

# بررسی خصوصیات بالینی و پاراکلینیکی در یکصد بیمار مبتلا به خونریزی مغز منجر به مرگ و مقایسه آن با بیمارانی که نجات یافتند در بیمارستان امام خمینی (ره) تبریز (۱۳۷۸-۱۳۷۹)

دکتر علی پاشاپور<sup>۱</sup>، دکتر سید علی صدرالدینی<sup>۲</sup>

## چکیده

مقدمه: به منظور مطالعه عوامل موثر در مرگ و میر بیماران مبتلا به خونریزی مغزی بستری شده در بخش اعصاب بیمارستان امام خمینی تبریز این بررسی در مورد علائم بالینی و عوامل موثر در مرگ و میر و علائم سی تی اسکن، در بیماران فوت شده از خونریزی مغزی انجام شده است.

مواد و روش: در این مطالعه گذشته نگر، از پرونده ۳۵۸ بیمار بستری شده به علت خونریزی مغزی، که تعداد ۱۴۹ نفر از آنان منجر به فوت شده و در یکصد بیمار تشخیص خونریزی داخل مغزی به طور قطعی و با سی تی اسکن مسجل گردیده، از نظر علائم بالینی، علائم سی تی اسکن و عوامل خطرزا موثر در مرگ و میر بیماران در ۳۰ روز اول، بررسی شده و با یکصد بیمار مبتلا به خونریزی مغزی که در یک ماه اول منجر به فوت نشده و از بیمارستان ترخیص گردیده مقایسه شده است.

نتایج: از ۳۵۸ بیمار مبتلا به خونریزی مغزی، ۱۷۵ مرد و ۱۸۳ نفر زن بودند و از تعداد ۱۴۹ بیمار فوت شده، ۹۲ مرد و ۵۷ نفر زن بودند. ۴۹ نفر آنان به علت مرگ قبل از انجام سی تی اسکن از بررسی کنار گذاشته شدند. میانگین سنی بیماران ۶۰/۸ سال و ۶۲٪ بیماران را مرد و ۳۸٪ آنان را زنان تشکیل داده‌اند. کلا ۹۰٪ بیماران سابقه هیپرتانسیون، ۲۸٪ سابقه C.V.A (cerebrovascular Accident) قبلی، ۱۵٪ سابقه مصرف سیگار و ۱۲٪ سابقه دیابت داشتند. شایعترین محل خونریزی در عقده‌های قاعده‌ای مغز و در درجه بعدی خونریزی لویر بوده است. در مقایسه با یکصد بیمار مبتلا به خونریزی مغزی فوت نشده که مهمترین عامل در گروه کنترل برای خونریزی هیپرتانسیون و سطح هوشیاری بالا در موقع مراجعه و محل خونریزی و حجم خونریزی در زنده ماندن این گروه دخیل بوده است. در گروه زنده مانده، ۵۴ نفر (۵۴٪) از بیماران را مردان و ۴۶ نفر (۴۶٪) از بیماران را زنان تشکیل می‌دادند.

بحث: این مطالعه نشان می‌دهد که پر فشاری خون مهمترین عامل موثر در خونریزی مغزی است و کنترل به موقع و دقیق و درمان آن می‌تواند در پیشگیری از خونریزی مغزی و کاهش مرگ و میر موثر باشد. هم‌چنین حجم هماتوم داخل مغزی و سطح هوشیاری یا G.C.S. (Glasgow Coma scale) مهمترین عوامل موثر در مرگ و میر بیماران مبتلا به خونریزی مغزی، در ۳۰ روز اول می‌باشد.

کل واژگان: خونریزی مغزی، پر فشاری خون، عقده‌های قاعده‌ای

مجله پزشکی ارومیه، سال سیزدهم شماره، اول ص ۶۱-۷۲، بهار ۱۳۸۱

۱- استادیار گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- دانشیار گروه اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## مقدمه

خونریزی اولیه مغزی اغلب در زمینه پرفشاری خون مزمن و دژنراسانس دیواره آرتریول‌های مغزی اتفاق می‌افتد. در بیش از یک سوم موارد، بیماران فشار خون طبیعی دارند. اگر خونریزی شدید و هماتوم بزرگی تشکیل یابد، جابجائی پارانشیم مغزی به طرف مقابل باعث تحت فشار قرار گرفتن سیستم مشبک و مرکز تنفس شده و منجر به کوما و مرگ می‌گردد. اندازه و محل هماتوم، شدت کمپرسیون ساقه مغز را تعیین می‌کند. اغلب موارد، پارگی بداخل بطن اتفاق افتاده و مایع مغزی نخاعی در ۹۰٪ موارد خونی است ولی اگر خونریزی دورتر از محل بطن‌ها اتفاق افتد ممکن است مایع مغزی نخاعی صاف باشد. خونریزی‌های مغزی از ساعات اول بعد از حادثه با اسکن مغز قابل تشخیص است.

از نظر اندازه خونریزی آنها را به سه دسته کم، متوسط و زیاد تقسیم بندی می‌کنند.

