

خونریزی داخل مغزی دیررس بعد از ضربه*

نگارش:

دکتر نصرت‌الله عاملی

استاد کرسی و رئیس بخش جراحی مغز و بینهای پیمارستان بهلوی

ترجمه:

دکتر حسین صالح

دستبار بخش جراحی مغز و بینهای

در سال‌های اخیر مسئله هماutom داخل مغز اهمیت فراوانی پیدا کرده است و شکی نیست که این عارضه نادر نبوده و غالباً نیز با درمان جراحی بهبودی حاصل می‌شود. علام از دیاد فشار داخل جمجمه که در نتیجه خونریزی تولید می‌شود بعد از مدت زمانی کم و بیش متفاوت پس از ضربه ظاهر می‌گردد در سال ۱۸۹۱ بولینگر موردی از خونریزی داخل مغزی را شرح داده^(۱) که چندین ماه بعد از ضربه ظاهر می‌شود. در این مقاله این نوع خونریزی دیررس مطرح نیست.

در اینجا شرح ۱۵ مورد از این خونریزی‌ها ذکر شده که فاصله بین ضربه و علام بین دو ساعت تا یکماه بوده است و لاقل در ۷ مورد از آنها یک عامل مستعد کننده قبلی وجود داشته است. این ۷ مورد عبارتند از: ۴ آنزیوم، یک تومور مغز و دو مورد از دیاد فشار خون شریانی ۸ مورد بقیه عبارتند از ۴ مورد که ضربه بسته جمجمه داشته‌اند و ممتحناً عامل مستعد کننده در بین نبوده دو مورد که زخم نافذ بداخل مغز داشته‌اند و دو مورد دیگر که زخم باز همراه با فرورفتگی استخوانی بداخل مغز داشته‌اند.

در ۱۴ مورد خونریزی داخل نیمنکرهای مغزی بوده و فقط یک مورد داخل مخچه بوده است.

شرح ییماران

۱- مردی بود ۳۲ ساله که در اکتبر ۱۹۴۷ در ییمارستان ملکه الیزابت بیرونگام

* traumatishe spatapoplexie

— ترجمه از مجله اکنامدیکا ایرانیکا - شماره اول سال ۱۹۵۷

بستری گردید. یازده روز قبل از رود به بیمارستان ضمیمان بازی فوتیال توبرا با سرمهینند که بلا فاصله دچار یک حالت کولایپس می‌شود ولی این حالت بسرعت رفع می‌شود بطوریکه نمیتواند با پای خودش بمنزل برود. روز بعد را در منزل استراحت می‌کند ولی از فردای آن روز با وجودیکه مختصری درد سر داشته به کار مشغول می‌شود و تامدت ۴ روز نیز مرتب‌آکار می‌کند. در این مدت تدریجاً سر درد زیاد شده و تکلم وی نیز دچار اختلال می‌شود. دست راست وی نیز ضعیف می‌شود بطوریکه قادر بنتگاهداری یک فنجان یا یک سیگار نبوده. لذا دریک بیمارستان محلی بستری می‌شود که در آنجا از او پونکسیون لمبر بعمل می‌آید.

مایع نخاع اگزانتو کرومیک بوده و روز نهم خیز پایی دو طرفی هم پیدا می‌شود. روز یازدهم که در بیمارستان ملکه الیزابت بستری گردید در کمای عميق بود. تنفس سریع و صدادار هر دو مردمک‌ها میداری باز مختصری نشان میدادند و رفلکس بنور نیز وجود نداشت. در نیمه راست صورت انقباضات ناگهانی دیده می‌شد تو نیسته دست و پای راست کاسته شده بود. رفلکس‌های وتری در همین طرف ضعیف و رفلکس شکمی راست وجود نداشت.

علامت بابنگی دو طرف، نبض ۶۴ در دقیقه، رادیوگرافی جمجمه شکستگی نشان نمیدارد.

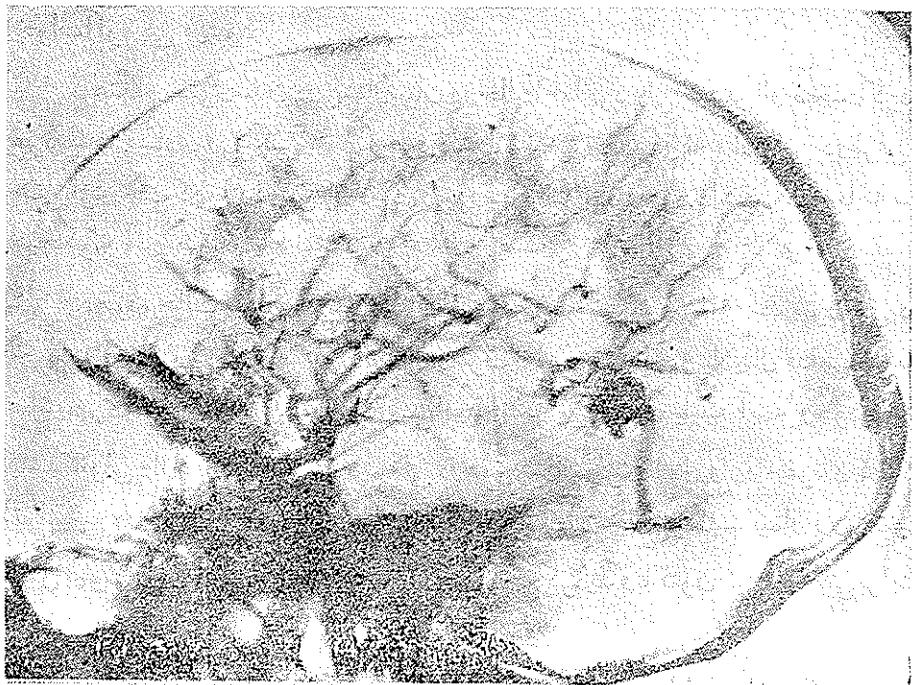
برای درمان دوسوارانه یکی در ناحیه فرونتال و دیگری در ناحیه تامپورال چپ احداث کردیم. هما توم خارج دور مری وجود نداشت. کانول را که وارد لوپ تامپورال نمودیم ابتدا مقاومت مختصری حس شد و سپس مقداری نسخ مغز متورم خارج گردید. بیمار چند ساعت بعد فوت شد. اتوپسی یک هما توم موضعی در لوپ تامپورال چپ نشان داد.

۲- دختری بود ۱۰ ساله که در اکتبر ۱۹۴۸ در بیمارستان ملکه الیزابت بستری گردید. روز قبل از رود به بیمارستان ضمیمان بازی در مدرسه از سر بزمیں اصابت نمینماید. در آن موقع بیهوش نمی‌شود لیکن پدرش در منزل متوجه می‌شود که دخترش گیج است و خوب نمیتواند صحبت کند. طفل تمام مدت شب بی قرار بوده و صبح یک حالت نیمه‌اعما داشته و بعد از ظهر همان روز در بیمارستان ملکه الیزابت بستری می‌شود. در معاینه ملاحظه شد که طفل بی قرار است و بیهوش نمی‌آید. مردمک چپ مختصری

از مردمک چشم راست باز تر بود بمنصف ۸۰ در دقیقه و نیمه راست بدن را کمتر از طرف چپ حرکت میداد. رفلکس های وتری تمامآ خفیف و علامت بابنگی در دو طرف وجود داشت. در مدت ۶ ساعت اولیه حالت وی بهتر شد بطوریکه بهوش آمد لیکن بطور ناگهانی در ساعت ۳:۱۵ دقیقه بعد از نیمه شب فوت شد.

