

## بررسی یافته های بالینی و سی تی اسکن در ۳۱۲ بیمار مبتلا به ضربه جمجمه

محمد رضا احصایی<sup>۱\*</sup>، غلامرضا بهادرخان<sup>۱</sup>، احسان غیور کریمیانی<sup>۲</sup>

۱- دانشیار گروه جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۲- پزشک عمومی

**سابقه و هدف:** در این مطالعه ارتباط بین یافته های سی تی اسکن با علائم و نشانه های بالینی بیماران مبتلا به ضربه جمجمه و نیز با معیار گلاسکو (GCS) مورد بررسی قرار گرفته است.

**مواد و روشها:** در این مطالعه توصیفی، ۳۷۳ سی تی اسکن مربوط به ۳۱۲ بیمار (۲۹۰ نفر بستری و ۲۲ نفر سرپایی) مشاهده و سپس تغییرات سی تی اسکن و رابطه بین یافته های آن با تغییرات GCS و علائم و نشانه های بالینی بیمار مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته ها:** ۶۲٪ از تمام بیماران ترومایی دچار آسیب خفیف مغزی و ۳۸٪ دچار آسیب متوسط تا شدید شده بودند. در ۴۲٪ از بیماران با آسیب خفیف سی تی اسکن طبیعی بوده و ارتباط معنی داری بین یافته های سی تی اسکن و یافته های بالینی و معیار اغمای گلاسکو وجود داشت ( $p < 0/001$ ). در دوسوم بیماران با ضربه خفیف جمجمه سی تی اسکن طبیعی و در یک سوم باقیمانده ادم مغزی خفیف مشاهده گردید. ۵۲٪ بیماران با ضربه شدید جمجمه ادم مغزی و ۲۸٪ همهماتوم اینتراکرانیال داشته اند. ۸۴٪ بیماران با علائم فوکال عصبی در سی تی اسکن هماتوم اکسترااکزیال داشته اند. ۴۱٪ بیماران با اختلال هوشیاری هماتوم اینتراکرانیال داشته اند.

**نتیجه گیری:** در بیماران باترومای خفیف مغزی یافته اصلی در سی تی اسکن ادم مغزی بوده و بنابر این سی تی اسکن برای بیماران با آسیب خفیف مغزی که علائم و نشانه های خفیف بالینی (سربرد خفیف و تهوع) دارند ضرورت زیادی ندارد. بیماران با GCS پایین تر و علائم ضربه شدید جمجمه سی تی اسکن غیر طبیعی بیشتری دارند. بنابراین تکیه بر علائم و نشانه های بالینی می تواند کاربرد غیر ضروری سی تی اسکن را کاهش دهد.

**واژه های کلیدی:** ضربه شدید جمجمه، هماتوم اکسترااکزیال، هماتوم اینترااکزیال.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هفتم، شماره ۴، پاییز ۱۳۸۴، صفحه ۹۴-۱۰۰

