

نگاهی به خونریزیهای زیر دور مری حاد و نتایج درمانی آن در سالهای اخیر

دکتر ناصر سدیفی*

علت خونریزی زیر دور مری معمولاً "ضربه جمجمه است که در نتیجه پاره شدن عروق سطحی بین (کورتکس) مغز و دور مرو یاله شدن مغز و پارگی ورید یا شراین سطح مغز میباشد. خونریزیهای داخل نسج مغزی گاهی به سطح مغز راه می- یابد و تشکیل هماتوم سودورال میدهد.

پارگی عروقی که به سینوس ساژیتال میرزدنیزیکی از علل خونریزیهای سریع و پیشرونده میباشد این نوع خونریزی هیچوقت جدار ندارد و کپسوله نمیشود و تقریباً همیشه به شکل لخته میباشد. مکانیسم تشکیل خونریزی سودورال از من با نوع حاد بکلی متفاوت است در اینجا بعلت یک ضربه اولیه که ممکن است خیلی خفیف باشد یک تا دو ورید کوچک پاره شده و خونریزی در بین دور مرو آراکتوئید ایجاد میگردد این خون بعد از انعقاد چند روزی طول میکشد تا تبدیل به مایع میگردد ولیگفیه میشود و بعلت بالا بردن فشار اسمزی جذب مایع نخاع میکند و مجدداً باعث پارگی عروق مجاور میگردد و خونریزی ثانویه ایجاد مینماید تا اینکه بهمین ترتیب حجم هماتوم افزایش میابد و در صورتیکه بیمار تحت عمل قرار نگیرد منجر به فوت میشود (۵) و

و W. Blackwood

در اینجا همیشه اطراف هماتوم پرده‌ای وجود دارد که Gardner تصور میکند این پرده بعد از هماتوم تشکیل میگردد و هماتوم را در بر میگیرد ولی Goodell و Merley عقیده دارند هماتوم در بین دو لایه دور مرو تشکیل میگردد و سپس بزرگ میشود (۱) ضربه ایجاد کننده هماتوم ممکن است باعث شکستگی استخوان جمجمه گردد و ممکن است اصلاً همراه

تجمع خون در زیر دور مری عارضه شایعی است که در ضربه‌های مغزی پیدا میشود و به اشکال حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم بندی میشود.

خونریزیهای زیر دور مری که از اولین ساعات بعد از ضربه تا ۲۴ ساعت بعد علائم عصبی ایجاد نمیدومعمولاً بعلت شدت ضربه میباشد تحت عنوان هماتوم‌های سودورال حاد نام گذاری میشود ولی اگر علائم خفیف تر باشد و خونریزی قابل تحمل باشد و بین ۲ تا ۱۰ روز علائم عصبی ایجاد نماید، خونریزی سودورال تحت حاد نامیده میشود و بالاخره اگر چند هفته و یا بیشتر طول بکشد بعنوان هماتوم سودورال مزمن میشناسیم (۲)

E. S. Gurdjian

هماتوم سودورال مزمن در قرن هفدهم برای اولین بار تشخیص داده شد و به اسمی پاکلی مننژیت مزمن و یا پاکلی مننژیت همو- رازیک توسط Virchow نامیده شد.

مرگ و میر این نوع خونریزی در نوع حاد بموجب آمارهای مختلفی که از منابع مختلف گزارش گردیده است بین ۵۰ تا ۸۰٪ است (۱)

J. You mans در نوع تحت حاد ۲۵٪ و در نوع

مزمن ۵٪ مرگ و میر وجود دارد.

خونریزی حاد معمولاً "یک طرفه است ولی در ۲۰٪ موارد دو طرفه دیده میشود.

خونریزی سودورال در هر قسمتی از کاسه جمجمه ممکن است دیده شود ولی محل شایع آن در پارتنال، تامپورال و فرونتال میباشد. در گردال خلفی نیز بندرت این خونریزی پیدا میشود.

* بخش جراحی اعصاب دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران

۱- رادیوگرافی جمجمه برای پیدا کردن خط شکستگی و یا شکستگی های فرو رفته وسیله ساده ایست که خیلی سریع می توان انجام داد .