۱. خونریزی کم به قطر ۲-۱ سانتی‌متر و حجم خون کمتر از ۲۰ میلی‌لیتر
۲. خونریزی متوسط به قطر ۵-۳ سانتی‌متر و حجم خون کمتر از ۵۰-۲۰ میلی‌لیتر
۳. خونریزی زیاد به قطر بیشتر از ۵ سانتی‌متر و حجم خون ۶۰ میلی‌لیتر و یا بیشتر (۱).

محل شایع خونریزی، به ترتیب عبارت است:

۱. پوتامن و کیسول داخلی در ۴۰٪ موارد
۲. لوبر در ۲۵٪ موارد
۳. تالاموس در ۱۵٪ موارد

۴. محچه در ۸٪ موارد

۵. یونز در ۸٪ موارد

۶. سر هسته دمدار در ۷٪ موارد می‌باشد

(۲).

پرفشاری خون مزمن موجب نکرورز فیبرینوئید عروق زیر کورتکس، ضعف دیواره عروق، تشکیل آنورسیم‌های کوچک که بنام آنورسیم‌های شارکو بوشارد نامیده می‌شود موجب خونریزی مغزی می‌گردد (۲).

سایر عوامل خطرزای شناخته شده شامل، سن بالا، مصرف سیگار، الکل، کلسترول پائین سرم، آنژیوپاتی آمیلوئیدی، تومورهای مغزی، داروهای سمپاتومیمتیک، اختلال انعقادی، مالفورماسیون‌های شریانی وریدی و مصرف داروهای ضد انعقادی و آنتی فیبرینولیتیک است (۳). اغلب موارد خونریزی مغزی در سنین متوسط و بالای ۶۰ سال اتفاق افتاده در یک مطالعه که توسط Frey tag در سال ۱۹۶۸ انجام پذیرفته در ۱۱٪ موارد خونریزی در زیر چهل سال، ۳۶٪ موارد در بالای ۶۰ سال و بقیه در حد فاصل این سنین بوده است. خونریزی مغزی در مردان شایع‌تر از زنان بوده، بروز فامیلی نیز ممکن است دیده شود (۴) و از نظر نژادی در سیاه پوستان شایع‌تر از سفید پوستان است (۱).

علائم عصبی ارتباط با محل و وسعت خونریزی داشته. علائم عمومی شامل شکایت از سردرد، تهوع، استفراغ و احساس غیر طبیعی در سرو در عرض چند دقیقه، ضعف یکطرفه صورت با

میر بیماران در این بررسی حجم هماتوم در C.T و پس رفت نورولوژیک در روزهای اول بوده است (۶). در بررسی مشترک دیگری که روی ۷۸۳ بیمار جمعاً در ۹ کشور آسیای جنوب شرقی انجام پذیرفته مرگ و میر را در ۳۰ روز اول ۲۹/۸٪ گزارش نموده‌اند (۷). اگر در ۴۸ ساعت اول خونریزی مغزی نشانه‌ای از بهبود هوشیاری در بیماران کومائی ملاحظه نگردد، شانس بهبودی خیلی ضعیف است (۶). از نظر سایر عوارض خونریزی در یک بررسی انجام یافته بر روی ۱۲۳ بیمار در دانشگاه بیرمنگام «دانشکده پزشکی آلاباما» که به مدت ۴/۵ سال بعد از خونریزی تا زمان مرگ بیماران مبتلا به Intracerebral I.C.H. (hemorrhage) شیوع تشنج ۲۵٪ بوده که در نصف موارد تشنج در ۲۴ ساعت اول بعد از خونریزی شروع شده است، که در میزان تشنج در خونریزی‌های لوبار و کورتیکال بالاتر با ۵۴٪، در گانگلیونهای قاعده‌ای ۱۹٪ و در تالاموس صفر بوده است (۸).

### مواد و روش

این مطالعه گذشته نگر در مورد یکصد بیمار مبتلا به خونریزی مغزی که در سی روز اول منجر به مرگ شده انجام گردیده. و با یکصد بیمار که به علت خونریزی مغزی در یک ماه اول فوت نشده بودند مقایسه شده است. از تعداد ۳۵۸ بیمار مبتلا به I.C.H. که در فاصله فروردین ۷۸ الی اردیبهشت ۷۹ شمسی (مارس ۹۹ تا آوریل ۲۰۰۰) در بخش اعصاب بیمارستان امام خمینی (ره) تبریز بستری

اختلال تکلم، ضعف پیشرونده اندام‌های یک طرفه و انحراف چشم‌ها به طرف مقابل اندام‌های ضعیف شده و در موارد شدیدکاهش هوشیاری که به سمت استیوپور و کوما پیش می‌رود. این علائم در مدت ۵-۳۰ دقیقه تکمیل می‌شود. خونریزی اغلب در بیداری و در حین فعالیت اتفاق افتاده و بروز آن در حین خواب کمتر است (۱). پیش آگهی بیماری وخیم بوده ۳۰-۳۵٪ از بیماران در ۱-۳۰ روز اول خونریزی می‌میرند، در بیمارانی که اندازه لخته بیش از ۶۰ میلی لیتر و G.C.S موقع بستری کمتر از ۸ بود مورتالیتیه بیش از ۹۰٪ است (۲). خونریزی در گانگلیون‌ها بازال (Basal) B.G. (Ganglia) و ساقه مغز بیش آگهی بدتر و خونریزی در لوبهای فرونتال و اکسییتال همراه با بیش آگهی بهتری می‌باشد (۱). مرگ میر کلی در حدود ۵۱٪ و در مردان حدود دو برابر زنان است. مرگ در خونریزی پونز اغلب در ۲۴ ساعت اول اتفاق افتاده و در خونریزی‌های بافت سفید مغز در ۴۸٪ موارد مرگ در ۲۴ ساعت اول دیده می‌شود (۴).