نتیجه اتوپسی مغز : و انتریکول ها مملو از خون لخته شده بود و در او بفرودتال چپ هماتومی وجود داشت. پس از شستشوی دقیق لخته ها انتزیوم کوچکی نزدیک مبدأ شریان مغزی میانی چپ پیدا شد. لذا هماتوم در نتیجه خونریزی یکی از عروق انتزیوم تولید شده بود.

۳- پسری بود ۱۲ ساله که در نوامبر سال ۱۹۴۸ در بیمارستان ملکه الیزابت بستری گردید. روز قبل ضمنن شنا ضربه مختصری به سرش وارد می شود. بعد از این حادثه قادر بوده که بمنزلش برود لیکن در آنجا دچار درد سر شده واستفراغ میکند روز بعد



که در بیمارستان بستری گردید قدری خواب آلود بود. یک همی آنوپسی هموینیم راست و یک همی پارزی راست داشت که دست را بیش از پا گرفته بود. مردمک‌ها مساوی و نبض ۸۲ در دقیقه بود.

وانتر یکولو گرافی خواب ایجاد نشان میداد (شکل ۱) لذا سوراخی در ناحیه تامپورال چپ احداث شد. هماتوم خارج دور مری وجود نداشت. باوارد کردن کانول بداخل لوب تامپورال فقط چند قطره خون سیاهرنگ خارج شد. روز بعد حال بیمار بدتر شد لذا یک دکمپرسیون تامپورال انجام و باوارد کردن کانول بداخل لوب تامپورال تو انستیم در حدود ۳۰CC خون قدیمی خارج نماییم. بعد از آن حال بیمار بسرعت بطرف بهبود رفت. مدتی بعد از بیمار از شیوه گرافی بعمل آمد و آن شیوه گرام از شیوه شریانی وریدی کوچکی را نشان میداد.

۴- پس از ۱۸۵ ساله که در فروردین ۱۳۴۰ در بیمارستان پهلوی بستری گردید: از یک چهارمین قبیل از ورود به بیمارستان از دردسری شکایت میکرده و کم کم دچار حالت خواب آلودگی میشود.

هنگام بستری شدن در بیمارستان در حالت کما بود ولی میشد بالا صحبت کرد. مردمک‌ها مساوی ورفلکس بنور وجود داشت. نبض ۵۰ در دقیقه، ادم پاپی دوطرفی و همی پلزی چپ که پا را بیش از دست و صورت گرفته بود وجود داشت. در معاینه سر هیچگونه آثار ضربه دیده نمیشد.

چون حالت بیمار بسرعت بطرف بدی میرفت تصمیم گرفته شد سوراخی در جمجمه احداث شود. این سوراخ را در طرف راست در ناحیه پاریتال قدامی در سه سانتیمتری خط وسط احداث نمودیم. بامید اینکه یک کیست یا یک آبسه وجود داشته باشد کانولی وارد جسم مغز نمودیم ولی در عمق ۲ سانتیمتری کانول وارد حفره‌ای شد که تو انستیم در حدود ۲۰CC خون سیاهرنگ قدیمی از آن خارج نماییم. بیمار روی تخت عمل بهوش آمد و همی پلزی وی نیز کم مرتفع گردید و تاکنون نیز ناراحتی برایش پیدا نشده است.

بعدها که از بیمار درباره علت ناراحتیش سئوالاتی شد اظهار داشت که در حدود ۱۰ روز قبل از ورود به بیمارستان در مدرسه بدون دستکش بکس بازی نموده که ضمن آن

ضربه بکس به سرش اصابت میکند و چون بازی بکس بدون دستکش مجاز نبوده از اظهار آن در منزل و مدرسه خودداری کرده است.

بعد از ببیودی از این بیمار انتزیو گرافی بعمل آمد در حالیکه امیدوار بودیم انتزیومی بهینیم انتزیو گرام چیزی از این لحاظ نشان نداد.

۵- افسر پلیسی بود ۵۵ ساله که در آذر ۱۳۴۱ در بیمارستان پهلوی بستری گردید. این بیمار از چندین سال باينطرف برای ازدياد فشار خون شرياني تحت درمان بوده است . ۸ ساعت قبل ازورود به بیمارستان ضمن متفرق کردن جمعیتی يك پاره آجر به سرش اصابت مینماید که تولید زخمی سطحی در ناحیه پاریتال چپ مینماید. در اثر این ضربه دچار گیجی موقعی میشود و چون منزلش در همان نزدیکی ها بوده به منزل میرود و جریان حادثه را برای خانمش شرح میدهد .

بعد از نیمساعت استراحت برای گذارش کار خود به کلانتری میرود و یک ساعت و نیم بعد از حادثه در حالیکه از درد سر ناراحت بوده به منزل مراجعت مینماید . نیمساعت بعد در حالت نیمه اعما بوده است.

هنگام ورود به بیمارستان در اغمای کامل بود . مردمک ها مساوی ولی مختصری بازتر از عادی بودند . نبض ۱۰۰ در دقیقه حرارت ۳۸/۵ ، فشار خون $\frac{15}{22}$ و لختی گردن وجود داشت . علاوه بر اینها نیم راست بدن کاملاً فلنج بود . در پونکسیون لمبر مایع نخاع کاملاً خونی و تحت فشار بود . بیمار صبح روز بعد فوت شد و اتوپسی ممکن نگردد.

۶- پسری بود ۱۷ ساله که در فروردین ۱۳۴۲ در بیمارستان پهلوی بستری گردید در حالیکه تا ۸ روز قبل از سلامت کامل برخوردار بود .

۸ روز قبل در يك مسابقه کشتی از سر بزمین اصابت مینماید . ابتدا حس میکند که پای راستش کرخت میشود لذا داور مسابقه را قطع میکند و بیمار با وجود سردرد با پای خود بخانه میرود .

پندریج در روزهای بعد در در شدت یافته تکلم قادری مشکل و بیمار خواب آلود میشود . در موقع بستری شدن در بیمارستان بیمار در اغما بود ولی میشد اورا از آن حال

خارج کرد و بنظر میرسید که افزاییک است. علامت دیگر عبارت بودند از ادام پاپی دو طرفی و همی پارزی راست که پارا بیش از دست و صورت گرفته بود.

این بیمار آنقدر شبیه بیمار چهارم ما بود که قبل از عمل تشخیص هما تو ملوب پاریتال چپ نزدیک خط وسط دادیم لذا کانول را از سوراخی که در ناحیه پاریتال قدامی چپ احداث نموده بودیم وارد مغز نموده و در عمق ۲ سانتیمتری کانول وارد حفره‌ای شد که از این حفره در حدود ۳۰۰۰ خون تیره کشیدیم.