در خیلی از افراد بخصوص در سنین بالا غده پی نثال کلسیفیه شده است و در رادیوگرافی ساده مشخص و در خط وسط قرار دارد در صورت وجود خونریزی در یک قسمت از مغز این غده از جای خود منحرف میشود و بطرف مقابل متوجه میگردد و باین ترتیب میتوان وجود یک توده فشار دهنده را در یک طرف مغز با رادیوگرافی ساده تشخیص داد و اقدامات بعدی را سریعتر انجام داد . (۴) T. M. Taveras

۲- آنژیوگرافی مغزی Angiography

آنژیوگرافی تنها وسیله دقیق و مطمئن برای تشخیص خون-ریزیهای زیر دور مری است باین طریق میتوان وسعت و محل و نوع خونریزی داخل جمجمه را مشخص کرد آنژیوگرافی از راه شریان کاروتید سمتی که مشکوک به خونریزی است انجام میگردد ولی از آنجا که ۲۰٪ خونریزیها دو طرفه است صلاح است همیشه دو طرف آنژیوگرافی شود (۱) (۴) I. R. you man

در آنژیوگرافی هماتوم سودورال یک فضای خالی بین سطح مغزو استخوان جمجمه مشاهده میگردد که در حالت روبرو مشخص است گاهی تجمع هماتوم در ناحیه تامپورال بیشتر می گردد و با هماتوم خارج دور مری اشتباه میگردد ولی اگر شریان مننژه میانی در آنژیوگرام برگردد تشخیص خیلی ساده خواهد بود زیرا در هماتوم خارج دور مری این شریان نیز از سطح داخلی جمجمه فاصله میگیرد در صورتیکه در هماتوم زیر دور مری در محل طبیعی خود قرار دارد . (۴) I. M. Taveras

تشخیص بین هماتوم زیر دور مری حاد و مزمن نیز خیلی ساده است در شکل مزمن یک منطقه بدون رگ که تقریباً آن بطرف داخل میباشد تشکیل میگردد که محل طبیعی آن در پارتنال است در صورتیکه در نوع حاد این تقریباً بعکس حالت قبلی است و منطبق به سطح مغز است تنها یک تا دو سانتیمتر و گاهی بیشتر از استخوان جمجمه فاصله میگیرد .

از موارد عدم استعمال آنژیوگرافی بالا بودن سن بیمار از ۶۰ و ۶۵ بیشتر است که باید با احتیاط زیاد انجام گیرد ولی بهر حال لازم است آنژیوگرافی دو طرف انجام گیرد زیرا چه بسا مواردی که هماتوم زیر دور مری در یک طرف و هماتوم

شکستگی نباشد و حتی گاهی محل ضربه و محل هماتوم یکجا نباشد ، ممکن است در یک بیمار یکطرف جمجمه خونریزی سودورال حاد باشد و در طرف دیگر خونریزی اکسترا دورال . (۵)

و یا انتراسربرال W. Blackwood

علائم کلینیکی خونریزی های سودورال حاد: تشخیص هماتوم زیر دور مری حاد در بسیاری از اوقات مشکل است زیرا این بیماران معمولاً دچار ضربه شدید مغزی میباشند این خونریزی بیشتر در ضربه های شدید مثل تصادف اتومبیل و سقوط از بلندی دیده میشود واکثراً ضایعات ساقه مغز و لاسراسیون و کنتوزیون مغزی با آن همراه است و در اینصورت تشخیص خونریزی خیلی مشکل خواهد بود و در اینجا مرگ و میر بیماران خیلی زیاد است و در نتیجه قابل مقایسه با خونریزیهای اکسترا دورال نمیشود زیرا ضایعه در این جا منحصر به یک نوع خونریزی است و نتایج درمانی آن نسبتاً خوب و مرگ و میر آنها نیز کمتر است البته باید در نظر داشت که مرگ و میر این نوع خونریزی هم در بعضی از آمارها از ۲۰ تا ۶۰٪ ذکر گردیده است .

اگر خونریزی زیر دور مری حاد منحصر بفرق باشد و تنها صدمه مغزی بیمار باشد در اینصورت عمل جراحی نتیجه بهتری خواهد داشت اگرچه مرگ و میر باز بیشتر از ۵۰٪ است ولی وقتیکه ضایعات دیگر مثل آنچه که در بالا اشاره شد بهمراه این خونریزی گردد آنوقت جان بیمار در معرض خطرات زیادتری خواهد بود .