در بررسی انجام شده توسط Tatu در فرانسه بر روی ۳۵۰ بیمار، مرگ و میر در مدت ۳۰ روز ۲۴/۲٪ بوده که ۴۸٪ اینها در سه روز اول بعد از خونریزی اتفاق افتاده و مرگ و میر در ۳۰ روز اول در ارتباط با حجم هماتوم داشت (۵). در بررسی انجام یافته توسط مایر همکاران در نیویورک مرگ و میر در ۳۰ روز اول ۴۷٪ درصد گزارش شده است که در بیماران با G.C.S بالای ۸ بررسی گردیده، عوامل خطرزای موثر در مرگ و

**جدول شماره ۱: عوامل خطرزای موجود در ۱۰۰**

بیمار خونریزی مغزی فوت شده و فوت نشده

نوع ریسک فاکتور	بیماران فوت نشده %	بیماران فوت شده %
سابقه هیپرتانسیون	۷۵	۹۰
هیپرتانسیون موقع بستری	۴۰	۶۱
C.V.A	۸۱	۲۸
نظر همانوم بیش از ۳/۵ سانتی متر	۲۸	۸۶
دیابت	۷	۱۲
سابقه مصرف سیگار	۱۲	۱۵
فاکتورهای زمینه ساز دیگر	۱۵	۱۵
سن بالای ۵۰	۸۱	۹۷
جنس مرد	۵۴	۶۲
جنس زن	۴۶	۳۸

**جدول شماره ۲: فراوانی علایم بالینی موقع مراجعه**

در ۱۰۰ مورد I CH منجر به مرگ و فوت نشد

نوع علامت	در بیماران فوت نشده %	در بیماران فوت شده %
GCS کمتر از ۸	۱۸	۶۶
GCS (۱۲-۹)	۲۳	۳۲
هوشیاری طبیعی	۴۹	۲
استفرغ	۵۸	۷۶
سردرد قبل از کوما	۶۷	۴۵
اختلال تکلم	۱۲	۳۰
همی پارزی	۶۱	۲۳
تشنج	۱	۶
بی‌اختیاری ادرار		۱۲

مدت بستری بیماران با واحد روز تعیین شدند  
 (تاریخ فوت منهای تاریخ بستری مساوی روزهای بستری تعیین گردید).

از نظر محل خونریزی، موارد مطالعه شده به چهار دسته خونریزی در:

۱. گانگلیون‌های بازال
۲. لوبر

شده بودند مجموعاً ۱۴۹ (۴۱/۶۲٪) نفر فوت  
 نموده‌اند. بیمارانی که به فاصله کمی بعد از بستری  
 بر اساس یافته‌های بالینی و (L.P Lumbar  
 puncture) بعد از مرگ تشخیص خونریزی مغزی  
 به صورت بالینی داده شده ولی انجام اسکن مغز  
 قبل از مرگ ممکن نگردیده و تعدادشان ۴۹ نفر  
 بود از این مطالعه حذف گردیدند. گزارش اسکن  
 مغز بیماران مورد مطالعه بوسیله استادان گروه  
 رادیولوژی بوده است. در همین مدت زمان بررسی  
 مجموعاً ۵۷۵ بیمار مبتلا به ضایعات ایسکمیک  
 مغزی نیز بستری شده بودند که مجموعاً ۶۸  
 (۲۹/۲۱٪) بیمار نیز از این تعداد درسی روز اول  
 فوت نموده‌اند. نسبت I.C.H. به کل بیماران  
 بستری شده به علت حوادث عروقی مغز ۳۶/۳۲٪  
 بوده است. همین عوامل در یکصد مورد خونریزی  
 مغزی فوت نشده در سی روز اول بررسی و  
 مقایسه شده که نتایج آن در جداول شماره یک و  
 دو نشان داده شده است.

شایع‌ترین عوامل خطرزا برای JCH، فشار خون،  
 سابقه بیماری قلبی، مصرف سیگار، رافارین، الکل،  
 دیابت، دیسکرازی‌های خونی و ضربه‌های مغزی  
 می‌باشد. سطح هوشیاری بیماران در بخش اعصاب  
 بصورت سه گروه:

۱. هوشیاری طبیعی
۲. کاهش یافته (لتسارژی، اتاندیشن و استیوپور)
۳. کوما، تقسیم‌بندی شده‌اند.

