

نتایج درمان جراحی هماتوم‌های ساب دورال حاد در بیمارستان شهید رجایی قزوین

دکتر سید مهران مولوی شیرازی *

Surgical results of acute subdural hematomas in Qazvin Shahid Rajaei hospital

M. Molavi Shirazi

☐ Abstract

Background : Acute subdural hematoma generally appears as extra-axial collection of fresh blood, and causes mortality and morbidity in head injured patients.

Objective: To determine the incidence and surgical results of acute subdural hematomas in Qazvin Rajaei hospital.

Methods: Through a 2- year retrospective study, patients operated for acute subdural hematoma in Qazvin Rajaei hospital were evaluated, and survived ones were followed up (1998-2000).

Findings: 609 patients with moderate to severe head trauma were admitted in Rajaei hospital, of which 63 patients were operated for acute subdural hematoma and 23 patients survived .

Conclusion: Compared with other studies, different findings of this study may result from too many accidents in the region.

Keywords: Acute Subdural Hematoma, Head Trauma, Gos

☐ چکیده

زمینه : هماتوم ساب دورال حاد تجمع خون تازه در فضای میان سخت شامه و مغز و از عوامل مهم مرگ و میر و ناتوانی در بیماران ضربه مغزی است.

هدف: مطالعه به منظور تعیین ارزیابی نتایج درمان جراحی هماتوم ساب دورال در سال‌های ۱۳۷۷ تا ۷۹ در بیمارستان شهید رجایی قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: پرونده بالینی تمام بیمارانی که در طول این دو سال به علت هماتوم ساب دورال حاد در بیمارستان شهید رجایی قزوین جراحی شده بودند، بررسی شد. بیمارانی که زنده مانده بودند، پیگیری شدند.

یافته‌ها: از مجموع ۶۰۹ بیمار بستری شده به علت ضربه‌های مغزی متوسط یا شدید، ۶۳ بیمار با تشخیص هماتوم ساب دورال حاد جراحی شدند که ۲۳ بیمار زنده مانده بودند. ۹۲/۱٪ بیماران جراحی شده، مرد بودند که شایع‌ترین علت هماتوم (۷۱/۴) تصادف رانندگی بود.

نتیجه‌گیری: تفاوت یافته‌های این مطالعه با مطالعه‌های دیگر، می‌تواند ناشی از شیوع زیاد حوادث رانندگی در منطقه قزوین باشد.

کلید واژه‌ها: هماتوم ساب دورال حاد، ضربه مغزی، جدول تعیین وضعیت بالینی گلاسگو

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

□ مقدمه:

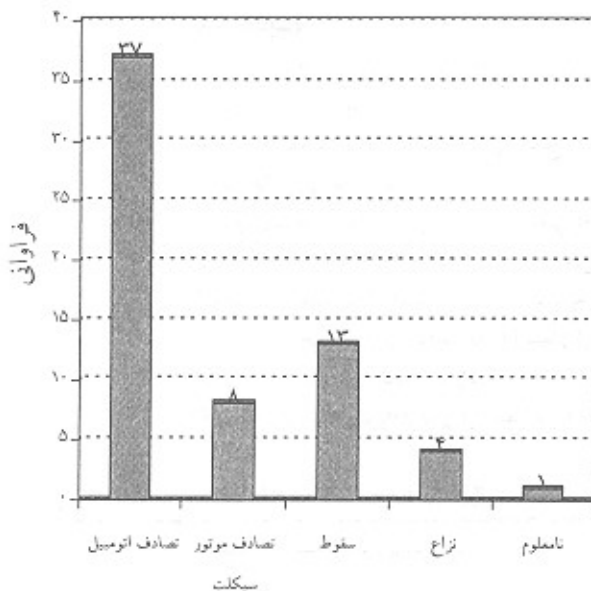
زننده مانده، ۱۴ بیمار در دسترس بودند و جهت پیگیری مراجعه می‌کردند که نتایج Glasgow Outcome Scale (GOS) آنها در فاصله زمانی ۶ تا دو سال بررسی شد. GOS معیار تعیین وضعیت بیماران به دنبال ضربه‌های مغزی است که شامل ۵ سطح است: بهبودی کامل، ناتوانی متوسط، ناتوانی شدید، وضعیت نباتی و مرگ.

□ یافته‌ها:

سن بیماران جراحی شده از ۳ تا ۷۷ سال متغیر بود. ۵۸ نفر از بیماران (۹۲/۱ درصد) مرد و ۵ نفر (۷/۹ درصد) زن بودند. شایع‌ترین علت ایجاد هماتوم (۷۱/۴ درصد) تصادف رانندگی بود (نمودار شماره ۱).