بعد از این کار بیمار بهوش آمد. همی پارزیش بتدریج بطرف ببهود رفت ولی کاملاً مرتفع نگردید و مختصری نیز دیسفازیک باقی ماند.

یک‌هفته بعد از بیمار از تیزیو گرافی بعمل آمد. اثریو گرام تغییراتی را نشان میداد که مبین وجود یک ضایعه فضای گیر در ناحیه پاراسازیتال بود ولی چون حال بیمار بطرف ببهود میرفت این تغییرات حمل بر وجود لخته‌های خونی شد که در حال جذب شدند لذا بیمار ۱۴ روز بعد از استری شدن از بیمارستان مرخص گردید.

سه ماه بعد چون همی پارزی و دیسفازی بیمار شدت یافته بود و علاوه بر این در درسر واستفراغ نیز اضافه شده بود مجدداً بستری گردید.

اثریو گرام مجددی که از بیمار تهیه شد تغییرات عروقی بیشتری را نشان میداد لذا بیمار مورد عمل قرار گرفت و تومور انفیلترا که در مرکز چند لخته خونی ارگانیزه شده وجود داشت برداشته شد. پاسخ آزمایش نسج‌شناسی تومور استرسیتوم پرتوپلاسمیک بود. برای بیمار رادیوتراپی شروع شد و هفته بعد از عمل در حالیکه هنوز همی پارزی و دیسفازی باقی بود از بیمارستان مرخص شد.

این بیمار را دو سال بعد دیدیم و هیچ‌گونه علامتی که نشان باز گشت بیماری باشد نشان نمیداد.

۷- مردی بود ۳۲ ساله که در اردی بهشت ۱۳۳۱ بعد از یک حادثه اتومبیل در بیمارستان سینا بستری می‌شد.

هنگام ورود به بیمارستان بیهوش بوده ولی بعد از چند ساعتی بهوش می‌آید. سه روز بعد کم خواب آلود و دیسفازیک می‌شود و یک همی پارزی راست نیز ظاهر می‌شود و روز پنجم حادثه به بیمارستان پهلوی منتقل می‌گردد.

در معاینه بیماری بود در حال اغما باضافه همی پلژی راست مردمک‌ها مساوی و نبض ۸۵ در دقیقه . با تشخیص هماتوم لوب تامپورال چپ سوراخی در ناحیه تامپورال چپ احداث و باوارد کردن کانول بداخل لوب تامپورال ۳۰cc خون سیاهرنگ خارج شد بعد از این عمل بیمار بهوش آمد اما یک افازی حرکتی برای وی باقی ماند . تادوروز بعد از عمل وضع بیمار خوب بود ولی شب سوم بیمار ناگهان وارد کما میشود و بعد از دو ساعت فوت میکند در اتوپسی هماتوم بزرگی همراه با ادم شدید نسج مغز در اطراف هماتوم در لوب تامپورال مشاهده گردید .

-۸- مردی بود ۶۰ ساله که در ماه خرداد ۱۳۹۱ در بیمارستان پهلوی بستری گردید . ۵ ساعت قبل بایک تاکسی تصادف میکند . بعد از حادثه بیهوش نمیشود ولی بزودی حالت گیجی بوی دست میدهد بطوریکه قادر بوده نامش را به پاسبان بگوید ولی آدرس منزش را نتوانسته با خاطر بیاورد . تایم ساعت قبل از ورود به بیمارستان راه میرفته و باطراف افیاش صحبت میکرده ولی همانطور که ذکر شد گیج بوده در موقع بستری شدن بیمار در کما بود و باشکال میشد اورا از آن حالت خارج کرد . مردمک‌ها مساوی ورفلکس بنور موجود بود . نبض ۹۰ در دقیقه ، فشار خون $\frac{14}{9}$ ، نیمه چپ بدن پارزی داشت . سابقه بیمار نشان میداد که از مدت‌ها قبل برای ازدیاد فشار خون تحت درمان بوده است .

برای درمان سوراخی در ناحیه تامپورال احداث شد هماتوم خارج دور مری وجود نداشت . وقتی که دور مر باز شد مقدار زیادی مایع خونی خارج گردید . لذا انسیزیون پوستی و سوراخ استخوانی را وسیع تر نموده ملاحظه شد که در داخل لوب تامپورال مقدار زیادی خون سیال وجود دارد که بداخل و انتریکول راه یافته است . با زحمت زیاد هموستاز انجام شد . حال بیمار تا چند ساعتی بهتر شد لیکن ۱۱ ساعت بعد از حادثه بیمار فوت شد . اتوپسی بعمل نیامد .

-۹- مرد ۲۵ ساله‌ای در اردیبهشت ۱۳۹۲، پنج روز بعد از وارد شدن ضربه چاقویی به ناحیه فرونتال راستش در بیمارستان پهلوی بستری گردید .

بعد از وارد شدن ضربه بیمار بیهوش نمیشود و در یک بیمارستان محلی زخم پانسمان شده و مرخص میشود . از روز بعد درد سر شروع میشود . روز سوم سر درد شدت یافته و بیمار خواب

آلود میشود و طرف چپ بدن نیز ضعیف میشود. روز چهارم وضع وی بدتر ولی هنوز میتوانسته راه برود ولی روز پنجم وارد کمای عمیق میشود لذا برای درمان به تهران منتقل میگردد. هنگام بستری شدن بیمار در کمای عمیق بود. تنفس نامنظم، نبض ۴۰ در دقیقه، مردمک‌ها مساوی ولی قدری بازتر از طبیعی، ادم پاپی دوطرفی و همی پلژی راست نیز وجود داشت.

شرح عمل - زخم اصلی مستقیم و بطول ۳ سانتیمتر و در حال التیام بود. زخم را که باز کردیم بریدگی در استخوان دیده میشد بطول ۱ تا ۲ سانتیمتر که نوک چاقو روی تابل خارجی استخوان تولید کرده بود. نزدیک این محل سوراخی روی استخوان احداث نمودیم و از آنجا سوراخ را با برداشتن استخوان شکسته شده وسیع تر نمودیم و ملاحظه شد که تکه‌ای از تابل داخل استخوان در اثر فشار چاقو از تابل خارجی جدا شده وارد نسیج مغز شده است. این تکه استخوانی را برداشته اطراف دور مردا اکسیزیون نموده و قدری آنرا بازتر نمودیم و انسیزیونی هم روی لو بفر و نتال دادیم و بلافاصله یک هماتوم بزرگ سفت که در وسط لو بفر و نتال بود ظاهر شد. هماتوم را تخلیه و خونریزی را بند آوردیم. دور مردا ترمیم نموده پوست را روی آن دوختیم. کم کم تا دوروز بعداز عمل بیمار بهوش آمد و همی پلژی وی نیز مرتفع گردید. یکماه بعداز عمل هیچگونه آثاری از همی پلژی وی باقی نمانده بود و تاکنون نیز عارضه‌ای پیدا نکرده است.