سال ۳۵٪ قرار داشتند. در کل گروه‌های سنی ۳۸٪ بیماران را زنان، و ۶۲٪ بیماران را مردان تشکیل می‌دادند که نسبت مرد به زن ۱/۶ به یک بوده است. در گروه سنی A.B مجموعاً ۴۲/۸٪ بیماران زن و ۶۲/۸٪ مرد بودند. در یکصد بیمار گروه کنترل ۵۴ نفر مرد و ۴۶ نفر زن بودند از نظر گروه سنی ۱۹ نفر در گروه سنی زیر ۵۰ سال (۱۹٪)، و ۲۸ نفر در گروه سنی ۵۰-۵۹ سال (۲۸٪) و ۲۵ نفر در گروه سنی بین ۶۰-۶۹ سال (۲۵٪) و ۲۸ نفر در بالای سن ۷۰ قرار داشتند (۲۸٪).

در بین همه بیماران فوت شده، ۹۰٪ آنها سابقه پرفشاری خون و در ۶۱٪ در موقع مراجعه فشار خون بالا داشتند. ۲۸٪ پرفشاری خون درجه ۲ و ۳ سابقه C.V.A. قلبی، مصرف سیگار در ۱۵٪، سابقه دیابت در ۱۲٪ بیماران وجود داشت. عوامل زمینه ساز دیگر مانند مصرف مواد مخدر، وارفارین، الکل، دیسکرازی‌های خونی و ضربه مغزی مجموعاً در ۱۵٪ بیماران یافت شده که در برخی از بیماران بیش از یک عامل خطر وجود داشت، تنها در ۳٪ بیماران هیچگونه عامل خطرزائی برای I.C.H. یافت نشد که در این گروه ممکن است مالفورماسیون‌های شریانی وریدی کوچک و یا آنژیوپاتی آمیلوئیدی دخالت داشته باشد (۹). در گروه کنترل سابقه هیپرتانسیون در ۷۵٪ بیماران وجود داشت که ۴۰٪ آنها هیپرتانسیون درجه II، III داشته و سابقه C.V.A. قلبی در ۱۱٪ بیماران مثبت بود و دیابت در ۷٪ بیماران وجود داشت مصرف سیگار و سایر عوامل

۳. مخچه

۴. پونز تقسیم گردیدند که به وسیله اسکن مغز تشخیص مسجل شده بود.

از نظر سنی بیماران در سه گروه سنی A زیر ۲۰ سال B ۲۱-۵۰ سال C بالای ۵۰ سال تقسیم شدند (با توجه به اینکه علل زمینه‌ای و شیوع خونریزی مغزی در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت، می‌باشد این تقسیم بندی صورت گرفته است).

در مورد سابقه C.V.A. قلبی نیز هرگونه سابقه‌ای از قبیل ایسکمی، T.I.A. (Transient - Ischemic Attack) و خونریزی منظور شده است. فشار خون، علائم همراه سطح هوشیاری همگی بر اساس علائم بالینی و وضعیت بیمار در موقع مراجعه به اورژانس و گزارش پزشک معاینه کننده تعیین شده است. و حجم هماتوم از روی اندازه قطر آن و نیز محل آن از سی تی اسکن بیماران در آورده شده و تعیین شده و سطح هوشیاری بیماران نیز بر اساس درجه بندی G.C.S. تعیین گردیده است.

## نتایج

میانگین سنی در کل بیماران مبتلا به I.C.H. ۶۰/۸ سال که با تفکیک سنی برای مردان ۶۱/۶ سال و برای زنان ۵۹/۴ سال به دست آمد. ۳٪ بیماران در گروه سنی A، ۱۱٪ در گروه سنی B، و ۸۶٪ در گروه سنی C قرار داشتند. گروه سنی C نیز در سه گروه I: سنین بین ۵۰-۵۹ سال ۳۲/۲٪، II: سنین بین ۶۰-۶۹ سال ۴۱/۸٪ و III: بالای ۷۰

زمان بیداری بوده است که با رفرانسها نیز مطابقت دارد (۱).

محل خونریزی ۵۲٪ در گانگلیونها، قاعده‌ای ۳۱٪ لوبر، ۹٪ مخچه، ۶٪ در پونز و در ۲٪ موارد خونریزی در داخل بطن‌ها با منشاء خونریزی از پلکسوس‌های کورویید اتفاق افتاده بود. در سی‌تی‌اسکن ۶۹٪ بیماران I.C.H. خونریزی داخل بطنی را نشان داده است که اکثریت قریب به اتفاق این بیماران هماتوم داخل مغزی وسیع‌تر از ۵ سانتی‌متر را داشتند. در گروه کنترل نیز شایع‌ترین محل خونریزی بازال گانگلیا ۶۸٪، ۲۵٪ خونریزی لوبر و ۷ نفر خونریزی در مخچه و ساقه مغز داشتند قطر خونریزی در C.T اسکن در اغلب موارد فوت نشده کمتر از ۳/۵ سانتی‌متر بود. از بین علائم همی‌پارزی به درجات مختلف در اکثر بیماران، در ۲۳٪ اختلال تکلم، در ۳۰٪ بی‌اختیاری ادراری، در ۲٪ اختلال Gaze و در ۶٪ تشنج مشاهده شده بود.