نمودار ۱:

فراوانی علل وقوع هماتوم ساب دورال در بیماران مورد مطالعه (۶۳ نفر)



تجمع خون تازه در فضای زیر سخت شامه در ضربه‌های مغزی شدید سبب فشرده شدن مغز و در پی آن عوارض شدید عصبی یا مرگ می‌شود. در مطالعه بانک داده‌های اغمای ناشی از ضربه (Traumatic Coma Data Bank, TCDB) ۵۸ درصد کل بیمارانی که تحت عمل تخلیه هماتوم قرار گرفتند و ۲۱ درصد کل بیمارانی که ضربه مغزی شدید داشتند، دچار هماتوم ساب دورال بودند. (۷) نسبت ابتلا مرد به زن ۱ به ۳ تا ۱ به ۶ گزارش شده است. (۲ و ۹ و ۱۰ و ۱۲ و ۱۴) شایع‌ترین مکانیسم‌های ایجاد هماتوم‌های ساب دورال شامل انواع سقوط و ضربه‌های ناشی از نزاع است، اما شایع‌ترین عامل ایجاد هماتوم ساب دورال حاد در جوانان، تصادف‌های رانندگی است. (۳ و ۴ و ۵ و ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۱) این مطالعه با هدف ارزیابی نتایج درمان جراحی هماتوم ساب دورال در بیماران بستری در بیمارستان شهید رجایی قزوین در یک دوره زمانی معین انجام شد.

□ مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی گذشته نگر روی پرونده تمام بیمارانی که از پاییز ۱۳۷۷ تا پایان زمستان ۷۹ با تشخیص هماتوم ساب دورال مغزی در بیمارستان شهید رجایی قزوین، تحت عمل جراحی قرار گرفتند، انجام شد. بیمارانی که در دسترس بودند طی پیگیری‌های ۶ ماهه تا دو ساله معاینه شدند. تعداد بیمارانی که در این مدت به علت ضربه‌های متوسط یا شدید ($GCS < 12$) بستری شده بودند، ۶۰۹ نفر بود که از این میان ۶۳ بیمار (۱۰/۳ درصد) به علت هماتوم ساب دورال حاد جراحی شده بودند. از ۲۳ بیمار

بحث و نتیجه‌گیری :

در مقایسه با نتایج گزارش شده در منابع پزشکی که شایع‌ترین علت هماتوم ساب‌دورال حاد را ضربه‌های ناشی از نزاع یا سقوط اعلام می‌کند،^(۱۱و۵) در این مطالعه شایع‌ترین علت (۷۱/۴ درصد) حوادث رانندگی بود و سقوط و نزاع در مراتب بعدی قرار داشتند.

مرگ و میر ناشی از هماتوم ساب‌دورال حاد در مطالعه‌های متعدد ۳۶ تا ۹۰ درصد گزارش شده است. در این مطالعه مرگ و میر ناشی از این هماتوم‌ها ۶۳/۵ درصد بود. میزان بهبودی (شامل بهبود کامل یا ناتوانی متوسط) در منابع ۷ تا ۳۹ درصد و ناتوانی شدید یا وضعیت نباتی ۴ تا ۶۳ درصد گزارش شده است.^(۷) از ۱۴ بیمار در دسترس این مطالعه که پیگیری و GOS آنها تعیین شد، ۲۸/۵ درصد بهبودی، ۴۲/۸ درصد ناتوانی متوسط، ۲۱/۴ درصد ناتوانی شدید و ۷/۱ درصد وضعیت نباتی داشتند.

در مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعه‌های دیگر چند اختلاف واضح به چشم می‌خورد. نخست آن که در مطالعه حاضر سن بیماران بر خلاف نظر کلی که افزایش خطر ابتلا به این نوع هماتوم‌ها را متناسب با افزایش سن می‌داند، به طور عمد در محدوده ۱۱ تا ۴۰ سالگی (دوران جوانی) بود. طبق نظر مارشال علت افزایش خطر آن است که افراد مسن بیشتر در حوادث غیر رانندگی آسیب می‌بینند و در عین حال به علت وجود تغییرات در خواص مکانیکی وریدهای Bridging و کشش بیشتر این وریدها به علت آتروفی مغزی احتمال ایجاد این نوع هماتوم در افراد مسن بیشتر است.^(۱۳و۷)

۴۱ بیمار (۶۵/۱ درصد) در بدو ورود به بیمارستان GCS مساوی ۸ و ۲۲ بیمار (۳۴/۹ درصد) GCS ۹ تا ۱۲ داشتند. شایع‌ترین علائم بیماران به ترتیب عبارت بودند از: اختلال هوشیاری در ۵۶ نفر (۸۸/۹ درصد)، تغییر مردمک‌ها در ۴۷ نفر (۷۴/۶ درصد)، واکنش دکورتیکه یا دسریره در ۲۹ نفر (۴۶ درصد) و اختلال حرکتی به صورت همی پارزی یا همی پلژی در ۱۸ نفر (۲۸/۶ درصد). ۶ بیمار (۹/۵ درصد) پیش از انجام جراحی، یک یا چند حمله تشنجی داشتند. ضایعه‌های مغزی همراه در این بیماران به ترتیب شیوع، کوفتگی و له شدگی مغز ۴۱ مورد (۶۵/۱ درصد)، خونریزی درون بطنی ۳ مورد (۴/۸ درصد)، خونریزی درون بافت مغز ۸ مورد (۱۲/۷ درصد) و هماتوم اپیدورال ۵ مورد (۷/۹ درصد) بود که ۲ مورد از این هماتوم‌ها در طرف مقابل بودند.