۱۰- مردی بود ۳۵ ساله و اپیلپتیک که در مردادماه ۱۳۳۳ در بیمارستان پهلوی بستری گردید شش روز قبل ضمن یک حمله صرع از ارتفاعی در حدود ۳ متر پرت میشود که بلافاصله بی هوش شده و به بیمارستان لقمان الدوّله ادھم منتقل میشود. کمی بعداز ورود به بیمارستان از بی هوشی خارج میشود. رادیو گرافی جمبجمه که از وی بعمل میآید شکستگی در استخوان‌های تامپورال و پارینتال چپ را نشان میدهد. تادروروز بعداز حادثه جز سردرد ناراحتی دیگری نداشتند ولی از روز سوم بیمار خواب آلود شده و یک همی پارزی راست ظاهر میشود لذا به بخش جراحی مغز و بی بی بیمارستان پهلوی منتقل میگردد. در معاینه بیمار در کمابود که بسختی میشد اورا از آن حالت خارج کرد. ادم پاپی دوطرف، مردمک‌ها مساوی ورفلکس بنور موجود بود. نبض ۵۲ در دقیقه. وقتی که سعی میکردیم بالا و صحبت کنیم اختلال تکلمی واضح بود و یک همی پارزی راست که صورت

ودست را بیش از پاگرفته بود مشهود بود. انژیو گرافی از کاروتید چپ وجود ضایعه فضایگیری را در لوب تامپورال نشان میداد ولی آثاری که دلالت بر آنژیوم نماید مشهود نبود.

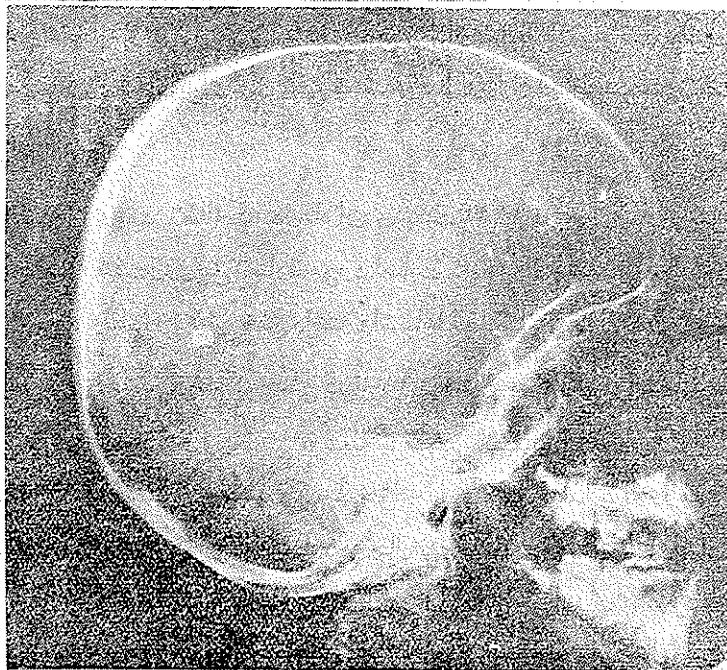
شرح عمل - تحت بی‌حسی موضعی سوراخی در ناحیه تامپورال چپ احداث و آنرا وسیع تر نمودیم سپس دور مر را تا آنجا که وسعت سوراخ استخوانی اجازه میداد باز نمودیم. شکنج تحتانی تامپورال رنگ خاکستری روشنی داشت. کانول را که وارد مغز نمودیم چند قطعه خون قدیمی خارج گردید لذا یک شکاف افقی روی شکنج تحتانی تامپورال دادیم و در عمق یک سانتی‌متری به حفره‌ای برخوردیم که مملو از لخته‌های خونی بود. لخته‌هارا تخلیه و خونریزی را بند آوردیم. بعد از عمل بیمار بسرعت بطرف بهبودی رفت و هیچ‌گونه عارضه‌ای برای وی باقی نماند و بعد اورا از لحاظ صرعش تحت درمان داروفی قرار دادیم.

۱۱- دختری بود ۶ ساله که در ماه اردی بهشت ۱۳۳۴ در بیمه ارشتنان پهلوی بستری گردید در حالیکه هفت روز قبل تصادفاً مورد اصابت گلوله واقع شده بود (طفل در مزرعه مشغول بازی بوده و لباس رنگینی به تن داشته و اشتباهآ بجای یک قرقاول هدف گیری می‌شد) در اثر این حادثه زخم کوچکی در ناحیه فرونتال چپ وی تو لید می‌شد. در آن موقع طفل بی‌هوش نمی‌شد وزخمش بوسیله پزشگی پانسمان می‌شد. ۴ روز بعد طفل دچار درد سر شده واستفراغ می‌کند و کم کم خواب آلود می‌شد لذا برای درمان به تهران اعزام می‌شد. هنگام ورود به بیمارستان در حال نیام‌گما بود. مردمک‌ها مساوی، نبض ۱۰۰ در دقیقه شروع ادم‌پایی دو طرفی و در طرف راست همی‌پارزی مشهود وزخم سر در حال التیام بود. رادیو گرافی جمجمه شکستگی در استخوان فرونتال چپ همراه با وجود چند تکه استخوانی در لوب فرونتال نشان میداد. علاوه بر این یک تکه فائز نیز در ناحیه اکسیپیتال دیده می‌شد.

تحت بی‌هوشی عمومی زخم را مجدداً باز نموده و روی استخوان شکستگی نامنظمی دیده می‌شد که بالسباب مخصوص آنجارا باز نمودیم سپس دور مر را باز نموده و یک هم‌اتوم بزرگ که در لوب فرونتال بود تخلیه نمودیم. آنگاه دور مر را دوخته پوست را سوتور نمودیم تا ۷-۸ روز بعد از عمل از محل زخم مختصراً مایع خارج

میشد که بعداً قطع شد وزخم پوستی هم اتیام یافت طفل بهبود کامل یافت و تاکنون نیز خوبست.

۱۲- پسri بود ۱۴ ساله که در ماه خرداد ۱۳۳۴ در بیمارستان پهلوی بستری گردید. ۴ ساعت قبل از ورود به بیمارستان از دوچرخه اش زمین میخورد. هنگام حادثه بی هوش نمیشود ولی ۳ ساعت بعد دچار یک درد سر شدید میشود در امتحان طفل در اغماء کامل بود. مردمک‌ها مساوی اما بنور جواب نمیدادند. تنفس صدادار و مشکل، نیضن ۱۲۰ در دقیقه، حرارت ۳۸/۵ درجه سانتی گراد علاوه بر این صلابت گردن و کشیده



شکل ۲

شدن سر به عقب فیک همی پلاژی راست نیز وجود داشت. در پونکسیون لمبر مایعی که بشدت خونی بود خارج شد و با این وضع پیش آگهی بدی برای بیمار پیش‌بینی میشد. روز بعد حالت بیمار بهتر شد بطوریکه از اغماء خارج گردید. تنفس طبیعی و بتدریج بطرف بهبودی رفت اما بزودی متوجه شدیم که بیمار افزاییک است.