### مقدمه

دیگر اندیکاسیون درخواست سی تی اسکن را در بیماران با ضربه

مغزی تعیین کنیم (۵-۱). بطور اختصاصی برخی اشاره کرده اند که

هر بیمار با درجه گلاسکو ۱۴-۱۳ نیاز به انجام سی تی اسکن سر د

دارد بعلاوه هر بیماری که اختلال هوشیاری داشته و یا دارای علائم

نقص عصبی مربوط به نیمکره مغزی را نشان می دهد بایستی تحت

سی تی اسکن قرار گیرد بیماران با GCS کمتر از ۱۴ و حتی سی

هدف از این تحقیق بررسی مقایسه ای علائم بالینی و

یافته های سی تی اسکن در بیماران ترومایی می باشد تا ارتباط بین

علائم بالینی بیماران با ضربه مغزی و یافته های سی تی اسکن را

پیدا کنیم و علائم هشدار دهنده و خطر زا را مشخص کنیم و از این

طریق سی تی اسکن را در موارد لزوم درخواست نموده تا حد امکان

از درخواست سی تی اسکن غیر ضروری جلوگیری شود. به بیان

مدت ۳۷۳ سی تی اسکن که مربوط به ۳۱۲ بیمار ترومایی بود مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین تعدادی از سی تی اسکن ها جهت کنترل وضعیت بیمار تکرار شده بود که آنها را بطور جداگانه بررسی کردیم. بیماران ترومایی را به دو گروه بستری و سرپایی تقسیم کرده و بررسی ها و آزمونهای آماری لازم انجام شد. از نظر جمع آوری اطلاعات در شروع تحقیق برای بیماران ترومایی فرمهای مخصوصی بصورت پرسشنامه تنظیم شد که شامل اطلاعاتی از قبیل نام و نام خانوادگی، سن و جنس، علت تروما و علائم بالینی و نتیجه رادیوگرافی جمجمه، یافته های سی تی اسکن، نمره های GCS، سی تی کنترل (تکراری)، سابقه بیماری قبلی، سابقه مصرف دارو، محل بستری و مدت بستری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص و تشخیص نهایی بود. پرسشنامه ها از همراه بیمار، خود بیمار و معاینه بیمار و اطلاعات موجود در پرونده وی جمع آوری گردید و پس از ورود به کامپیوتر با استفاده از نرم افزار SPSS، داده ها تجزیه و تحلیل شد. جهت تحلیل داده ها از آزمون Z و Chi-square استفاده و  $p < 0.05$  معنی دار تلقی گردید.

همچنین بر اساس مقیاس اغمای گلاسکو، کومای متعاقب ایجاد آسیبهای مغزی بیماران به چهار گروه طبقه بندی شدند: بیمارانی که نمره GCS بین ۱۵-۱۳ دارند بنام آسیب خفیف مغزی Mild head injury، بیمارانی که نمره GCS بین ۱۲-۹ دارند بنام آسیب متوسط مغزی Moderate head injury، بیمارانی که نمره GCS بین ۸-۴ دارند (آسیب شدید مغزی severe head injury)، بیمارانی که نمره GCS ۳ دارند (مرگ مغزی).

### یافته ها

در بررسی علائم بالینی نشانه های خفیف شامل سردرد خفیف و تهوع، نشانه های شدید بالینی شامل سردرد شدید، بی قراری، گیجی، استفراغ مداوم و خواب آلودگی، شکستگی جمجمه و زوال عقلی هستند و علائم فوکال عصبی شامل همی پارزی، همی پلژی، اختلال تکلم، میدریاز یکطرفه می باشد. یافته های سی تی اسکن در انواع گریدینگ ضربه مغزی در جدول ۱ ملاحظه می شود. در میان بیماران با آسیب خفیف مغزی ۴۲٪ (۷۵ نفر) دارای سی تی اسکن طبیعی هستند و ۴۶٪ (۸۲ نفر)

تی اسکن طبیعی جهت بررسی بیشتر می بایستی بستری شوند. بیماران با  $GCS=15$  با داشتن سلامت عقلی و روانی و عدم وجود نقایص فوکال عصبی می بایستی جهت ادامه مراقبت دقیق آنها در خانه و با توجیه کردن همراهیان بیمار مرخص گردند. استفاده از رادیوگرافی جمجمه نیز در ارزیابی اولیه بیماران آسیب دیده خفیف مغزی مورد بحث است. از ۵۶۶ رادیوگرافی جمجمه سر که متعاقب ترومای خفیف سر ( $GCS=15-13$ ) انجام شده است ۶۴ مورد (۱۱٪) دارای شکستگی خطی و یا فرو رفته بوده که فقط ۳ مورد نیاز به جراحی داشتند. از نظر علائم بالینی کلاً ۱۹ نفر (۳٪) آسیب داخل جمجمه ای داشتند که در ۶ نفرشان (۳۶٪) به اقدامات جراحی نیازمند بودند این ۱۹ نفر بجز ۱ نفر که دچار کاهش هوشیاری شده بودند و GCS کمتر از ۱۵ داشتند و تعدادی هم دارای نقایص عصبی بودند. در هیچیک از این بیماران نتایج رادیوگرافی ساده جمجمه تغییری در کنترل و درمان ایجاد نکرده بود (۷ و ۳ و ۱).

