبی یک طرفه بوده است و بطرف اغمای عمیق رفته اند. در آنژیوگرافی کاروتیدی وجود هماتوم سوب دورال ۹ مورد و اکسترا دورال ۱ مورد و آترسیون سربال همراه با هماتوم ۲ مورد پیدا شد. این بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و فقط یک نفر درگذشت.

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

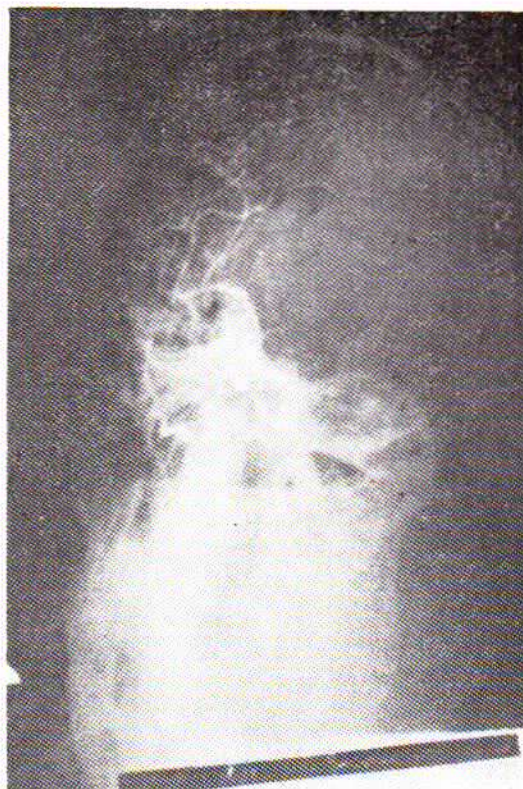
امروزه بعزت رواج ماشینیسیم روز به روز به اهمیت شناخت ضربه‌های مغز و طرق معالجه آن افزوده میشود. به همین دلیل است که نتیجه مطالعه خود را درباره ۲۱۸ مورد ضربه مغز، در عرض دو سال، که از شروع کار بخش جراحی مغز و پی میگذرد، برای اطلاع همکاران جوان می نگاریم.

بیماران مبتلا به ضربه مغز که به ما مراجعه کرده اند ۲۱۸ نفر بوده اند که در بین آنها ۹۹ مرد و ۱۱۹ زن و ۸۷ کودک کمتر از ۱۵ ساله وجود دارند. باید متذکر شد که بیماران مبتلا به ضربه مغز معمولاً به بخش فوری (اورژانس) راهنمایی میشوند و این آمار از بیمارانی که مستقیماً به این بخش مراجعه کرده اند، فراهم آمده است.

در آمار ما، در سنین زیر 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 بیش تر از زنها در معرض این خطر هستند. علل ضربه مغز مختلف است ولی بطور کلی ضربه‌های 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 و ۸۱ نفر به دلیل زمین خوردن و نزاع دچار ضربه مغز شده اند.

دسته بندی بیماران از نظر بالینی

از نظر میزان هوشیاری و نشانه‌های عصبی بیمارانی که به ما مراجعه کرده اند متفاوت میباشند، بطوریکه می توان بیماران را به ۵ دسته تقسیم کرد.



شکل ۳- کلیشه مایل : آنژیوگرافی کاروتید وجود هماتوم سوب دورال در کلیشه دیده میشود.



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

شرح حال بیمار فوق:

بیمار حدود سه ماه قبل از مراجعه به بیمارستان در یک حادثه اتوموبیل دچار ضربه مختصر مغز می شود و بعد از مدتی استراحت در یک بیمارستان بهبود نسبی یافته مرخص می گردد. سپس حدود سه روز قبل از مراجعه به بخش مغز و پی، بیمار دچار همی پلژی، سردرد و نقصان هوشیاری می شود. بعد از بستری شدن و انجام آنژیوگرافی کاروتیدی وجود هماتوم سوب دورال معلوم و تحت عمل جراحی کرانیوتومی قرار می گیرد و هماتوم وسیع سرتاسری زیر دوپرم، که اطراف آنرا دو جدار فرا گرفته بود، تماماً تخلیه می شود و ده روز بعد با حال عمومی خوب و با پای خود روانه منزل می گردد.

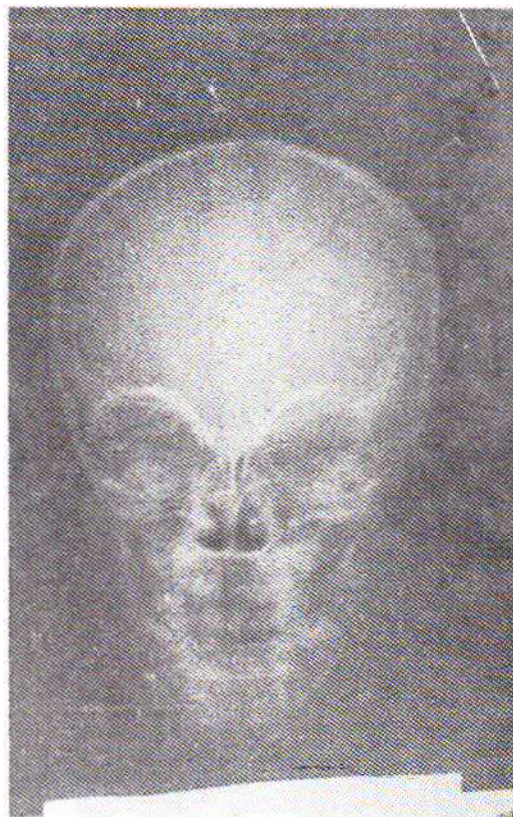
دسته چهارم - (۲۸ نفر) فقط سردرد همراه با استفراغ و از دست دادن هوشیاری برای چند دقیقه داشته اند که یک نفر از بین آنها دو یا سه ماه بعد از مرخص شدن همراه با نشانه های عصبی و نقصان هوشیاری مراجعه کرده است و با آزمایش های پاراکلینیکی هماتوم سوب دورال تشخیص داده می شود. بیمار تحت عمل جراحی قرار می گیرد و 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، مرخص شده بود.