روز چهارم از بیمار انژیو گرافی کاروتید چپ بعمل آمد و انژیو گرام وجود ضایعه فضائی را در لوب پاریتال نشان میداد که اطراف آن را عروق غیرطبیعی احاطه کرده بودند و از این جهت حدس یک انژیوم زده میشد. (شکل ۲)

چون افزایی و همی پلژی بیمار بطرف بهبودی میرفت ۳ هفته بعد از بستری شدن بیمار من خصی گردید. ۶ ماه بعد بیمار مجدداً مراجعت نمود. در این موقع راه رفتن بیمار همی پارتیک و تکلم وی نیز مختل بود. انژیو گرافی مجددی که ازوی بعمل آمد انژیوم



شکل ۳

واضحی را در ناحیه پاریتال چپ نشان میداد (شکل ۳) ولی با توجه بوضع بیمار اقدامی برای برداشتن انژیوم بعمل نیامد.

۱۳- رابینده‌ای بود ۲۵ ساله که در ماه بهمن ۱۳۴۴ در بیمارستان پهلوی بستری گردید. علت مراجعتی سردردی بود که از یکماه قبل عارض وی شده بود و ازده روز پیش

باینطرف شدت یافته و استفراغ‌های مکرری نیز مینمود. از سه الی چهار روز باینطرف بینائی وی نیز بسرعت رویکاهش میرفت. (شکل ۴)

در معاینه بخوبی مشهود بود که بیمار از سردرد بشدت رنج میبرد؛ برای معاینه بخوبی همکاری میکرد ولی بطور واضح و روشن نمیتوانست به سوالات پاسخ دهد. علامتی که بیمار نشان میداد عبارت بودند از آدمپاپی دو طرفه جلو رفت، نیستاگموس،

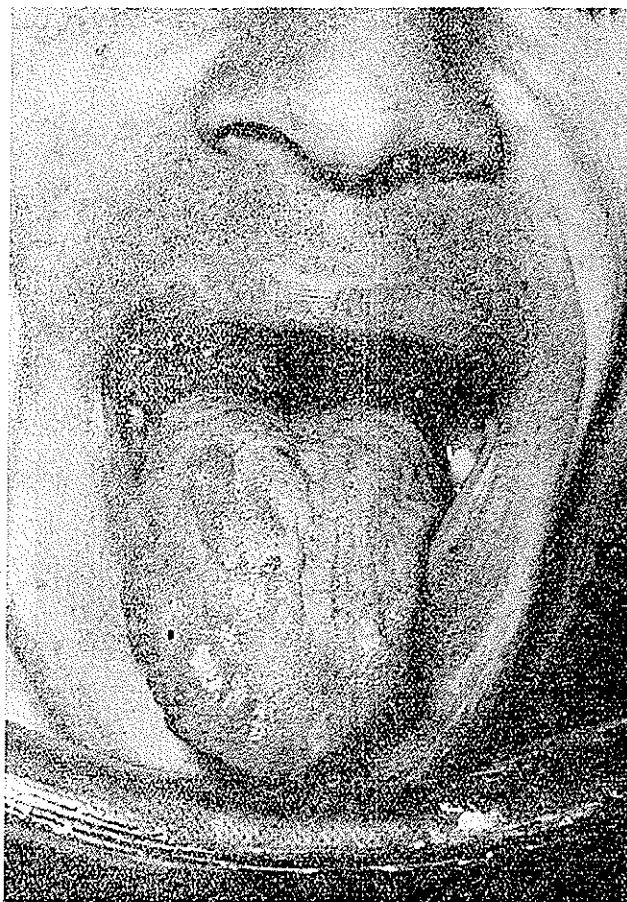


شکل ۴

ادیادو کوسینزی وهیپوتونی در نیمه راست بدن. روی زبان وی نژیوم بزرگی که تقریباً $\frac{2}{3}$ قدامی نیمه راست زبان را فرا گرفته بود دیده میشد. شکل (۵)

برای اینکه معلوم شود آیا قبل از مارضه ای داشته یا خیر تحقیق کافی از او بعمل آمد و معلوم شد که یک هفته قبل از ظهور علائم ضمن توقف ناگهانی اتوبوس ضربهای به سر من وارد شده است. با این سابقه تشخیص یک هماتوم داخل مخچه بالامکان وجود یک اثر نژیوم مادرزادی بعنوان عامل مستعد کننده قبلی داده شد.

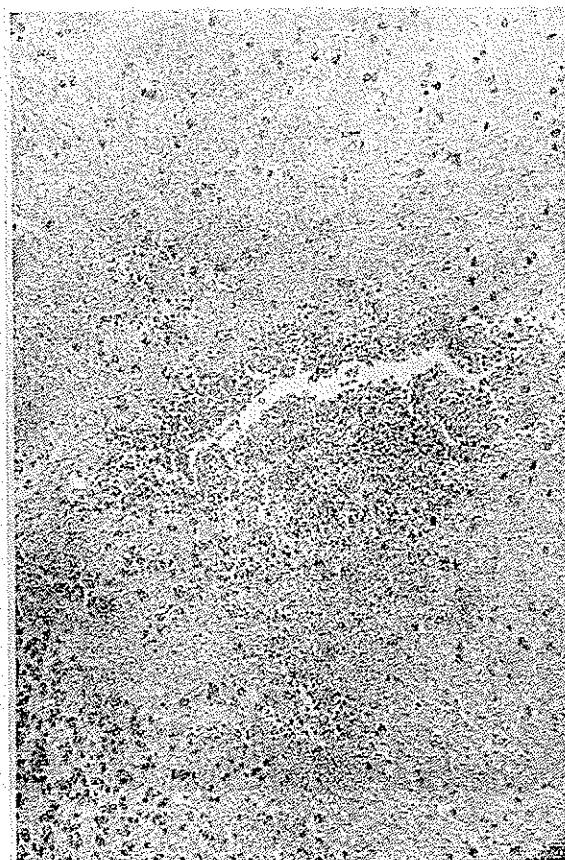
برای عمل در ناحیه عقب مخچه (۱) د کمپرسیون شد سپس کانولی را وارد لوب راست مخچه نمودیم که در مسیرش به مقاومت مختصری برخورد کرد. لیکن کیست یا هما تو می وجودنداشت. بعد از این عمل در درسر بیمار و علامت مخچه‌ای وی بسرعت