این مطالعات نشان می دهد که توموگرافی کامپیوتری سی تی اسکن جمجمه در بیماران دچار آسیب خفیف سر نقش مهمی در شناسایی آسیب های بیماران دارد، در آسیب های متوسط و شدید مغز مسلماً سی تی اسکن بهترین روش برای حصول اطلاعات درباره عوارض داخل جمجمه ای آسیب سر می باشد بسیاری از پژوهشگران اکنون پیشنهاد می کنند که استفاده از سی تی اسکن سر در بیماران دچار آسیب خفیف مغزی و بدون یافته های نقص عصبی اجازه ترخیص این بیماران را می دهد و از بستری کردن بی مورد و صرف هزینه بیشتر جلوگیری می کند. در یک مطالعه که بر روی بیماران با آسیب خفیف مغزی انجام شد ۱۳٪ دارای سی تی اسکن غیر طبیعی بودند و علیرغم وفور سی تی اسکن غیر طبیعی در بیماران هوشیار و طبیعی هیچکدام از این گروه نیاز به جراحی باز جمجمه نداشتند.

### مواد و روشها

این پژوهش با بررسی شرح حال پرونده ها و مشاهده مستقیم بیماران مصدوم مراجعه کننده به بخش های سی تی اسکن بیمارستان امدادی شهید کامیاب در مشهد که مرکز پذیرش بیماران با ترومای جمجمه می باشد در مدت یک ماه انجام شده است. در این

می باشد هماتوم های داخل جمجمه ای در ۸٪ از این بیماران دیده می شود. در میان بیماران با آسیب متوسط مغزی شایعترین یافته بی قراری بود. هماتوم داخل جمجمه در ۲۴٪ از بیماران با ضربه شدید دیده شد. هماتوم اکسترااکزیال با پراکندگی ۸۴٪ (۱۶ نفر) شایعترین یافته سی تی اسکن در بیماران با علائم فوکال عصبی گزارش شد. هماتوم اینتراکزیال با شیوع ۴۱٪ (۹ نفر) بیشترین یافته سی تی اسکن در بیماران با علائم کاهش هوشیاری مشخص شد. بین علائم بالینی ویافته های سی تی اسکن رابطه معنی داری وجود دارد (p=۰/۰۰۱). نیمی از سی تی اسکن های کنترل برای بیماران با آسیب متوسط مغزی گرفته شده است و تنها ۸٪ از سی تی اسکن های کنترل برای بیماران با آسیب شدید مغزی انجام شده است. بیشترین سی تی اسکن اولیه برای بیماران با آسیب خفیف مغزی گرفته شده است (۶۵٪). در کل ۳۰٪ سی تی اسکن های کنترل بیماران ترومایی را سی تی اسکن کنترل تشکیل می دهد. در میان سی تی اسکن های بیماران ترومایی، ۷۰٪ از سی تی اسکن های کنترل، غیر طبیعی بوده است و تنها ۳۰٪ از سی تی اسکن های کنترل طبیعی بوده است. این در حالی است که ۶۵٪ سی تی اسکن های اولیه، غیر طبیعی بوده و ۳۵٪ آنها طبیعی بودند.