نسبت کل فوت شدگان به علت I.C.H. نسبت به کل بیماران بستری به‌همین علت ۴۱/۶۲٪ بوده است. نسبت بستری شدگان به‌علت ضایعات ایسکمیک به خونریزی ۱/۸۸ می‌باشد (۵۷۵ نفر ایسکمیک در مقابل ۳۵۸ نفر مبتلا به خونریزی مغزی) و تعداد فوت شدگان از ضایعات ایسکمیک کلاً ۱۶۸ نفر (۲۹/۲۱٪) بودند. و نسبت مرگ و میر ناشی از I.C.H. در یک ماه اول بستری به مرگ ناشی از ایسکمیک در همان مدت ۴۱/۶۲ یعنی ۱/۴۲٪ بوده است. از تعداد ۳۵۸ بیماران

خطرزا در بین گروه فوت شده و کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. میانگین مدت بستری بیماران فوت شده در بیمارستان ۴/۵ روز و میان مدت بستری ۲ روز بود. ۵۳٪ از کل بیماران در طی دو روز اول بستری فوت نمودند. سطح هوشیاری بیماران فوت شده در موقع مراجعه به اورژانس (که از برگ ورود به اورژانس استخراج شده) به شرح زیر است. ۲٪ بیماران هوشیاری طبیعی، ۳۲٪ بیماران هوشیاری کاهش یافته (G.C.S. ۹-۱۲) و ۶۶٪ در حال اغما (G.C.S. کمتر از ۸) بودند. در گروه کنترل G.C.S. کمتر از ۸ فقط در ۱۸٪ موارد و G.C.S. ۹-۱۲ در ۳۳٪ موارد و هوشیار طبیعی در ۴۹٪ بیماران وجود داشت.

استفراغ در ۷۶٪ بیماران حداقل یک بار، سردرد حاد در چند ساعت اول شروع بیماری و قبل از بروز کوما در ۴۵٪ بیماران مثبت بوده است. فشار خون بیماران در بدو ورود ثبت شد. ۶۱٪ بیماران در حین ورود به بیمارستان فشار سیستولیک بالای ۱۸۰ و دیاستولیک بالای ۱۱۰ میل‌متر جیوه را داشتند (درجه III پر فشاری خون) ۱۸٪ بیماران پر فشاری خون درجه II و ۱۱٪ پر فشاری خون درجه I را داشتند (۱۰). تنها در ۱۰٪ بیماران فشار خون طبیعی گزارش شده که ۶٪ از این ۱۰٪ در رده سنی A و B قرار داشتند و تنها ۴٪ بیماران در گروه سنی C بودند. میانگین فشار خون سیستولی در کل بیماران ۱۸۶/۷ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولی ۱۰۶/۷ میلی‌متر جیوه بوده و حدود خونریزی مغزی ۱۳٪ در حین خواب، ۸۷٪ آنها در

می‌دادند توجیه کننده مرگ و میر بیشتر I.C.H. در آنها باشد که این نسبت با اندک تغییراتی در رده‌های گروه سنی C.B.A بررسی ما صدق می‌کند. در یک بررسی دیگر مرگ و میر در مردان حدود دو برابر زنان گزارش شده است (۴).

هیپرتانسیون شایع‌ترین عامل خطرزا برای I.C.H. در بیماران ما است که در ۷۵٪ بیماران این عامل موجود و ۲۵٪ بیماران با فشار خون طبیعی بودند که در بررسی مشابه تعداد افراد با فشار خون طبیعی  $\frac{1}{3}$  بیماران را تشکیل می‌داد (۱). در مطالعه‌ای که در چندین بیمارستان ۹ کشور آسیای جنوب شرقی به‌طور مشترک انجام پذیرفته، هیپرتانسیون شایع‌ترین عامل خطرزا برای مرگ زودرس در بیماران مبتلا به I.C.H. گزارش شده است که در ۶۷/۸٪ بیماران وجود داشت (۷).

در مطالعه‌ای که توسط FUH و همکاران در بیماران مبتلا به I.C.H. در بالای ۴۰ سال انجام پذیرفته، ۵۴٪ موارد پرفشاری خون وجود داشت (۹). و بالاخره در مطالعه Kase که در روی ۲۴ بیمار انجام یافته در ۶۷٪ بیماران مبتلا به I.C.H. پرفشاری خون گزارش گردیده که مقایسه فشار خون، در بیماران مورد مطالعه ما با این بررسی‌ها نشانگر وجود پرفشاری خون درجه III و IV در درصد بالائی از بیماران ما و اهمیت این عامل در بروز I.C.H. و مرگ و میر ناشی از آن می‌باشد (۱۲).

مبتلا به I.C.H. ۱۷۵ مرد ۱۸۳ زن، و از ۱۴۹ بیمار فوت شده، ۹۲ مرد و ۵۷ نفر زن بودند. عوامل خطرزای موثر در مرگ ۱۰۰ بیمار فوت شده از خونریزی مغزی در جدول شماره ۱ و علائم بالینی بیماران در موقع بستری در جدول شماره ۲ نشان داده شده است

### بحث

چنانچه ملاحظه می‌شود مرگ و میر خونریزی مغزی در مردان بیشتر از زنان می‌باشد به نسبت ۱/۶ به یک در حالیکه تعداد بستری شدگان زن مبتلا به I.C.H. بیشتر از مرد بوده است. در یک بررسی انجام شده در پاکستان مردان ۱/۲ برابر زنان دچار I.C.H. گردیده‌اند و نسبت مردان فوت شده به زنان ۱/۴ به یک بوده است (۱۱). در بررسی انجام شده در ۹ کشور آسیای جنوب شرقی از کل مبتلایان به I.C.H. نسبت مرد به زن ۱/۵۵ به یک بوده است (۷). که شاید وسعت و سرعت و شدت پدیده ارتروواسکلروز در مردان توجیه کننده مرگ و میر بیشتر I.C.H. در آنها باشد که این نسبت با اندک تغییراتی در رده‌های گروه سنی C.B.A بررسی ما صدق می‌کند. در یک بررسی دیگر مرگ و میر در مردان حدود دو برابر زنان گزارش شده است (۴).