شکل ۵

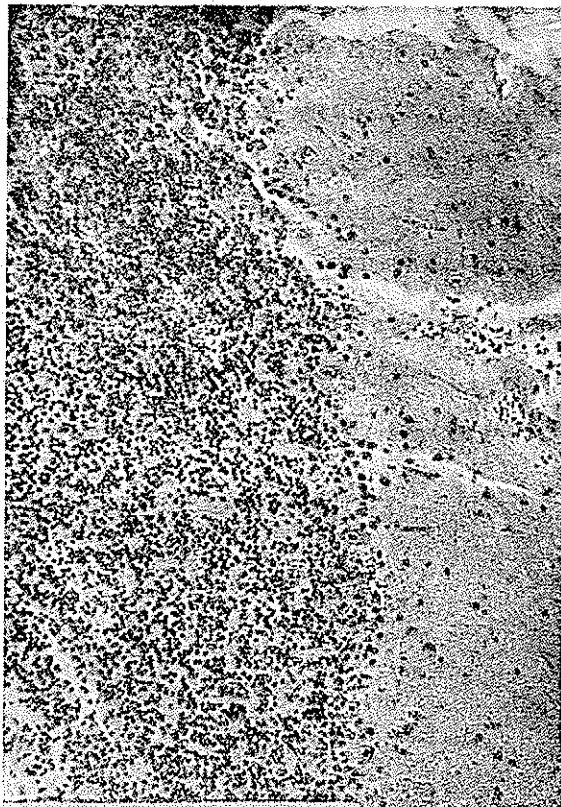
مرتفع گردید فقط هنگام مرخصی مختصری آناکسیمیک بود. سه هفته بعد بعلت باز گشت علائم، بیمار بستری گردید و مجددأً مورد عمل جراحی قرار گرفت. این بار شکافی روی لوب راست مخچه داده شد. در داخل لوب هما تو مسقی

وجود داشت که نسج منحچه را انفیلتره کرده بود و در ظاهر انزیموی مشهود نبود . لذا تمام لخته های خونی را تخلیه نموده و تکه ای از نسج منحچه را که مجاور لخته ها بود برای آزمایش نسج شناسی برداشتیم . بعد از عمل ناراحتی های بیمار بسرعت رفع شد و تا کنون نیز خوبست . (شکل ۷ و ۸)



شکل ۸

آزمایش نسج شناسی تکه برداشته شده خون ریزی بین نسبتی را که بوسیله اعروق خونی با جدار نازک احاطه شده بود نشان میداد .

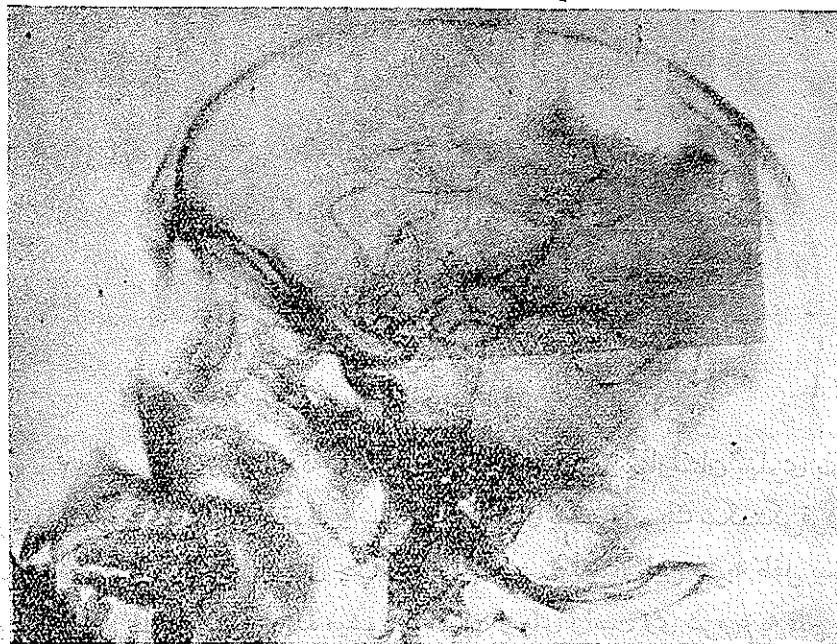


شکل ۷

۱۴- پسری بود ۸ ساله که در ماه اردیبهشت ۱۳۳۶ در بیمارستان پهلوی بستری گردید. سه روز قبل در اثر سقوط و اصابت تکه آجری به سر وی یک شکستگی فرورفته همراه باز خم باز در ناحیه پاریتال چپ وی تولید میشود بعد از این ضربه طفل بیهوش نمیشود لیکن بطور واضح دیده میشود که دست و پای راست وی شروع به فلیج شدن کرده طفل در یک بیمارستان محلی زخم‌بندی میشود ولی چون خواب آلود میشود لذا به بخش جراحی مغز و بی پی بیمارستان پهلوی منتقل میگردد. هنگام معاینه طفل خواب آلود بود ولی همکاری میکرده. یک همی پاژی راست و افازی مختصری در معاینه بچشم میخورد. رادیو گرافی جمبجمه یک شکستگی همراه با فرورفتگی را در ناحیه پاریتال چپ نشان میدارد.

روز بعد خواب آلودگی بیمار شدت یافت لذا از محل نخم مورد عمل قرار گرفت. بعذازباز کردن زخم استخوان فرو رفته نمایان شد. قسمت فرو رفته استخوان را برداشتیم و سوراخ را نیز قدری وسیع تر نمودیم. در زیر استخوان پارگی در دور مردیده میشد که بعد از اکسیزیون آنرا نیز وسیع تر نمودیم. روی کورتکس نیز آثار لهشده‌گی وجود داشت. کورتکس را قدری باز نمودیم و در زیر کورتکس به یک هماتوم زیر قشری برخوردم. هماتوم را تخلیه و خونریزی را بندآوردم. بعذازدختن دور مر پوست را سوتور نمودیم. وضع بیمار بعد از عمل بخوبی بطرف بهبود رفت ولی همی‌پلزی وی با هستگی مرتفع میشد و کاملاً نیز بر طرف نگردید.

۱۵- مردی بود ۲۲ ساله که در ماه نیز ۱۳۳۶ پنج روز بعد از یک شکستگی باز



شکل ۸

جمجمه در بیمارستان پهلوی بستری گردید قبل از بیمارستان دیگری تحت درمان قرار میگیرد که در آنجا پوست سرا کسیزیون شده و قسمت فرو رفته استخوانی نیز برداشته شده بود بعد از حادثه بیمار بیهوش نشده ولی ۳ روز بعد در درسر ناراحت کننده و ضعف

نیمه راست بدن عارض وی میشود. هنگام بستری شدن در بیمارستان پهلوی بیمار کاملاً باهوش بود و همکاری میکرد. تنها علامت وی همی بازی مختصر راست بود که دست را بیش از پا گرفته بود. از بیماران زیو گرافی چپ بعمل آمد و از زیو گرام ضایعه فضای گیری را در ناحیه پاریتال چپ نشان میداد. (شکل ۸)

در عمل یک هماتوم بزرگ بسته شده تحت قشری وجود داشت که تخلیه شد. بیمار بعد از عمل بسرعت بطرف بهبودی رفت و تمام علائم نیز مرتفع گردید.

بحث

از پاترده بیمار ذکر شده ۳ افراد مرد بودند و ۲ افراد زن گرچه تعدادشان کافی برای عمومیت دادن نیست ولی میشود علت را مربوط به این دانست که مردها بیشتر در معرض ضربه واقع میشوند.