در سی تی اسکن ادم مغزی دیده شده است. پس ادم مغزی شایعترین یافته سی تی اسکن در بیماران با آسیب خفیف مغزی سی تی اسکن هماتوم داخل جمجمه ای با شیوع ۵۱٪ (۵۳ نفر) می باشد، این در صورتی است که سی تی اسکن طبیعی تنها در ۱۳٪ از این بیماران دیده می شود. در بیماران با آسیب شدید مغزی شایعترین یافته سی تی اسکن هماتوم داخل جمجمه ای (با شیوع ۷۵٪) بخصوص هماتوم های اکسترااکزیال می باشد (p=۰/۰۰۱). رابطه معنی دار بخصوص در بیماران با آسیب متوسط مغزی که دارای هماتوم اکسترااکزیال هستند بیشتر دیده می شود. جدول ۲ توزیع فراوانی یافته های سی تی اسکن نسبت به معیار گلاسگو در بیماران سرپایی را نشان می دهد. در این بیماران ۷۷٪ (۱۳ نفر) از بیماران با آسیب خفیف مغزی، دارای علائم خفیف و یافته سی تی اسکن طبیعی بودند و مابقی آنها ادم مغزی داشته اند. همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود ۶۳٪ (۵۰ نفر) از بیماران ترومایی بستری شده با علائم خفیف دارای سی تی اسکن طبیعی بودند و ۳۷٪ (۳۰ نفر) ادم مغزی به درجات مختلف در سی تی اسکن داشتند. در حالیکه ادم مغزی شایعترین یافته سی تی اسکن (۵۳٪) در بیماران ترومایی با علائم شدید سردرد و استفراغ و

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی یافته های سی تی اسکن نسبت به گریدینگ ضربه مغزی (GCS)

در بیماران ترومایی بستری در بیمارستان امدادی مشهد

Severe	Moderate	Mild	GCS	CTS	
				تعداد (%)	تعداد (%)
۲ (۲۵)	۲۲ (۲۱)	۲۲ (۵)	۷۵ (۴۲)	۱۱۹ (۴۱)	طبیعی
۲ (۲۵)	۲۲ (۲۱)	۹ (۵)	۸۲ (۴۶)	۳۳ (۱۲)	ادم مغزی
۴ (۵۰)	۳۱ (۳۰)	۶ (۳)	۶ (۳)	۴۱ (۱۴)	هماتوم اینتراکزیال
-	۲ (۲)	۷ (۴)	۷ (۴)	۹ (۳)	هماتوم اکستراکزیال
۸ (۱۰۰)	۱۰۳ (۱۰۰)	۱۷۹ (۱۰۰)	۱۷۹ (۱۰۰)	۲۹۰ (۱۰۰)	هماتوم اریبت و دیلاتاسیون بطنی
۸ (۱۰۰)	۱۰۳ (۱۰۰)	۱۷۹ (۱۰۰)	۱۷۹ (۱۰۰)	۲۹۰ (۱۰۰)	کل

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی یافته های سی تی اسکن نسبت به گریدینگ ضربه مغزی (GCS)

در بیماران سرپایی در بیمارستان امدادی مشهد

Severe	Moderate	Mild	GCS	CTS	
				تعداد (%)	تعداد (%)
-	-	۱۳ (۷۷)	۱۳ (۷۷)	۱۳ (۵۹)	طبیعی
-	۲ (۴۰)	۳ (۱۸)	۳ (۱۸)	۵ (۲۳)	ادم مغزی

هماتوم اینتراکزیال	(۵)۱	(۲۰)۱	-	(۹)۲
هماتوم اکستراکزیال	-	(۴۰)۲	-	(۹)۲
هماتوم اربیت و دیلاتاسیون بطنی	-	-	-	-
کل	(۱۰۰)۱۷	(۱۰۰)۵	-	(۱۰۰)۲۲

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی یافته های سی تی اسکن بر حسب علائم بالینی در بیماران ترومایی

بستری در بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد

یافته های CTS	علائم بالینی	علائم خفیف	علائم شدید	فوکال عصبی	کاهش هوشیاری	علائم دیگر	کل
	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
طبیعی	۵۰ (۶۳)	۳۶ (۲۲)	-	-	-	۲ (۲۲)	۸۸ (۳۰)
ادم مغزی	۳۰ (۳۷)	۸۳ (۵۳)	۵۱ (۵)	۵ (۵)	۵ (۲۳)	-	۱۱۹ (۴۱)
هماتوم اینتراکزیال	-	۲۲ (۱۴)	۲ (۱۱)	۲ (۱۱)	۹ (۴۱)	-	۳۳ (۱۱)
هماتوم اکستراکزیال	-	۱۷	۱۶	۸	۴۱	-	۴۱
هماتوم اربیت و دیلاتاسیون بطنی	-	۲ (۱)	۸۴	۱۴	-	-	۸ (۴)
کل	۸۰ (۱۰۰)	۱۶۰ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)	۲۲ (۱۰۰)	۲ (۲۲)	-	۲۹۰ (۱۰۰)