شکل ۳- کلیشه نیم رخ بالازدگی شریان سیلویین وجود هماتوم را در ناحیه تامپورال نشان میدهد.

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



شکل ۴- کلیشه روبرو يك مورد شكستگی استخوان ..



شکل ۵- کلیشه نیم رخ يك مورد شكستگی استخوان همراه با فرورفتگی استخوان در مغز در ناحیه پاراساژیتال.

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

بصورت يك یا چند خط وجود داشته است (شکل ۴). نزد ۱۵ نفرشان شكستگی همراه با فرورفتگی استخوان بوده است که این دسته تماماً یا فوری و یا پس از مدتی تحت عمل جراحی قرار گرفته اند (شکل ۵).

از بین ۸۹ بیمار ما که مبتلا به کوموسیون سر برال بوده اند (Commotion Cérébrale)، ۷۰ مورد اتروال لیبر (Interval libre) داشته اند که همگی (هر ۷ نفر) دارای هماتوم با آترسیون بوده اند و با عمل بجز ۱ نفر مابقی بهبود یافته اند.

نتیجه:

بطور کلی بیماران مبتلا به ضربه مغز که به بخش جراحی مغز و پی دانشگاه آذربادگان منتقل شده اند، ۲۱۸ نفر بوده اند که ۶۵ نفرشان مبتلا به آترسیون مغز و کنتوزیون بوده اند که در بین آنها ۵۰ نفر تحت عمل جراحی مغز قرار گرفته (قابل عمل بوده اند)، ۹ نفر بی عمل فوت کرده اند و ۱۱ نفر پس از عمل در گذشته 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 يك 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 «شوک» در بیماران مبتلا به ضربه مغز وجود داشت پیش از هر اقدامی باید به جستجوی علت شوک پرداخت و آنرا برطرف کرد. خونریزیهای داخلی به علت آسیب دیدن طحال و کبد و غیره و یا خونریزی در اثر پارگی پوست سر و یا جراحی نطقه دیگری از بدن اهمیت حیاتی دارند. تا این خونریزی را برطرف نکرده ایم نباید بیمار را به بخش جراحی مغز و پی فرستاد.

۲- جلوگیری از خفگی بیمار. چون تمام بیماران مبتلا به ضربه مغز هر آن درمخاطره خفگی به علت بسته شدن راه های تنفسی هستند، باید لوله تراکئال را به کاربرد یا در صورت لزوم به تراکئوتومی متوسل شد تا بدین ترتیب از مرگ و میر بیماران مبتلا به ضربه مغز به تعدادی معتنا به بکاهیم.

۳- بزل نخاع در مورد بیماران دچار ضربه مغز صلاح نیست چون ممکن است باعث فتق قسمت هایی از مغز در سوراخ اکسیپیتال و یا شکاف ییسا Fente de Bicha بشود.

۲- بیمارانی که از همان ابتدا به اغما رفته‌اند و بیهوشی آنان ممکن است عمیق باشد و می‌دریاز دوطرفه و آرفلکسی نیز دارند، معمولاً از دسته بیماران مبتلا به ضایعات پارانشیم مغز هستند؛ مانند آترسیون و یا آسیب تنه مغز.

۳- بیمارانی که بعد از ضربه مغز خواب‌آلودگی دارند و گاهی بی‌قرار و ناآرام می‌شوند، اما سیر بیماریشان به طرف وخامت نیست، از دسته بیماران مبتلا به کنتوزیون مغز می‌باشند.

۴- بیمارانی که بعد از ضربه مغز بیهوش می‌شوند و بی‌درنگ هوشیاری خود را باز می‌یابند، از دسته بیماران مبتلا به کومسیون سربرال به‌شمار می‌روند.

۵- وضع و حال بیمارانی که مدتی بعد از ضربه مغز سردرد دارند و نشانه‌های عصبی در آن‌ها بتدریج پیدا می‌شود و میزان هوشیاریشان کم کم نقصان پیدا می‌کند، باید پزشک را متوجه هماتوم‌های سوب دورال مزمن کند.

۴- دیدن ته چشم در روزهای اول حادثه کمکی نمی‌کند، چون خیز پایی معمولاً از روز هفتم بعد از حادثه شروع می‌شود. تجویز داروهائی که باعث می‌دریاز می‌شوند در اینجا روا و جایز نیست چون تشخیص ما را منحرف می‌سازد.

۵- ازدادن داروی خواب‌آور در صورتیکه بیمار مبتلا به ضربه مغز حالت دسبراسیون و آرتیناسیون ندارد باید خود داری کرد.

۶- واریسی نبض و فشار خون و میزان هوشیاری و وضع مردمک‌ها و پرستاری بیماران مبتلا به ضربه مغز لازم و واجب می‌باشد. بهمین علت پرستاران بخش جراحی مغز و پی باید دوره‌های مخصوص جراحی مغز را دیده باشند.

خلاصه :

تمام ضربه‌های مغز یکی از پنج حالت زیر ختم می‌شوند.

۱- بیمارانی که هوشیاریشان بتدریج کم می‌شود و نشانه‌های عصبی موضعی پیدا می‌کنند، دارای اتروال هستند، از دسته بیماران مبتلا به هماتوم‌های سوب دورال به‌شمار می‌روند.

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-chirurgie. 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 extradural 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.