هیپرتانسیون شایع‌ترین عامل خطرزا برای I.C.H. در بیماران ما است که در ۷۵٪ بیماران این فاکتور موجود و ۲۵٪ بیماران فشار خون طبیعی داشتند که در بررسی مشابه تعداد افراد با فشار خون طبیعی  $\frac{1}{3}$  بیماران تشکیل

بیمار مبتلا به I.C.H. در دانشگاه آلاباما (بیرمنگام) توسط Faught و همکاران میزان تشنج ۲۵٪ گزارش شده که بیشترین تعداد با ۵۴٪ در خونریزی‌های لوبر بوده است (۸). و هم‌چنین در بررسی که توسط Kase و همکاران بر روی ۲۴ بیمار مبتلا به I.C.H. انجام پذیرفته تشنج در ۱۲/۵٪ گزارش شده است (۱۲).

دلیل شیوع کم تشنج در بیماران ما، وجود خونریزی در محل B.G. بوده که نقش کمتری در بروز تشنج نسبت به خونریزی لوبر می‌تواند داشته باشد و خونریزی‌های لوبر بیشتر در سنین پائین از ۴۰ سال مشاهده می‌شود که بدون هیپرتانسیون و با علل زمینه‌ای دیگر مثل تومور، مصرف آنتی‌کواگولان و یا (A.V.M. Arterio venous malformation) بوده است (۹).

میانگین مدت بستری در بیماران فوت شده مورد مطالعه ما ۴/۵ روز بوده که نشان می‌دهد اکثر مرگ و میرها در چند روز اول شروع بیماری رخ می‌دهد، به‌طوری‌که از بین بیماران فقط ۵ نفر به مدت بیش از ۱۰ روز بستری و بیشترین مدت در یک بیمار ۷۲ روز بوده است که این مسئله نیاز به مراقبت‌های شدید و ویژه این بیماران را در روزهای اول بعد از خونریزی مغزی نشان می‌دهد. در بررسی مشابه که در پاکستان انجام یافته ۶۴٪ مرگ و میر در سه روز اتفاق افتاده (۱۱). هم‌چنین بررسی Tatu در فرانسه ۴۸٪ مرگ و میر در سه روز اول بوده است (۶). از نظر سطح هوشیاری به هنگام مراجعه ۶۶٪ بیماران در حالت

در بررسی ما سابقه C.V.A. در ۲۸٪ موارد مصرف سیگار، ۱۵٪، دیابت در ۱۲٪ بیماران و علل متفرقه دیگر که در موارد و متد ذکر شده در ۱۵٪ موارد وجود داشت که در مقایسه با مطالعه مشابه که در روی ۷۸۳ بیمار مبتلا به I.C.H. انجام شده شیوع دیابت در ۱۰/۳٪ مصرف سیگار ۳۶/۸٪، سابقه C.V.A. قبلی ۱۹٪ بوده که شیوع بالای C.V.A. قبلی در بیماران مورد مطالعه ما که خود ارتباط با هیپرتانسیون، بیماری‌های قلبی را دارد بیشتر، ولی عواملی مثل سیگار و الکل در بیماران ما شیوع کمتری داشته است. در بررسی ما مرگ و میر بیماران مبتلا به I.C.H. بستری شده ۴۱/۶۲٪ بوده که نسبت به بررسی فوق رقم بیشتری را نشان می‌دهد (۲۹/۸٪)، احتمالاً دلیل اصلی آن ارجاع بیماران بدحال مبتلا به C.V.A. از شهرهای دور و نزدیک استان به این مرکز و نیز عوامل دیگری مثل کمبود امکانات و مراقبت‌های پزشکی و پرستاری ویژه و همچنین امکانات بیمارستانی می‌تواند در مرگ و میر این بیماران دخیل باشد. ارتباط سن بالا (بالای ۵۰ سال) با I.C.H. و مرگ و میر آن وجود دارد که در بررسی ما فقط ۱۴٪ از بیماران زیر سن ۵۰ و ۸۶٪ در بالای ۵۰ سالگی قرار داشتند، بدین ترتیب نقش سن در بروز I.C.H. و مرگ و میر آن روشن می‌گردد و اهمیت پیشگیری و درمان فاکتورهای موثر بروز I.C.H. در این سنین را بیشتر مشخص می‌نماید.