شده است (۱۵) این در حالی است که سی تی اسکن طبیعی در بیماران سرپایی با شیوع ۷۷٪ فقط در بیماران با آسیب خفیف مغزی دیده شد لذا در این گونه بیماران لازم است توجه بیشتری جهت

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج بدست آمده می توان می توان چنین استدلال

نمود: در مورد یافته های سی تی اسکن و ارتباط آن با GCS بطور قطع می توان گفت که سی تی اسکن های غیر طبیعی در بیماران بستری که GCS بدتری دارند بیشتر از بیمارانی است که در قسمت اورژانس پذیرش شده اند. در کتب مرجع سی تی اسکن اولیه غیر طبیعی در تمام بیماران با آسیب خفیف مغزی در حدود ۲۰٪ ذکر شده است (۸-۱۲). در مطالعه انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) در ضربه سر خفیف (GCS=۱۵) ۵٪ سی تی اسکن غیر طبیعی و در صورت وجود GCS=۱۳ این درصد به ۳۰٪ می رسد و ۱٪ بیماران با ضربه خفیف نیاز به دخالت دارند (۱۴ و ۱۳) و اما در این پژوهش هماتوم داخل جمجمه و ادم مغزی به ترتیب در ۱۸٪ و ۴۶٪ از بیماران بستری وجود داشت. علت افزایش شیوع در تحقیقات مابین است که این تعداد مربوط به بیماران بستری شده می باشد. در بیماران سرپایی که با آسیب خفیف مغزی مراجعه کرده بودند سی تی اسکن غیر طبیعی در ۲۳٪ (۴ نفر) دیده شد و این رقم مطابق رفرانس بود.

کاهش درخواست سی تی اسکن صورت گیرد و در بیماران بستری شده از آنجائیکه مجموع سی تی اسکن های طبیعی و ادم مغزی ۸۸٪ می باشد و با توجه به اینکه ادم مغزی نیاز به عمل جراحی نداشته و درمان آن طبی است بنابر این بیماران با آسیب خفیف مغزی که در حال زوال عقلی نیستند و حال عمومی آنها رو به بهبود است و هیچگونه شکستگی ندارند در خواست سی تی اسکن جای تامل بیشتری دارد و معقول به نظر می رسد که این بیماران را تحت نظر گرفته در صورت مشاهده علائم دال بر زوال عصبی و اختلال هوشیاری و بدتر شدن علائم بالینی آنها را تحت بررسی توسط سی تی اسکن قرار دهیم (۱۹-۱۶).

در بیماران با آسیب متوسط ۸۷٪ و آسیب شدید مغزی ۱۰۰٪ سی تی اسکن غیر طبیعی داشتند در بیماران با آسیب متوسط و شدید مغزی به علت بالا بودن شیوع سی تی اسکن غیر طبیعی و بالا بودن شیوع علائم شدید عصبی لازم است سی تی اسکن

در یک مطالعه از ۱۱۰۱ بیمار توسط I.Banez و همکاران

۷/۵٪ سی تی اسکن غیر طبیعی در بیماران با ضربه خفیف سر دیده

انجام شده بسیار اندک است در این تحقیق ۳۰٪ از سی تی اسکن های بیماران ترومایی جهت کنترل گرفته شده بود که نیمی از اینها برای بیماران با آسیب متوسط و ۴۲٪ برای بیماران با آسیب شدید مغزی گرفته شده بود و در کل ۷۰٪ از سی تی اسکن های کنترل غیر طبیعی بودند که رقم مورد قبولی است به هر حال بهترین معیار برای تکرار سی تی اسکن های کنترل علائم بالینی بیمار می باشد (۲۴).

