

گزارش مورد

ترومای نافذ جمجمه با چاقو

دکتر کاظم قائمی

متخصص جراحی مغز و اعصاب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بیرجند



چکیده

ترومای نافذ جمجمه، جزء آسیبهای نادر جمجمه و مغز می باشد که مجموعاً ۰/۴ درصد آسیبهای مغزی را شامل می شود. این گزارش درباره یکی از موارد در خانم جوانی است که تحت عمل جراحی کرایکتومی و خارج نمودن جسم خارجی قرار گرفته، در پیگیری دو ساله علائمی از عفونت و عوارض عروقی مغز مشاهده نشده است.

واژگان کلیدی: ترومای نافذ جمجمه، جسم خارجی، کرایکتومی

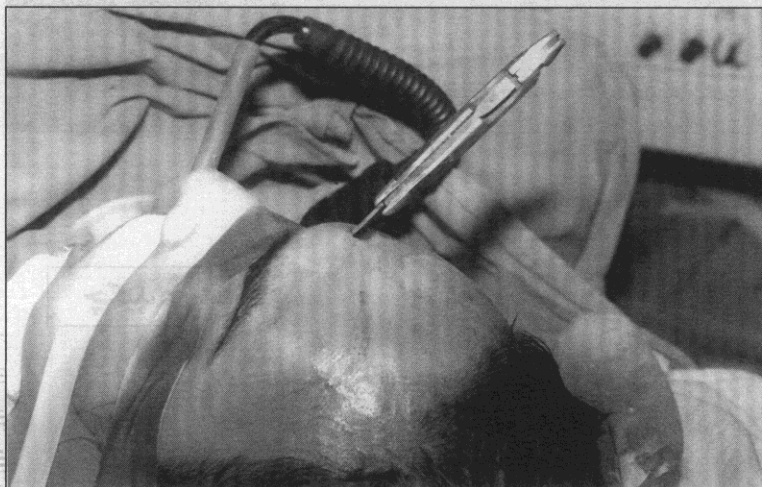
مقدمه

اقدامات درمانی در این بیماران عبارتند از: ۱. تجویز آنتی بیوتیک برای ۷ تا ۱۰ روز ۲. توکسوئید کزاز ۳. پروفیلاکسی ضد تشنج با فنی توئین. اگر بیماری مراجعه کرد و قبلا جسم خارجی، خارج شده باشد در صورتی که کمتر از ۱۲ ساعت گذشته و در سی تی اسکن مغز نیز هماتوم یا شکستگی فرورفته دیده نشود، دبریدمان موضعی پوست سر و سوچور کردن زخم کفایت می کند در غیر اینصورت کرانیکتومی، دبریدمان محل ورود جسم خارجی و خارج نمودن هماتوم در دسترس و قطعات استخوانی توصیه می شود. اما در صورتی که بیمار همراه با جسم خارجی مراجعه نمود نباید جسم خارجی را خارج کرد بلکه بیمار باید تحت عمل جراحی و بیهوشی عمومی قرار گیرد و بعد از برش پوست سر و کرانیکتومی اطراف محل ورود جسم خارجی، اقدام به خارج کردن آن نمود. در مواردی که احتمال گرفتاری عناصر عروقی مانند کاروتید یا سینوس کاورنو می باشد آنژیوگرافی کاروتید قبل از عمل توصیه می شود.

معرفی مورد

بیمار خانم ۲۳ ساله ای است که در سال ۱۳۷۸ بدنبال نزاع دچار ترومای نافذ جمجمه با چاقو شده است و توسط شخص ضارب به اورژانس بیمارستان امام رضای بیرجند آورده می شود. در معاینات اولیه بیمار کاملاً هوشیار و اریانته^۶ بوده است (GCS=۱۵). علائم حیاتی نیز پایدار^۷ بوده، فقط جسم خارجی (دسته چاقو) که از قسمت قاعده استخوان پیشانی در خط وسط به داخل نفوذ کرده بود مشاهده می شد (شکل ۱).

