

## بررسی میزان توافق تفسیر سی تی اسکن مغز در بیماران ترومای سر توسط گروه طب اورژانس با گروه رادیولوژی

سید حسین شاکر<sup>۱</sup>، حمیدرضا قنبری فروشانی<sup>۲</sup>، حامد اقدم<sup>۲</sup>، امیر حسین میرافضل<sup>۲</sup>، مهدی رضایی<sup>۲\*</sup>

۱. دانشیار گروه طب اورژانس و متخصص داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. متخصص طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: فروردین ماه ۹۱ تاریخ پذیرش: خرداد ماه ۹۱

### چکیده

**هدف:** بررسی حاضر با هدف تبیین میزان توافق تفسیر سی تی اسکن مغز بیماران ترومایی در دو گروه طب اورژانس و رادیولوژی بیمارستان شهدای هفتم تیر تهران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه تحلیلی-مقطعی در بیمارستان شهدای هفتم تیر در شهر تهران انجام گرفت. تفسیر ۷۲ سی تی اسکن مغزی بیماران ترومای سر که توسط گروه طب اورژانس و رادیولوژی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۹ ثبت شده بود، با یکدیگر مقایسه شد. یافته‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی جمعیتی) تجزیه و تحلیل شد. برای مشخص کردن میزان توافق تفسیرهای سی تی اسکن مغز از ضریب کاپا (kappa) استفاده شد. **یافته‌ها:** در ۴۹ سی تی اسکن تفسیر گروه طب اورژانس و رادیولوژی نسبتاً تا کاملاً یکسان بود که این تعداد شامل ۶۸/۱٪ موارد می‌شود. در آنالیز تحلیلی ضریب کاپا ۰/۵۹۶ به دست آمد ( $P=0/031$ ).

**نتیجه‌گیری:** با وجود عمر جوان رشته طب اورژانس در کشور ما، پزشکان این رشته توانسته‌اند با آموختن دانش‌های مرتبط با اورژانس از جمله رادیولوژی توانمندی‌های خود را افزایش دهند. تفاوت‌های موجود در تفسیرها ضمن اینکه بر همخوانی ضعیف تفسیر سی تی اسکن مغز در دو گروه تأکید دارد، آموزش پایه و اصولی‌تر مفاهیم رادیولوژی در رشته طب اورژانس را گوشزد می‌کند. برای این منظور می‌توان از پزشکان مجرب موجود در هیأت علمی طب اورژانس یا رادیولوژی در امر آموزش بهره برد.

**کلید واژه‌ها:** ترومای سر، سی تی اسکن، گروه طب اورژانس، گروه رادیولوژی

### مقدمه

جلوگیری می‌کند. در پژوهشی در یکی از بیمارستان‌های شهر مشهد ۳۷۳ سی تی اسکن که مربوط به ۳۱۲ بیمار ترومایی بود مطالعه شد. در میان بیماران با آسیب خفیف مغزی (۴۲٪ (۷۵ نفر) دارای سی تی اسکن طبیعی بودند و ۴۶٪ (۸۲ نفر) در سی تی اسکن ادم مغزی داشتند. در واقع ادم مغزی شایعترین یافته سی تی اسکن در بیماران با آسیب خفیف مغزی بوده است. در بیماران با آسیب شدید مغزی شایعترین یافته سی تی اسکن هماتوم داخل جمجمه‌ای (با شیوع ۷۵٪) به‌ویژه هماتوم‌های اکسترااکریال بوده است [۲]. یافته‌های مطالعه بوردیگنون (Bordignon) و همکاران در دهه گذشته میلادی نیز نشانگر اهمیت انجام سی تی اسکن در ترومای خفیف سر است [۳].