می توان چنین نتیجه گرفت که در بیمارانی که علائم بالینی آنها رو به بدتر شدن بود یا بیمارانی که در حال زوال عصبی بودند با بیمارانی که GCS آنها بدتر شده بود و یا بیمارانی که پس از عمل جراحی مورد مطالعه مجدد سی تی اسکن قرار گرفته بودند ۷۰٪ سی تی اسکن غیر طبیعی داشته در این رابطه مطالعه ای توسط دکتر Lee انجام شده است که رقم ۷۸٪ را بدست آورده بنابر این استفاده از پیگیری سی تی اسکن در بیمارانی که وضعیت بالینی و GCS آنها رو به بدتر شدن است توصیه می گردد (۲۵). انجام MRI به علت مشکلات اجرا و ارزش کم تشخیصی در شکستگی های جمجمه، پنوموسفالوس، خونریزی ساب آراکنوئید در مراحل حاد ضربه سر توصیه نمی شود (۱۰).

درخواست شود (۲۰) یک ارتباط خطی بین یافته های سی تی اسکن و علائم افزایش فشار داخل جمجمه وجود دارد (۲۱).

در مورد ارتباط یافته های سی تی اسکن با علائم بالینی لازم به ذکر است که مطالعات مرجع و مقالات بطور روشن و واضح ارتباط این دو را مشخص نکرده اند ولی در این تحقیق نزدیک به دو سوم بیماران با علائم خفیف سی تی اسکن طبیعی داشتند و در یک سوم بقیه ادم مغزی مشاهده شد که از طرفی حدود نیمی از بیماران با مقیاس ۱۳-۱۵ GCS مورد نیازی به سی تی اسکن ندارد زیرا اکثر سی تی اسکن آنها طبیعی و یک سوم بقیه سی تی اسکن که در آن ادم مغزی مشاهده شد نیاز به جراحی نداشتند، بیمارانی که وضعیت حال عمومی آنها رو به بدتر شدن است و زوال عصبی دارند اندیکاسیون سی تی اسکن دارند (۲۲ و ۲۳).

در مورد بیماران سرپایی نیز می توان چنین گفت که بیمارانی که با سردرد خفیف و تهوع و با مقیاس ۱۳-۱۵ GCS که به اورژانس تروما مراجعه می کنند و حال عمومی آنها رو به بدتر شدن نیست باید تحت مراقبت قرار گرفته و در صورت بدتر شدن حال عمومی و علائم بالینی نیاز به سی تی اسکن خواهند داشت (۹ و ۱۲ و ۱۸). در مورد سی تی اسکن های کنترل تحقیقات

\*\*\*\*\*

## References

- Livingston DH, Loder PA, Hunt CD. Minimal head injury: is admission necessary? *Am Surg* 1991; 57(1): 14-7.
- Mushid WR. Role of skull radiography in initial evaluation of minor head injury: a retrospective study. *Acta Neurochir, Wien* 1994; 124: 1-4.
- Vollmer DG, Dacey RG JR. The management of mild and moderate head injuries. *Neurosurg Clin N Am* 1991; 2(2): 437-55.
- Grasso SN, Keller MS. Diagnostic injured in pediatric trauma. *Curr Opin Pediatr* 1998; 10(3): 299-302.
- North S, Pollak EW. Skull roentgenography in the evaluation of head injury. *South Med J* 1983; 76(4): 468-70.
- Youman's Julian R. *Neurosurgical surgery*, 4th ed, London, Saunders Co 1996; pp: 1533-761.
- Imhof HG, Wacker J, Kach K, Platz A, Trentz O. Are CT scans for head injury patients always necessary? *J Trauma* 1991; 31(6): 801-4, 804-5.