یکی از علائمی که ما را باید بفرق این نوع خونریزی بیاندارد بدتر شدن حال بیمار بعد از ضربه ، ادامه بیهوشی ، پیداشدن علائم عصبی مثل پارزی یا پارالیزی اندامها و حملات جاکسونی و یا تشنجهای ژنرالیزه ، باز شدن مردمک یک چشم و یا هر دو چشم از بین رفتن حرکات چشمی خونریزی ته چشم و گاهی ادم پایی میباشد .

علائم مزانسفالیک سختی عضلات و تنفس خراب از تظاهرات مراحل آخر این خونریزی است . (۳) E. S. Gurdjian

وسایل تشخیص :

بعد از گرفتن شرح حال بیمار و معاینات کامل عصبی و تحت نظر قرار دادن بیمار و کنترل آثار حیاتی و علائم عصبی وسایل تشخیصی ذیل راهنماهای دقیقی هستند که لازم است در موقع خود انجام گیرد .

حقیقت امر اینست که در خونریزیهای حاد زیر دور مری چون ضایعات دیگر مغزی نیز وجود دارد بخصوص ادم‌های شدید مغزی و لاسراسیون و خونریزیهای داخل مغزی نتیجه درمان و عمل رضایتبخش نبوده است . (۶) Fell, Moiel

آخرین طریقه درمانی که در این چند سال اخیر در مراکز جراحی اعصاب انجام میگردد و نتایج بهتری نسبت به گذشته داشته عبارتست از کرانیوتومی وسیع و تخلیه هماتوم و باز-گذاوردن دور مری حتی گاهی اوقات بجای خودنگذاردن استخوان قسمتی از جمجمه که در موقع عمل برداشته میشود و سپس استفاده از کورتیکوتراپی شدید و دیورتیک‌هایی که روی ورم مغز اثر خوبی دارد مثل مانیتول و اوره .

باین ترتیب چون حجم داخل جمجمه برای ادم مغز محدود نیست و از طرفی تمام نقاط خونریزی دهنده با کرانیوتومی وسیع کنترل گردیده است خواه ناخواه مرگ و میر کمتر خواهد شد . (۶) Fell, Moiel

آمار ذیل مربوط به ضربه‌های مغزی است که از دو سال ونیم قبل در بخش جراحی اعصاب بیمارستان سینا گرد آوری گردیده است و با آمار دیگران مقایسه گردیده است . در این مدت تعداد ۵۲۷ بیمار ضربه مغزی در بخش بستری شدند و ۹۸۰ بیمار نیز در بخش اورژانس مدت ۲۴ ساعت و گاهی ۴۸ ساعت تحت نظر قرار گرفتند که احتیاج به مراقبت‌های اولیه و درمان‌های سرپائی داشتند و بدون اینکه به بخش منتقل گردند مرخص میگرددند ولی بیمارانی که احتیاج به درمان و مراقبت بیشتر از ۴۸ ساعت داشتند و یا آنها نیکه احتیاج به آنژیوگرافی و عمل جراحی پیدا میکردند بلافاصله به بخش منتقل می یافتند جمع این عده ۵۲۷ بیمار بود که گزارش و آمار ما روی همین بیماران تهیه شده است .

از میان این ۵۲۷ بیمار ۳۰ مورد مبتلا به هماتوم سوپورال حاد بودند که همه آنها تحت عمل جراحی قرار گرفتند این ۳۰ مورد خونریزی زیر دور مری ۵/۷% بیماران بستری در بخش و ۱/۹% کل بیماران ضربه مغزی مراجعه شده به بخش اورژانس و بخش جراحی اعصاب بیمارستان سینا را تشکیل میدادند . حداقل سن این بیماران ۳ سال و حداکثر ۷۵ سال بود .

از تمام این بیماران رادیوگرافی جمجمه قبل از بستری شدن در بخش انجام گرفته بود ۴۰% دچار شکستگی در همان طرف یا طرف مقابل بودند .