در بیماران ترومای سر مشاهده و تفسیر سی تی اسکن مغزی

تروما علت اصلی مرگ در بالغین جوان و کودکان است و ترومای سر مسئول بیش از ۵۰٪ مرگ‌های ناشی از تروماست [۱]. مطالعات نشان می‌دهد که سی تی اسکن جمجمه در بیماران دچار آسیب خفیف سر نقش مهمی در شناسایی آسیب‌های بیماران دارد. مسلماً در آسیب‌های متوسط و شدید مغز نیز سی تی اسکن بهترین روش برای به‌دست آوردن اطلاعات درباره عوارض داخل جمجمه‌ای آسیب سر است. بسیاری از پژوهشگران اکنون پیشنهاد می‌کنند که استفاده از سی تی اسکن سر در بیماران دچار آسیب خفیف مغزی و بدون یافته‌های نقص عصبی اجازه ترخیص این بیماران را می‌دهد و از بستری کردن بی‌دلیل و صرف هزینه بیشتر

\* آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

E-mail: mah\_re@yahoo.com

رادیولوژی در جدول ۱ بر اساس فراوانی و درصد فراوانی تجمعی آمده است. با استفاده از ضریب کاپا میزان توافق تفسیرهای دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. ضریب کاپا در آنالیز تحلیلی ۰/۵۹۶ به دست آمد ( $P=0/031$ ).

**جدول ۱.** توزیع درصد فراوانی یافته‌های مغایر و یکسان بین تفسیر سی‌تی‌اسکن در دو گروه طب اورژانس و رادیولوژی

فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
یافته‌های نسبتاً تا کاملاً مغایر	۳۱/۹
یافته‌های نسبتاً تا کاملاً یکسان	۶۸/۱
مجموع	۱۰۰

در پیگیری موارد عدم توافق مشخص شد که در ۳ مورد ( $4/1\%$ ) عدم تشخیص یا اشتباه تشخیصی منجر به درمان نادرست یا ناکافی شده بود ولی در بقیه موارد عدم توافق ( $27/7\%$ )، از نظر بالینی و تصمیم‌گیری برای نحوه درمان اثرگذار نبوده است.

میزان تطابق تعیین منطقه تشریحی در تفسیر گروه‌های طب اورژانس و رادیولوژی نیز در جدول ۲ بر اساس فراوانی و درصد فراوانی تجمعی آمده است. در واقع در ۱۳ مورد محل پاتولوژی مشخص شده توسط گروه طب اورژانس و رادیولوژی بر هم منطبق نبوده است. با استفاده از ضریب کاپا میزان توافق منطقه تشریحی در تفسیرهای دو گروه با یکدیگر مقایسه شد و ضریب کاپا در آنالیز تحلیلی ۰/۸۱۲ به دست آمد ( $P=0/002$ ).

**جدول ۲.** توزیع درصد فراوانی یافته‌های مغایر و یکسان تعیین منطقه تشریحی در تفسیر دو گروه طب اورژانس و رادیولوژی

فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
از نظر تعیین منطقه تشریحی متفاوت	۲۶/۵
از نظر تعیین منطقه تشریحی یکسان	۷۳/۵
مجموع	۱۰۰

## بحث و نتیجه‌گیری

امروزه در کنار بیماری‌های قلبی و انواع بدخیمی‌ها، تروما یکی از علل شایع مرگ و میر را در جوامع تشکیل می‌دهد و یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر در سنین زیر ۳۰ سال در جامعه ایران است [۴]. در تروماهای سر، به ویژه در تروماهای شدید، کوفتگی (Contusion) مغزی یکی از آسیب‌های داخل جمجمه‌ای است که

از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. در بخش اورژانس تفسیر سی‌تی‌اسکن‌ها بر عهده سرویس طب اورژانس است و این تفسیرها است که مبنای تصمیم‌گیری‌های بعدی واقع می‌شود. در حقیقت تفسیر سی‌تی‌اسکن در حفظ جان بیماران تعیین‌کننده خواهد بود. از طرفی انجام سی‌تی‌اسکن توسط سرویس و بخش رادیولوژی بیمارستان‌ها انجام می‌گیرد. سرویس رادیولوژی به‌طور تخصصی در خواندن و تفسیر سی‌تی‌اسکن تبحر دارند.