ترومای نافذ جمجمه توسط اجسام نوک تیز و با سرعت آهسته ایجاد می شود که شایع ترین آنها توسط چاقو است اما مواردی بوسیله میخ، اجسام فلزی، کلید، مداد و... نیز گزارش شده است (۱). این تروماها مجموعاً حدود ۰/۴ درصد تروماهای جمجمه را تشکیل می دهند. شدت آسیب مغزی و پیش آگهی بهبودی بیمار بستگی به محل ورود و میزان نفوذ جسم خارجی دارد. محل های شیوع به ترتیب عبارتند از: فرونتو پاریتال^۲ ۶۰ درصد (نواحی پیشانی طرفی جمجمه)، ترانس ارییتال^۳ ۱۹ درصد (ناحیه چشم خانه یا اوربیت)، تمپورال^۴ ۱۷ درصد (ناحیه شقیقه). بیماران با ضایعه فرونتال ممکن است علائم عصبی نداشته باشند، اما ضربه نافذ به ناحیه تمپورال به علت نازک بودن استخوان و فاصله کمتر با ساختمانهای عروقی و عناصر ساقه مغز علائم عصبی شدیدتری ایجاد می کند. عناصر عمقی لوب تمپورال که در معرض آسیب می باشند به دو دسته قدامی و خلفی تقسیم می شوند. عناصر قدامی شامل سینوس کاورنو، اعصاب جمجمه ای^۵ ۳، ۴، ۶، شریان کاروتید و هیپوفیز، عناصر خلفی شامل شریان بازیلر و عناصر ساقه مغز (میدرین، پونز و مدولا) می باشد. آسیب به عناصر خلفی کشنده می باشد. این بیماران در معرض دو عارضه دیررس می باشند (۲).
۱. عفونت ۲. عوارض عروقی. احتمال بروز عفونت در حضور نشت مایع مغزی نخاعی (CSF)^۵ یا باقی ماندن قسمتی از جسم خارجی یا استخوان افزایش می یابد. عوارض عروقی در ۳۰ درصد موارد گزارش شده است که شامل پسودو آنوریسم، وازوسپاسم، بسته شدن رگ، فیستول شریانی وریدی و ترموز وریدی می باشد. ۵۰ درصد آنوریسم های تروماتیک در عرض یک هفته بعد از تروما خونریزی می کنند و میزان مرگ و میر بالایی دارند. به همین علت توصیه می گردد در شروع هفته دوم آنژیوگرافی عروق کاروتید انجام شود.



شکل ۱- جسم خارجی (چاقو) از قسمت قاعده استخوان پیشانی در خط وسط به داخل نفوذ کرده است.

- 1- stab wound
- 2-frontoparietal
- 3- transorbital
- 4-temporal

- 5-Cerebro Spinal Fluid
- 6-oriented
- 7-stable

شدن در آورده شد. انتهای نوک چاقو در مجاورت فورامن اپتیک سمت چپ قرار داشت. بعد از خارج کردن چاقو، سینوس فرونتال و اتموئید توسط عضله پک شد و سخت شامه قسمت قاعده جمجمه نیز به صورت خارج سخت شامه ای، وصله ای^۱ از گالنا گذاشته شد. بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد و در پیگیری ۲ ساله عوارض عفونی و عروقی مغز دیده نشد.

بعد از انجام اقدامات اولیه مانند تزریق سرم، رزرو خون، تجویز آنتی بیوتیک، توکسوئید کزاز و آمپول فنی توئین، اقدامات تشخیصی شامل رادیوگرافی ساده جمجمه و سی تی اسکن مغز انجام شد. شکل ۲ (الف) و (ب) محل ورود و مسیر عبور چاقو را مشخص می نماید. بیمار تحت عمل جراحی کرایکتومی ناحیه پیشانی قرار گرفته، با کمک میکرودریل به آهستگی قسمتهایی از قاعده جمجمه برداشته شد. چاقو بعد از آزاد



شکلهای ۲. الف) عکس رادیولوژیک. محل ورود و مسیر عبور چاقو مشخص است. ب) سی تی اسکن مغز. انتهای نوک چاقو در مجاورت فورامن اپتیک سمت چپ قرار دارد.

دید

تقدیر و تشکر

برخود لازم میدانم از زحمات پرسنل محترم پرستاری بخش اورژانس، رادیولوژی، اتاق عمل و ICU^۲ جراحی اعصاب بیمارستان امام رضای بیرجند تشکر نمایم.

مراجع

1- Youman J. Neurological Surgery. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996.

۲- قائمی کاظم. شکستگی جمجمه و خونریزیهای مغزی در بالغین در اورژانسهای جراحی مغز و اعصاب. چاپ اول. تهران: انتشارات تیمورزاده؛ ۱۳۸۰.

بحث

تروماهای نافذ جمجمه جزء آسیبهای نادر جمجمه است ولی می تواند همراه با عوارض شدید و کشنده باشد. نکات مهم و قابل توجه در برخورد با این بیماران عبارتند از:

- به هیچ وجه نباید جسم خارجی را در شرایطی بجز اطاق عمل خارج نمود.

- تجویز توکسوئید کزاز و آنتی بیوتیک جهت پیشگیری از بروز عوارض عفونی صورت گیرد.

- در صورتی که مسیر عبور جسم خارجی از محل عروق عمده مغزی می باشد انجام آنژیوگرافی کاروتید قبل از عمل توصیه می شود.

- پیگیری این بیماران از نظر بروز عوارض عفونی (مننژیت و آبسه مغزی) و عروقی (آنوریسم و اسپاسم عروقی) ضروری می باشد.