8. Lee TT, Aldana PR, Kirton OC, Green BA. Follow up computerized tomography (CT) scans in moderate and severe head injuries: correlation with Glasgow Coma Scores (GCS), and complication rate. *Acta Neurochir, Wien* 1997; 139(11): 1042-7, 1047-8.
9. Lobato RD, Gomez PA, Alday R, Rivas JJ, Dominguez J, Cabrera A, Turanzas FS, Benitez A, Rivero B. Sequential computerized tomography changes and related final outcome in severe head injury patients. *Acta Neurochir, Wien* 1997; 139(5): 385-91.
10. Mirvis SE, Shanmuganathan K. Trauma radiology: Part IV, Injured of acute craniocerebral trauma. *J Intensive Care Med* 1994; 9(6): 305-15.
11. Duus BR, Lind B, Christensen H, Nielsen OA. The role of neuroinjured in the initial management of patients with minor head injury. *Ann Emerg Med* 1994; 23(6): 1279-83.
12. Johnson MH, Lee SH. Computed tomography of acute cerebral trauma. *Radiol Clin North Am* 1992; 30(2): 325-52.
13. Borge J, Holm L, Pelso PM, et al. WHO collaborating center task force on mild trauma brain injury. Non surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: result of the WHO collaborating center force mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2004; (suppl 43): 76-83.
14. Borg J, Holm L, Cassidy JD, Peloso PM, Carroll LJ, Von Holst H, Erickson K. WHO collaborating center task force on mild trauma brain injury. Diagnostic procedures in mild traumatic brain injury: result the WHO collaborating center task force on mild trauma brain injury. *J Rehabil Med* 2004; (suppl 43): 61-75.
15. Ibanez J, Arikan F, Pedraza S, Sanchez E, Poca MA, Rodriguez D. Reliability of clinical guidelines in the detection of patients at risk following mild head injury: result of a prospective study. *J Neurosurg* 2004; 100(5): 825-34.
16. Imhof HG, Wacker J, Kach K, Platz A, Trentz O. Computerized tomography follow up in the acute phase after craniocerebral trauma. *Helv Chir Acta* 1993; 60(1-2): 195-200.
17. Sadowski Cron C, Stupnicki A, Zimmermann H. Minimal craniocerebral trauma. *Ther Umsch* 2000; 57(12): 709-15.
18. Davis RL, Mullen N, Makela M, Taylor JA, Cohen W, Rivara FP. Cranial computed tomography scans in children after minimal head injury with loss of consciousness. *Ann Emerg Med* 1994; 24(4): 713-4.
19. Mohanty SK, Thompson W, Rakower S. Are CT scans for head injury patients always necessary? *J Trauma* 1991; 31(6): 801-4.
20. Lobato RD, Sarabia R, Cordobes F, et al. Posttraumatic cerebral hemispheric swelling. Analysis of 55 cases studied with computerized tomography. *J Neurosurg* 1988; 68(3): 417-23.
21. Miller MT, Pasqual M, Kurek S, et al. Initial head computed tomographic scan characteristics have linear relationship with initial intracranial pressure after trauma. *J Trauma* 2004; 56(5): 967-72.

22. Lobato RD, Sarabia R, Rivas JJ, et al. Normal computerized tomography scans in severe head injury. Prognostic and clinical management implications. J Neurosurg 1986; 65(6): 784-9.
23. Sarabia R, Lobato RD, Rivas JJ, et al. Cerebral hemisphere swelling in severe head injury patients. Acta Neurochir Wien 1988; 42: 40-6.
24. Kaups KL, Davis JW, Parks SN. Routinely repeated computed tomography after blunt head trauma: does it benefit patients? J Trauma 2004; 56(3): 475-80.
25. Lee TT, Alana RR, Kivton OC, Green BA. Follow up computerized tomography (CT) scans in moderate and severe head injury: correlation with Glasgow Coma Score (GCS) and complication rate. No Acta or Chin Wian 1997; 134 (11): 1642-7.

Archive of SID

---

\* آدرس نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، گروه جراحی مغز و اعصاب، تلفن: ۹-۸۵۹۴۴۲۱-۵۱۱.

[m\\_ehsaei@hotmail.com](mailto:m_ehsaei@hotmail.com)

Archive of SID