هدف از مطالعه حاضر و پژوهش مقایسه کارایی و قابلیت‌های گروه طب اورژانس در تفسیر سی‌تی‌اسکن‌های مغز و اثبات یا عدم اثبات کارایی آن‌ها در تفسیر صحیح این سی‌تی‌اسکن‌ها در جامعه آماری مورد نظر بوده است.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه مشاهده‌ای-تحلیلی-مقطعی تعداد ۷۲ سی‌تی‌اسکن مغزی بیماران ترومای سر که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۹ در بیمارستان شهدای هفتم تیر در شهر تهران انجام گرفته بود، مقایسه شد. محققان حاضر پرونده‌هایی را از بیماران ترومای سر انتخاب کردند که اولاً حداقل دچار یک ضایعه مغزی شده بودند و ثانیاً هم دارای گزارش و تفسیر گروه طب اورژانس بیمارستان بود و هم برگه گزارش رادیولوژی بیمار توسط گروه رادیولوژی تکمیل شده بود. در واقع گروه طب اورژانس نتایج یافته‌های خود را بلافاصله پس از مشاهده سی‌تی‌اسکن بیمار در پرونده در برگه سیر بیماری ثبت می‌کنند و پرونده بیمار در مراحل نزدیک ترخیص و بعد ترخیص، توسط دستیاران محترم رادیولوژی با نوشتن گزارش سی‌تی‌اسکن مربوط تکمیل می‌شود. داده‌های فرم‌های جمع اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 15 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی تجمعی و نمودارها) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای مشخص کردن میزان توافق تفسیرهای سی‌تی‌اسکن مغز بیماران بیمارستان شهدای هفتم تیر از ضریب کاپا ( $kappa$ ) استفاده شد. در ضمن نتایج این مطالعه به‌صورت گروهی منتشر شده است و به نام پزشکان نخواهد بود. در واقع هدف مقایسه فرد خاصی از پزشکان نبوده است.

## یافته‌ها

میزان تطابق یافته‌های سرویس طب اورژانس و یافته‌های سرویس

بین پزشکان اورژانس و رادیولوژیست‌ها مشاهده کردند [۱۱]. تحقیقاتی در مورد همخوانی تفسیر سی تی اسکن متخصصین سایر رشته‌ها نیز انجام شده است. در مطالعه‌ای که آرنتز (Arentz) و همکاران انجام داده‌اند، دقت تفسیر سی تی اسکن دستیاران جراحی در بیماران ترومایی با رادیولوژیست مقایسه شده است که در مقایسه با مطالعه حاضر دقت تشخیصی دستیاران جراحی بهتر بوده است. در این مطالعه دستیاران جراحی در ۹۶٪ موارد آسیب‌های سر، ۶۷٪ آسیب‌های قفسه سینه و ۹۴٪ آسیب‌های شکم و لگن تفسیر درستی داشتند. هیچ‌کدام از مواردی که توسط دستیاران جراحی به درستی تشخیص داده نشده بود، تهدیدکننده حیات نبودند و نیاز به اقدام اورژانسی نداشتند. در سر یک مورد خونریزی نقطه‌ای (Punctuate) از نظر دور مانده بود [۷].

در مطالعه دیگری توافق بین تفسیر سی تی اسکن مغزی بین اتندینگ و دستیاران رادیولوژی بررسی شده است. ۶۸۵۲ بیمار ارزیابی شدند که در ۲۵۲ مورد (۳/۷٪) عدم توافق بین تفسیر اتندینگ و دستیاران مشاهده شد. از این میان در ۲۲۶ مورد (۳/۳٪) ثابت شد که اشتباه از طرف دستیاران بوده است. البته با بررسی موارد اشتباه در تفسیر از جانب دستیاران مشخص شد که فقط در ۰/۸٪ در صورت تشخیص صحیح تغییر در روش درمانی لازم بوده است. نویسندگان این مطالعه نتیجه گرفتند که اشتباهات دستیاران در مجموع کم بوده است ولی پایه علمی و کارایی دستیاران در این زمینه لازم است [۱۲].