اگر دو بیماری را که دچار ازدیاد فشار خون بوده‌اند کنار بگذاریم میتوانیم بگوییم که اکثر آدرسین جوانی بوده‌اند (بین ۶ تا ۴۵ سال)

وجود عامل عروقی (انژیوم) در ۴ مورد از بیماران، نشان میدهد که عقیده ۱۵ ندی در هماتوم‌های بعد از ضربه هم صادق است. داندی در ۱۹۲۸ نشان داد که معمولاً یک عامل توموری یا عروقی در خونریزی داخل مغزی جوانها دخالت دارد.

در تمام هفت موردیکه عامل مستعد کننده قبلی وجود داشته ضربه وارد شده به جمجمه خیلی سبک بوده است. بنابراین امکان دارد تمام مواردی که قبلًاً بنام خونریزی خودبخودی ذکر میشده یک ضربه مختصر وجود داشته است و علت ذکر نشدن آن یا این بوده که بیمار آنرا فراموش کرده و یا اینکه هیچگاه بیمار بهوش نیامده که آنرا ذکر کند و اطرافیان نیز توجهی با آن نداشته‌اند. چنانکه در مورد بیمار چهارم اگر بیمار بهوش نمی‌آمد می‌باشد آنرا در ردیف خونریزی خودبخودی ذکر میکردیم.

در ۴ موردیکه عامل مستعد کننده قبلی داشته‌اند در یکی از آنها این عامل یک انژیوم خیلی کوچک بوده است. این دسته خیلی قابل توجه‌ترند از افرادی از خونریزی‌های خودبخودی این عارضه را یافته‌اند.

شکی نیست که عده زیادی از این موارد که انژیوم کوچکی دارند مورد توجه جراح و انسان‌نموده باشند. عنوان مثال بیمار دوم نمونه خوبی از این

دسته است زیرا اگر مغز و لخته‌ها بخوبی مورد تجسس واقع نمیشدند اثریوم کشف نمیشد گرچه اثریوم گرافی وسیله خوبی برای تشخیص اثریوم است ولی گاهی آثریوم را نشان نمیدهد. مثلاً در مورد بیمار دوازدهم اولین اثریوم گرام چیزی نشان نداد ولی اثریوم گرامی که ۶ ماه بعد تهیه شد اثریوم را بخوبی نشان میداد. علت آنست که هماتوم پاکت کولاپس عروق اثریوم میشود ولذا در اثریوم گرام اولیه چیزی دیده نمیشود. بطور کلی با استی همیشه نزد جوانی که بعدازضربه مختصری دچار یک خونریزی داخل مغزی شده بفکر یک عارضه عروقی مادرزادی در مغز وی بود.

تومور مغز: در سال ۱۹۳۳ الدبر گ(۱) (ضم تجزیه و تحلیل ۸۲۲ مورد تومور مغز نشان داد که فقط در ۷/۳ درصد از آنها همودراژی بزرگی وجود داشته است و تنها در ۸۴٪ درصد علائم بیماری مربوط به خونریزی بوده است.

خونریزی بعدازضربه در تومور بدون علامت (بیمارششم) خیلی نادر است. من فقط یک مورد دیگر از این حالت را در اتوپسی سر بازی در سال ۱۳۱۷ در تهران دیدم. این سر باز بعدازیک مشت بازی در سر باز خانه بی هوش میشود و کمی بعد فوت میکند. در کالبد گشایی معلوم شد که علت فوت وی خونریزی شدیدی بوده که از یک منظریوم پاراسائزیتال شده است.

ضربه: در مواردی که ضربه وارد به جمجمه بسته است معمولاً هماتوم اولیه دیررس در مرکز اوبتاپورال تشکیل میشود (۲). ممکن است خونریزی مستقیماً در همان محل وارد شدن ضربه تولید شود که در این صورت علائم کنتوزیون مغزی دیده میشود (بیمار هفتم) و یا ممکن است در مرکز اوبتاپورال طرف مقابل بدون وجود آثار سطحی ضربه بوجود آید (۳). در زخم‌های باز بداخل جمجمه هماتوم نادر نیست چنانکه طبق آماری که شورستین (۴) در سال ۱۹۴۷ منتشر کرد ۸۷ هماتوم داخل مغزی در ۳۱۶ مورد زخم‌های باز بداخل جمجمه دیده است (درصد ۲۳٪) او همچنین مشاهده کرده است که در ۷۵ درصد آنها یکه زخم‌های خیلی کوچک ولی باز بداخل جمجمه داشته‌اند هماتوم داخل مغزی وجود داشته است.

بیمار یازدهم از این جهت قابل توجه است که با وجود یکه ساقمه از ناحیه فروتنال

وارد شده و تا ناحیه اکسیتال رفته است هماتوم در محل ورود ساقمه (لوب فرونتال) تولید شده است و در بیماران با وجودیکه نوک چاقو بداخل مغز نرفته بود ولی در اثر فشردن تابل داخلی استخوان بداخل لوب فرونتال تولید هماتوم نموده بود.

از دیاد فشارخون شریانی : در هر دو بیماران پنجم و هشتم ضربه وارد خیلی ناچیز بوده و تا چند ساعت بعد از ضربه عمل بیهوش نشده‌اند . بنابراین توصیف اینکه آیا ضربه چه رلی در تولید هموراژی داشته خیلی مشکل است . ممکن است فکر کرد که ضربه تولید ضعفی در جدار عروق نموده و بقیه کار را فشار خون انجام داده و یا ممکن است قبول کرد که هیجان حاصله از ضربه کافی بوده است که پیش بیمار مبتلا به فشارخون هموراژی داخل مغزی تولید شود .

پاتولوژی : موقعیکه سطح مغز نمایان می‌شود اگر هماتوم زیر قشری باشد رنگ کورتکس خاکستری روشن است (۱) در بعضی از بیماران ما (۷-۴-۳) حفره محتوی خون مایع بود در حالیکه در سایرین خون لخته‌شده وجود داشت . شکی نیست که در آنسته‌ایکه حفره محتوی خون مایع است لخته خونی هم دیده می‌شود و آنها یکه بهبود می‌یابند این لخته‌ها بعداً جذب می‌شود .