تشنج در بیماران مورد بررسی ما در ۴٪ موارد مشاهده گردید که در بررسی انجام یافته در ۱۲۳



فرانسه که روی ۳۵۰ بیمار انجام شده، در ۵۴/۸٪ بیماران آنها، فشار خون بالا بود (۵). و همچنین در مطالعه دیگر که در ۹ کشور آسیایی جنوب شرقی بر روی بیمار مبتلا به I.C.H. انجام پذیرفته فشار خون در ۶۸/۸٪ موارد بالا گزارش شده است.

در بررسی مشابه که توسط Kase و همکاران روی ۲۴ بیمار انجام شده فشار خون در ۶۷٪ بیماران بالا گزارش گردیده است (۱۲). همچنین در مطالعه Fuh که روی ۲۲۴ بیمار مبتلا به I.C.H. انجام یافته در ۵۴٪ بیماران فشار خون مشاهده شده است (۹).

بررسی‌های فوق اهمیت فشار خون را در بروز I.C.H. و مورتالیتت در این بیماران را نشان می‌دهد. بیشترین محل خونریزی در بیماران مورد مطالعه، با ۵۲٪ در گانگلیونهای بازال و در درجه بعدی ۳۱٪ در لوبهای مغز بود که تقریباً با فرانس‌های مورد مطالعه هم‌خوانی داشته است. بر طبق فرانس‌ها خونریزی مغزی بعد از دهه ششم اغلب در گانگلیونهای بازال اتفاق می‌افتد و اکثر بیماران ما نیز در گروه‌های سنی فوق بوده‌اند (۱،۲،۵).

سردرد و استفراغ از شایع‌ترین علائم بالینی در I.C.H. می‌باشد که برای تشخیص آن از حوادث ایسکمیک به‌طور نسبی کمک کننده است، که در بیماران ما به ترتیب در ۴۵٪ موارد سر درد، ۷۶٪ موارد استفراغ وجود داشت که تقریباً با فرانس‌ها مطابقت دارد (۱). قطر هماتوم در ۸۶٪ بیماران فوت شده بیش از ۳/۵ سانتی‌متر بوده در حالی که

کوما بودند، در مطالعه مشابه که در پاکستان انجام پذیرفته ۶۵/۵٪ بیماران فوت شده در حالت کوما مراجعه نموده بودند که G.C.S. کمتر از ۸ را داشتند و فقط ۱۳/۶ بیماران که G.C.S. کمتر از ۸ داشتند زنده مانده بودند (۱۱). در گروه کنترل فوت نشده مطالعه ما فقط ۱۸٪ بیماران در موقع بستری G.C.S. کمتر از ۸ داشته‌اند این ارقام حاکی از آن است که درجه کاهش هوشیاری به هنگام مراجعه قویاً با مرگ و میر ناشی از I.C.H. ارتباط دارد و پیش‌آگهی بد بیمارانی که در حال کوما مراجعه می‌نمایند را روشن می‌سازد. در بسک بررسی دیگر بیمارانی که با G.C.S. کمتر از ۸ مراجعه نموده بودند، مرگ و میر ۹۰٪ گزارش شده است (۱).

دلیل کثرت بیماران کومانی در مطالعه، ارجاع و اعزام بیماران بدحال حوادث عروقی مغز سایر مراکز و شهرستانها به این بیمارستان می‌باشد.

در ۶۱٪ بیماران به‌هنگام مراجعه فشار خون بالا با سیستولیک بالای ۱۸۰ و دیاستولیک بالای ۱۱۰ میلی‌متر جیوه (درجه III و IV فشار خون)، در ۱۸٪ بیماران درجه II و در ۱۰٪ خون درجه I را داشتند و تنها در ۱۰٪ بیماران، فشار خون طبیعی بوده (درجه بندی فشار خون از کتاب در مانهای واشنگتن انتخاب شده) (۱۰). ۶٪ از این ۱۰٪ در رده سنی A.B قرار داشتند و تقریباً در ۴٪ بیماران بالای ۵۰ سال فشار خون طبیعی بوده، در مجموع ۹۰٪ بیماران با فشار خون بالاتر از حد طبیعی مراجعه داشته‌اند در مطالعه انجام شده در کشور

توجه به مورثالیه بالا در این بیماران در چند روز اول، مراقبت‌های ویژه پزشکی و پرستاری و امکانات بیمارستانی در این بیماران را طلب می‌کند و نیز امکانات جراحی اورژانس و مقایسه نتایج درمان‌های کنسرواتیو با درمان جراحی نیاز به بررسی‌های بیشتری در آینده دارد.

میزان شیوع I.C.H. در رفرانس‌ها به کل حوادث عروقی ۱۵-۱۰٪ است (۲). که این نسبت در بیماران ما بالا بوده و ۳۵۸ نفر مبتلا به I.C.H. در مقابل ۵۷۵ نفر مبتلا به ایسکمی مغزی است که ۳۸/۲۷ درصد کل حوادث عروقی مغز را تشکیل داده (خونریزی به علاوه ایسکمی‌ها به علت‌های مختلف ۹۳۳ نفر) که این خود دلیلی بر عدم کنترل و دقیق فشار خون قبل از بروز حوادث عروقی است.

فقط در ۲۸٪ بیماران فوت نشده قطر همتوم بیش از ۳/۵ سانتی‌متر وجود داشته که می‌تواند نشانگر تاثیر حجم همتوم داخل مغزی در شیوع مرگ و سیر بیماران بوده باشد.