خارج دور مری و یا داخل مغزی در طرف دیگر وجود دارد و بهترین وسیله تشخیص آنژیوگرافی است تا بتوان به نفع بیمار اقدامات فوری انجام داد .

بعضی معتقد بانجام ترپاناسیون در سه یا چهار نقطه از جمجمه در موارد حاد و فوری میباشد ولی این امر در هماتوم های زیر دور مری مزم که تلف کردن وقت برای انجام آنژیوگرافی بخصوص مواقعی که وسایل کار در دسترس نباشد بیشتر صادق است تا در خونریزیهای زیر دور مری حاد .

۳- گاما آنسفالوگرافی یا اسکینگ مغزی Gammaecephalography بطور معمول در موارد حاد و تحت حاد این آزمایش کمتر انجام میگردد زیرا فرصت انجام این آزمایش کم است ولی در موارد خونریزی زیر دور مری مزم میتوان از این وسیله استفاده کرد بخصوص مواقعی که آنژیوگرافی متضمن خطراتی باشد . در این آزمایش جذب ماده رادیو ایزوتوپ در قسمتی که هماتوم وجود دارد بیشتر از حد طبیعی است و بخوبی مشخص میگردد .

۴- اکو آنسفالوگرافی Echoencephalography در اینجا از امواج ماوراء صوت استفاده میگردد که از یک طرف جمجمه وارد میگردد و به استخوان جمجمه در طرف مقابل برخورد میکند و در برگشت این امواج با امواج اولیه موجی ایجاد میگردد که در حال طبیعی در خط وسط قرار دارد در صورتیکه در بیماری بعد از ضربه مغزی این موج از خط وسط منحرف شود ، باید بفکر خونریزی مغزی بود و سپس از وسایل دیگر تشخیص کمک گرفت .

۵- پنو مو آنسفالوگرافی و وانتریکولوگرافی Pneumoencephalography and ventriculo graphy کمتر برای تشخیص خونریزیهای مغزی مورد استفاده قرار میگردد .

درمان

درمان خونریزیهای زیر دور مری منحصر جراحی است مگر زمانی که مقدار آن خیلی کم باشد و علائم عصبی وجود نداشته باشد و حال بیمار مرتب رو به بهبودی رود . در خونریزیهای حاد زیر دور مری متدهای مختلف جراحی انجام میگردد و بعلت اینکه مرگ و میر این بیماران زیاد بود هر چند وقت یکبار پیشنهاد تازه‌ای ارائه میگردد .

تراکتوستومی در اکثر بیماران که اختلال تنفسی داشتند بلافاصله بعد از عمل و یا در موقع لزوم انجام میگرفت مرگ و میر بیماران ما بعد از عمل در حدود ۵۳٪ بود که از چند ساعت بعد از عمل تا چند روز بعد دیده میشد. حداکثر روزهای زندگی بعد از عمل بیمارانیکه منجر به فوت میشدند ۲۷ روز بوده است. این مورد در یک بیمار ۷۵ ساله بود که مرگ او در اثر ضایعات ریوی و عفونت های مختلف بوده است و اگر مرگ این بیمار را جزو مرتالیت خونریزی به حساب نیاوریم مرتالیت بیماران ما به ۵۰٪ تقلیل پیدا میکند. در آمار ما هرچه سن بیماران پایین تر بود نتیجه عمل بهتر بود بطوریکه دو مورد کودک ۳ ساله با بهبودی کامل مرخص شدند.

یک بیمار ۷۵ ساله نیز بعد از عمل کاملاً "خوب شد و با پای خود بیمارستان را ترک گفت. در مورد افراد مسن این نظریه وجود دارد که بعلت آتروفی مغز احتمال پیدا شدن ادم مغزی و فشار داخل جمجمه کمتر است و لذا نتیجه عمل در این افراد بهتر است بشرطی که ضایعات ریوی و عفونت های دراری اشکالاتی از نظر درمانی ایجاد ننماید چنانچه بیمار ۷۵ ساله دیگر ما به همین علل بعد از ۲۷ روز درگذشت. داروی انتخابی ما برای کورتیکوتراپی دکسامتازدن (دکارون یا ارادکسون) بود و هر چهار ساعت بین ۴ تا ۸ میلی استفاده میگردد، در بعضی از موارد حتی دو برابر این مقدار مصرف میگردد.