تورنی و درودر (۲) نزد بیمارانیکه چند ساعت بعد از ضربه فوت شده‌اند در محل ضربه هماتوم لخته شده یافته‌اند اما ۱۵ تا ۱۲ ساعت بعد لخته‌ها شربتی شکل می‌شوند . علت بالا رفتن فشار داخل جمجمه ممکن است درنتیجه خونریزی مداوم بداخل نسیج مغز باشد چنانکه در بیمارانهم ۵ روز بعد از ضربه هماتوم بسته شده در مغز وجود داشت و یا ممکن است درنتیجه جذب آب حجم هماتوم افزایش یابد (بیمار چهارم) ممکن است بطور تصادفی هماتوم جذب و بهبودی حاصل شود . در این موارد ممکن است در محل هماتوم حفره بزرگی که محتوی مایع سیال برنگ خون روشن باشد و یا اسکار خطی شکل تولید شود (۳) بالاخره کالسیفیکاسیون هماتوم و یا جدار آن نیز دیده شده است . (۴)

تشخیص: عده‌زیادی از هماتوم های داخل مغزی اشتباهه هماتوم خارج دورمری تشخیص داده میشوند زیرا فاصله بدون علامت آن آنقدر شبیه به هماتوم خارج دورمری است که اشتباه آنها را با یکدیگر ممکن میسازد. فقط چند نکته هست که با آن میتوان بین این دو عارضه تشخیص افتراقی داد و آنها از اینقرارند:

- ۱ - تغییرات مردمک که معمولا در هماتوم خارج دورمری دیده میشود و در هماتوم داخل مغزی غالبا وجود ندارد.
- ۲ - در هماتوم داخل مغزی حالت عمومی بیمار متغیر است در صور تیکه در هماتوم خارج دورمری مرتبا بدتر میشود.
- ۳ - بالاخره قاطع ترین وسیله تشخیص انژیو گرافی است. عاملی (۱۳۴۵) - روسو و همکاران (۱۹۵۲) - وبسر و همکاران (۲) (۱۹۵۱).

انژیو گرافی نه فقط محل هماتوم را نشان میدهد بلکه ممکن است عروق غیر عادی را که علت هماتوم میباشد نیز نشان دهد. انژیو گرافی وسیله بسی ضری است و هیچگاه نبایستی از بکار بردن این وسیله مفید در تشخیص و درمان این عارضه خطرناک کوتاهی کرد.

درمان: هیچکس بهتر از آنچه که هاروی کوشینگ در سال ۱۹۰۳ درباره درمان هماتوم معزذ کرده چیزی نمیتواند بگوید.

کوشینگ میگوید: من هیچ دلیل نمیبینم که این موارد را در حالیکه بسادگی با عمل جراحی ببودی حاصل مینمایند کنار بگذاریم. زیرا خونریزی سطحی و در زیر کورتکس است. علاوه بر این بایستی با اکثر خونریزی هاییکه در سایر نقاط مغز میشود نیز همین کار را کرد.

عدة زیادی از جراحان اعصاب گزارش متعددی درباره درمان موفقیت آمیز هماتوم داخل مغزی منتشر نموده اند. بطور کلی سه راه برای درمان وجود دارد.

- ۱ - احداث سوراخی روی محل هماتوم و تخلیه آن با وارد کردن کانول بداخل حفره هماتوم.

- ۲ - د کمپرسیون وسیس تخلیه هماتوم بعد از دوهفته. هنگامی که لخته ها شربتی شکل شده اند.

۳- کرانیوتومی کامل و تخلیه لخته ها .
هر سه راه درمانی فوق الذکر در معالجه بیماران ذکر شد مورد استفاده قرار گرفته است . بدین ترتیب :

- ۱- بیماران ۶-۴ با تخلیه ساده درمان شده اند در بیمار ۷ با تخلیه ساده وضع بیمار بهتر شد ولی چند روز بعد بیمار فوت شد شاید اگر لخته ها را کاملاً در همان وهله اول تخلیه میکردیم نمیتوانستیم جان بیمار را نجات دهیم .
- ۲- بیمار ۱۳ را ابتدا دکمپرسیون نمودیم و پس از دو ماہ از روز حادثه عمل دوم را برای تخلیه هماتوم انجام دادیم و ملاحظه شد که پس از دو ماہ لخته ها تغییر شکل نداده و همانطور باقی بودند و اینکه آیا اگر در همان وهله اول لخته ها را تخلیه میکردیم و بیمار درمان میشد قابل بحث است .
- ۳- هماتوم بیماران ۹-۱۰ و ۱۳ را در همان عمل اول تخلیه کردیم و نتیجه نیز عالی بود .

بطور کلی اگر ملاحظه شد که فشار داخل جمجمه در مدت چند روز بعد از ضربه بسرعت رو با فرایش میرود بایستی حتماً هماتوم را تخلیه کرد ولی اگر علامت واضح از دیدار فشار داخل جمجمه دو تاسه هفته بعد از ضربه ظاهر شد میتوان به یک تخلیه ساده اکتفا کرد بالاخره اگر بعد از یک تخلیه ساده هماتوم علامت (بیهوشی - همی پارزی - افزایی وغیره) کاملاً از بین نرفتند بایستی مطمئن بود که یک لخته بزرگ وجود دارد در این حال بهتر است که بعد از تهییه یک انشیو گرام بیمار کرانیوتومی شود .

خلاصه

۱۵ مورد خونریزی دیررس بعد از ضربه در مغز شرح داده شد . فاصله بدون علامت متفاوت و از ۲ ساعت تا یکماه بوده است . لاقل در ۷ مورد یک عامل مستعد کننده قبلی وجود داشته است و اهمیت انشیوسم های کوچک بعنوان یک عامل خونریزی نزد جوانان نشان داده شده است . حالات مختلف بالینی ، آسیب شناسی و درمان شناسی آنها نیز مودر مطالعه قرار گرفته است . من تشکرات خود را بحضور استاد ساقم پروفسور برودی هیوز برای انتشار سه مورد اولیه این بیماران تقدیم میدارم .
همچنین از کارکنان بخش رادیولوژی بیمارستان پهلوی بمناسبت همکاری صمیمانه ایکه نموده اند تشکر میکنم .

ردیف	جنس	سن	فاصله بدون عالمت	قرم شریه	عامل متعدد کننده	درمان	نیمه
۱	مرد	۳۲	۱۱ روز	مختصر	انژیوم	سوراخ تجسسی	فوت
۲	زن	۰	۱۲ تا ۴ ساعت	مختصر	انژیوم	ادهان سوراخ و تخلیه	فوت
۳	مرد	۰	۲ روز	مختصر	—	تخلیه همانوم زورداشتن تومور	بهبود
۴	مرد	۸	۷ روز	مختصر آشیدید	فشار خون	تخیله لختهها	بهبود
۵	مرد	۵	۲ ساعت	مختصر	تومور مغز	تخیله لختهها	فوت
۶	مرد	۷	۸ روز	مختصر	شدید	زخم نافذ بداخل مغز	بهبود
۷	مرد	۳۲	۳ روز	مختصر	شدید	زخم نافذ بداخل مغز	فوت
۸	مرد	۵	۴ ساله	شدید	فشار خون	تخیله لختهها	فوت
۹	مرد	۵	۵ روز	شدید	—	زخم نافذ بداخل مغز	بهبود
۱۰	مرد	۳۵	۳ روز	شدید	—	زخم نافذ بداخل مغز	بهبود
۱۱	زن	۶	۷ روز	شدید	انژیوم	بوز-بیون لمور مکرر دمود بیون	بهبود
۱۲	مرد	۱۶	۳ ساعت	شدید	انژیوم	تخلیله لخته بعداز مدتی	بهبود
۱۳	مرد	۵	یکنایه	مختصر	—	تخلیله لختهها	بهبود
۱۴	مرد	۸	۳ روز	شکستگی درهم	—	تخلیله لختهها	بهبود
۱۵	مرد	۲۲	۵ روز	شکستگی درهم	—	تخلیله لختهها	بهبود