در این مطالعه به چندین نکته در خونریزی مغزی بر می‌خوریم که مهمترین آنها فشار خون بوده و اهمیت کنترل دقیق فشار خون و همچنین درمان صحیح آنرا در سنین بالای ۴۰ برای پیشگیری از این حادثه را روشن می‌سازد و همچنین سایر ریسک فاکتورهای موثر مثل دیابت سیگار و مصرف داروها باید پیشگیری و درمان شوند. در بیمارانی که با خونریزی مغزی فاکتورهای شناخته شده فوق وجود ندارد، باید به دنبال علت زمینه‌ای دیگر مانند ناهنجاری‌های عروقی کوچک با تکنیک‌های پاراکلینیکی خاص تشخیص داده شده و اقدامات لازم درمانی انجام پذیرد و نیز با

### Reference

1. Adams RD, Victor New York, M: Principles of Neurology. 6th ed, MC Graw-Hill, , 2001: 881-888.
2. Goetz ChG: Textbook of Clinical Neurology. 10th ed, , Philadelphia W B Saunders company, 199: 922.
3. Rowland LP: Merrit's Neurology. 10th ed, , Philadelphia Lippincott Williams & wilkins, 2000: 240.
4. Walton J: Brain's Diseases of the Nervous system. 9th ed, New York, oxford university press, 1993: 228.
5. Tatu L, Moulin T, El Mohamad R, et al: Primary intracerebral hemorrhages in the Besancon stroke registry: Initial clinical and CT finding, early Course and 30-day outcome in 350 patients. Eur Neurol, 2000, 43(4): 209-214.
6. Mayer SA, Sacco RL Shi T, Mohr JP: Neurologic deterioration in noncomatose patients with supratentorial intracerebral hemorrhage. Neurology, 1994. 44:1384.
7. Wong KS: Risk factors for early death in acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage: A prospective hospital-based study in Asia. Stroke, 1999, NOV: 2326-2330.
8. Faught E, Peters D, Bartolucci A: Seizure. after Primary intracerebral hemorrhage. Neurology, 1989 39: 1089-1093.

9. Sandoval JLR, Carlos Contu SCM, Bariagarrementeria F: intracerebral hemorrhage in Yong Paople Analysis of risk, factor location, Causes and Prognosis. Stroke, 1999, March: 537-540.
10. Carey CH F, Hanse HL: the washington Manual of medical therapeutics. 29th ed, philadelphia, Lippincott-Rawn, 1998: 62.
11. Razzah AA, Hussain R: Determinants of 30day Mortality of spontaneous intracerebral hemorrhage in Pakistan. Surg Neurol, 1998, 50(4):336-342.
12. Kase CS, Robinson RL, Stein RW, et al: Anticoagulant - related intracerebral hemorrhage. Neurology, 1985 35: 943-948.
13. Melo TP, Pinto AN, Ferroj M: Head ache in intracerebral hemorrhage. Neurology, 1996, 47:494-500.

# A STUDY OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF 100 PATIENTS WHO DIED TO INTRACEREBRAL HEMORRHAGE COMPARE WITH WHOM RESCUED IN TABRIZ EMAM KHOMEINI HOSPITAL (1999-2000)

*A Pashapoor<sup>1</sup>, M.D.; S.A Sadreddini<sup>2</sup>, M.D.*

## **Abstract**

**Introduction:** *to determine effective risk factor for early death and their causes in 100 patients who died due to intracerebral hemorrhage within 30 days. In comparison with 100 ICH who discharged from hospital, This study is carried out on patients who have been admitted in Neurologic ward of Imam Khomeini hospital.*

**Methods & materials:** *We enrolled 100 patients with intracerebral hemorrhage and the causes and risk factors effective in early death were evaluated among these patients by age, sex, blood pressure, level of consciousness, location of hematoma, CT findings and other risk factors.*

**Results:** *we enrolled 100 patients who died due to intracerebral Hemorrhage among 358 patients with I.C.H. that were 62 male and 38 female, with mean age of 60.8, the time course of hospitalization was 4.5 days, the most common risk factors were 90% hypertension, 28% previous C.V.A. ,smoking and drugs in 15% patients, diabete in 12% and level of consciosness with G.C.S. under 8 in 66% and intracerebral hematoma with diameter larger than 3.5 cm in 80% of patients. For early death of intracerebral hemorrhage important risk factors, hypertension on 90% of patients, the level of consciousness in the time of admission in 66% of patients with G.C.S. under 8 and volume of hematoma larger than 3.5 cm in 80% of were detected.*

**Discussion:** *Most common and important risk factor of early death of intracerebral hemorrhage were respectively: hypertension, level of consciosness in admission time, volume of hematoma.*

**Key words:** *intracerebral hemorrhage, Hypertension, early death*

**Address:** *Department of Neurology, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran.*

**Source:** *UMJ 2002; 13(1): ISSN: 1027 – 3727.*

---

*1.Assitant Professor of neurology, Tabriz University of Medical Sciences*

*2.Associate Professor of neurology, Tabriz University of Medical Sciences*