با توجه به نتایج مطالعه حاضر هرچند بیشتر اشتباهات تفسیر سی تی اسکن اثری در پیامد بیماران نداشته است ولی در یک سوم موارد تفسیر دستیاران اورژانس مطابق با رادیولوژیست نبوده است. مطالعات متعددی عدم مهارت کافی دستیاران طب اورژانس را در زمینه تفسیر سی تی اسکن سر نشان داده‌اند [۱۱، ۱۳]. این در حالی است که متخصصین طب اورژانس در بسیاری از زمان‌ها باید بدون کمک متخصصین سایر رشته‌ها سی تی اسکن را تفسیر کنند. متأسفانه با وجود ضرورت مهارت بالای پزشکان اورژانس در زمینه تفسیر سی تی اسکن، برنامه مشخصی برای آموزش وجود ندارد [۸]. مطالعاتی تأثیر مثبت آموزش‌های کوتاه مدت ۱ یا ۲ ساعته را در افزایش توانایی پزشکان اورژانس در تفسیر سی تی اسکن مغز نشان داده‌اند [۸ و ۱۰]. محققین توصیه کرده‌اند که در برنامه آموزشی دستیاران طب اورژانس دوره‌های مدونی برای افزایش مهارت تفسیر سی تی اسکن سر گنجانده شود [۸]. در نهایت می‌توان گفت که تفاوت‌های موجود در تفسیر

در اثر بیرون زدگی (Extravasation) خون و تورم ناحیه مبتلا ایجاد می‌شود [۴].

ترومای سر به‌عنوان مشکلی عمده و قابل پیشگیری در سیستم‌های بهداشتی مطرح است و عامل مهم ناتوانی و مرگ در افراد جوان محسوب می‌شود [۵]. در بیش از ۷۰-۵۰ درصد موارد علت اصلی مرگ ناشی از تروما، بروز آسیب مغزی است [۶]. درمان بیماران دچار ضربه مغزی باید مبتنی بر دانسته‌های ما از میزان بروز آسیب مغزی ناشی از تروما و علایم پس از ضربه به سر باشد [۷].

در مورد بیماران ترومایی اغلب باید فوراً (Urgent) تصمیم‌گیری شود. اقدامات مداخله‌ای مانند اعمال جراحی بر پایه یافته‌های بالینی که با انجام روش‌های تصویربرداری به‌ویژه سی تی اسکن تکمیل می‌شود، انجام می‌شود. بنابراین توانایی تفسیر صحیح سی تی اسکن در مدیریت درمان بیماران ترومایی حیاتی است. بسیار مهم است که افراد تیم تروما بتوانند یافته‌های تهدیدکننده موجود در سی تی اسکن را تشخیص دهند [۷].

در مطالعه حاضر در ۳۱/۹٪ موارد اشتباه تشخیصی توسط رزیدنت‌های طب اورژانس اتفاق افتاده است که در ۴/۱٪ موارد اشتباه تشخیصی تأثیر گذار بوده است. در مجموع توافق تشخیصی رزیدنت‌های اورژانس با تفسیر رادیولوژیست در حد ضعیف بوده است. یافته‌های مطالعات دیگر نیز نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. در مطالعه پرون (Perron) و همکاران توانایی تفسیر سی تی اسکن سر در ۸۳ دستیار اورژانس شاغل در ۵ بیمارستان در ایالات متحده قبل و ۳ ماه بعد از دوره آموزشی ۲ ساعته بررسی شده است. در این مطالعه دستیاران اورژانس قبل از دوره آموزشی در ۶۰٪ موارد به درستی سی تی اسکن سر را تفسیر کردند و پس از طی دوره آموزشی دقت تشخیصی ایشان به ۷۸٪ افزایش یافت. نویسندگان این مقاله بیان کرده‌اند که دستیاران طب اورژانس در تفسیر یافته‌های سی تی اسکن سر دارای ضعف هستند و طراحی دوره‌های آموزشی جدید می‌تواند باعث افزایش توانایی ایشان شود [۸]. در مطالعه آلفارو (Alfaro) و همکاران نیز ۳۹٪ عدم توافق در تفسیر سی تی اسکن سر بین پزشکان اورژانس و رادیولوژیست یافت شد [۹]. همچنین در مطالعه مشابهی اشتباه تفسیر سی تی اسکن توسط پزشکان متخصص اورژانس که اهمیت بالینی داشت در ۲۴٪ از ۵۵۵ کلیشه دیده شد [۱۰]. البته در مطالعه گراتون (Gratton) و همکاران فقط ۳/۲٪ عدم همخوانی در تفسیر سی تی اسکن سر

## تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری صمیمانه مسؤولین، اساتید و همکاران بیمارستان شهدای هفتم تیر، به خصوص همکاران اورژانس انجام شد که بدین وسیله از آن‌ها تشکر و قدردانی می‌نماییم.

کلیشه‌ها، اهمیت آموزش پایه و اصولی‌تر مفاهیم رادیولوژی در رشته طب اورژانس را نشان داده و ضرورت اختصاص فصل جداگانه‌ای برای این موضوع در برنامه‌ریزی‌های آموزشی درون بخشی و لزوم استفاده از پزشکان مجرب موجود در هیأت علمی طب اورژانس یا رادیولوژی در امر آموزش را بیان می‌دارد.

## References

1. Castillo M, Harris JH. Skull and brain. In Harris JH, Harris WH, Novelline AR (eds). The radiology of emergency medicine. 3 ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1993.
2. Ahsae M, Bahadorkhan GH, Qaur-Karimiani E. Evaluation of clinical and CT findings in 312 patients diagnosed with traumatic brain. J Babol Univ Med Sci 2005;7: 94-100. (Persian)
3. Bordignon KC, Arruda WO. Ct Scan Findings in milad head truma: A series of 2000 patients. Arq Neuropsiquiatr 2002; 60: 204-10.
4. Samadi Rad B, Zeini A, Shakeri-Bavil M, Ashrafiyan-Bonab F. Autopsy findings in head trauma, brain stem and comparison with CT findings in brain trauma ward of Imam Khomein Hospital of Tabriz. J Forensic Med 2008;14: 99-104.
5. Jennett B. Epidemiology of head injury. Arch Dis Child 1998; 78: 403-6.
6. Ratan SK, Pandey RM, Kulsreshtha R, Ratan J. Risk Factors For Mortality Within First 24 Hours Of Head Injury. Ind J of Paed 2002; 69: 573-7.
7. Arentz C, Griswold GA, Halldorsson A, Quattromani F, Dissanaik S. Best poster award: Accuracy of surgery residents' interpretation of computed tomography scans in trauma. Am J Surg 2008; 196: 809-12.
8. Perron A, Huff JS, Ullrich C, Heafner MD, Kline JA. A Multicenter Study to Improve Emergency Medicine Residents' Recognition of Intracranial Emergencies on Computed Tomography. Ann Emerg Med 1998; 32: 554-62.
9. Alfaro DA, Levitt MA, English DK, Williams V, Eisenberg R. Accuracy of interpretation of cranial computed tomography scans in an emergency medicine residency program. Ann Emerg Med 1995; 25: 169-74.
10. Levitt MA, Dawkins R, Williams V, Bullock S. Abbreviated educational session improves cranial computed tomography scan interpretations by emergency physicians. Ann Emerg Med 1997; 30: 616-21.
11. Gratton MC, Salomone JA, Watson WA. Clinically significant radiograph misinterpretations at an emergency medicine residency program. Ann Emerg Med 1990; 19: 497-502.
12. Miyakoshi A, Nguyen QT, Cohen WA, Talner LB, Anzai Y. Accuracy of preliminary interpretation of neurologic CT examinations by on-call radiology residents and assessment of patient outcomes at a level I trauma center. J Am Coll Radiol 2009; 6: 864-70.
13. Roszler MH, McCarroll KA, Rashid T, Donovan KR, Kling GA. Resident interpretation of emergency computed tomographic scans. Invest Radiol 1991; 26: 374-6.