شایع‌ترین ضایعه‌های همراه در این بیماران به ترتیب شکستگی اندام‌ها ۱۱ مورد (۱۷/۵ درصد)، ضایعه‌های ریوی شامل هموتوراکس، پنوموتوراکس و کنتوزیون ریه ۶ مورد (۹/۵ درصد)، ضایعه‌های شکمی شامل خونریزی و پارگی احشاء ۵ مورد (۷/۹ درصد) بود.

۴۰ نفر از بیماران (۶۳/۵ درصد) فوت کرده و ۲۳ بیمار (۳۶/۵ درصد) زنده مانده بودند. از ۲۳ بیماری که زنده مانده بودند، ۱۶ بیمار (۶۹/۵ درصد) در هنگام ترخیص دچار تغییرات رفتاری و خلقی (ناتوانی متوسط) و ۷ بیمار (۳۴/۳ درصد) دچار همی پارزی یا همی پلژی بودند (ناتوانی شدید) و ۲ بیمار (۸/۶ درصد) وضعیت نباتی داشتند.

- subdural hematoma: a reappraisal. Surg Neurol* 1976; 5: 25-8
3. Gennarell T, Thibault L. Biomechanics of acute subdural hematoma. *J Trauma* 1982; 22: 680-6
4. Hernesniemi. Outcome following acute subdural hematoma. *Acta Neurochir (Wien)* 1979; 49: 191-8
5. Howard MAI, Gross AS, Dacey RGI et al. Acute subdural hematomas: an age dependent clinical entity. *J Neurosurg* 1989; 71: 858-63
6. Jamieson KG, Yelland JDN. Surgically treated traumatic subdural hematoma. *J Neurosurg* 1972; 37: 137-49
7. Marshall LF, Gattille T, Klauber MR et al. The outcome of severe head injury. *J Neurosurg* 1991; 75: 38-536
8. Richard T, Hoff J. Factors affecting survival from acute subdural hematoma. *Surgery* 1974; 75: 253-8
9. Rosenorn J, Gjerris F. Long-term follow up review of patients with acute and subacute subdural hematomas. *J Neurosurg* 1978; 48: 345
10. Seelig JM, Becker DP, Miller JD et al. Traumatic acute subdural hematoma: major mortality reduction in comatose patients treated within four hours. *N Engl J Med* 1981; 304: 1511-8

نکته دوم، اختلاف نسبت ابتلا مرد به زن است که ۱ به ۳ تا ۱ به ۶ گزارش شده است،^(۴۲) در حالی که در این مطالعه نسبت ابتلا ۱ به ۱/۶ بود که نشان می‌دهد مردان بیش‌تر از زنان در معرض آسیب قرار داشتند. سومین مورد اختلاف، علت ابتلا به هماتوم ساب دورال است که در منابع موجود شایع‌ترین مکانیسم، انواع سقوط و ضربه‌های ناشی از نزاع است،^(۴۳) در حالی که در این مطالعه شایع‌ترین علت، تصادف‌های رانندگی بود و سقوط و نزاع با اختلاف واضحی در مراتب بعدی قرار داشتند.

با در نظر گرفتن موارد بالا علت تمام این تفاوت‌ها را باید در مکانیسم ایجاد ضایعه دانست؛ زیرا اصولاً در حوادث رانندگی بیشتر افراد جوان و مردها آسیب می‌بینند. با توجه به این که شهر قزوین در مسیر شاهراه‌های ارتباطی عمده کشور قرار دارد و میزان حوادث رانندگی در این منطقه زیاد است جهت پیشگیری از بروز این گونه ضایعه مغزی که با مرگ و میر و عوارض جسمی و روانی بالایی همراه است و علاوه بر صدمه‌های جانی و ناتوان‌کننده برای مبتلایان، هزینه‌های فراوان مالی و روانی بر جامعه تحمیل می‌کند، لازم است تدبیرهای لازم از سوی سازمان‌های مربوطه اتخاذ گردد.

مراجع:

1. Cooper PR. Post traumatic intracranial mass lesions. In: Cooper PR, ed. *Head injury*. Baltimore, williams & wilkins, 1993, 275-329
2. Cooper P, Rovit R, Ransohoff J. Hemispherectomy in the treatment of acute

11. Stone J, Rifai M, Sugar D et al. Subdural hematomas acute subdural hematoma: progress in definition, clinical pathology and therapy. *Surg Neurol* 1983; 19: 216-31

12. Tallala A, Morin M. Acute traumatic subdural hematoma: a review of one hundred consecutive cases. *J Trauma* 1971; 11: 771-7

13. Volmer DG, Torner JC, Jane JA et al. Age and outcome following traumatic coma: Why do older patients fare worse?. *J Neurosurg* 1991; 75: 37-549

14. Wilberger JJ, Harris M, Diamond D. Acute subdural hematoma: morbidity, mortality, and operative timing. *J Neurosurg* 1991; 74: 212-8