از دیورتیکها بیشتر از مانیتول ۲۰٪ در حدود ۵۰۰ سانتیمتر مکعب یک تا دو بار در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول استفاده میگردد تغذیه کافی از راه لوله معده نیز انجام میگرفت.

تمام این ۳۰ مورد بجز یکی دو مورد که فرصت و زمان کافی وجود نداشت تحت آنژیوگرافی کاروتید قرار گرفتند و تشخیص خونریزی زیر دور مری داده شده بود همه این بیماران تحت عمل قرار گرفتند و از شیوه کرانیوتومی وسیع و کورتیکوتراپی شدید و دیورتیک کافی استفاده کردند.

تکنیک عمل در تمام بیماران ما باین ترتیب بوده است که بعد از انجام آنژیوگرافی و تشخیص قطعی و یا احتمالی هماتوم سودورال با بیهوشی عمومی وبی درنگ تحت عمل قرار میگرفتند بیمار به پهلو خوابانده میشد و انسزیون قوسی شکل از ناحیه زیگوما تا استخوان پشت سری داده میشد و سعی میگردد که هر چه ممکن است انسیریون وسیعتر داده شود و با اهره برقی Stryker و یا وسایل معمولی استخوان برداشته میشد و بعد از اطمینان خاطر بر وجود هماتوم زیر دور مری، دور مرز ناحیه تامپورال پائین باز میگردد و بطرف سینوس سائیتال برگردانده میشد در این موقع سعی میگردد تمام نقاط خونریزی دهنده هموستاز گردد و شستشوی کامل با سروم فیزیولوژیک ۳۷ درجه انجام گیرد تا هیچ لخته خونی باقی نماند پس بدون اینکه دور مری دوخته شود و یا گاهی با اضافه کردن پر یوست و یا فاسیالا تا سطح دور مرز دلدخواه سوتور میگردد و در صورتیکه مغز فشار فوق العاده داشت بدون گذاردن استخوان جمجمه بجای خود پوست روی دور مرز دوخته میشد و سعی میگردد که تمام این اقدامات در حداقل فاصله زمانی انجام گیرد تا مدت بیهوشی بیمار کم باشد. در تمام مدت عمل از سروم مانیتول ۲۰٪ برای جلوگیری از ادم مغز استفاده میگردد.

از ۸۰٪ خونریزی زیر دور مری حاد ما باله شدگی مغز و ادم و خونریزی داخل مغزی همراه بود بطوریکه الزاماً ما دور مرز گذارده شد و یا از غلاف عضله برای دوختن آن استفاده میگردد.

اجتماع ضایعات دیگر مغزی و نقاط دیگر بدن با خونریزی زیر دور مری

تعداد	خونریزی زیر دور مری	شکستگی استخوان جمجمه	لاسراسیون مغز	شکستگیهای استخوانهای دیگر	هاتومهای دیگر مغزی
۳۰	۱۲	۲۴	۶	۵	
درصد	%۱۰۰	%۴۰	%۸۰	%۲۰	%۱۶/۶

تابلوی جنس در ضربه‌های مغزی و خونریزی زیر دور مری

تعداد	تمام ضربه‌های مغزی	بیمارانیکه فقط ۲۴ ساعت تا ۴۸ ساعت تحت نظر بودند	بیمارانیکه احتیاج به بستری شدن داشتند	خونریزی زیر دور مری حاد	درصد خونریزی
۱۵۱۷	۹۸۰	۵۳۷	۳۰	%۱۰۰	
مرد	۱۰۰۵	۶۰۲	۲۱	%۷۰	
زن	۵۱۲	۳۷۸	۹	%۳۰	

خونریزی زیر دور مری در سنین مختلف و درصد بهبودی و مرگومیر

تعداد	۳-۱۰ سال	۱۰-۳۰ سال	۳۰-۴۰ سال	۴۰-۵۰ سال	۵۰-۶۰ سال	۶۰-۷۵ سال	جمع
۴	۲	۴	۷	۸	۵	۳۰	
بهبودی	۳	۱	۳	۲	۲	۱۴	
مرگومیر	۱	۱	۴	۵	۲	۱۶	
درصد بهبودی	%۷۵	%۵۰	%۲۵	%۴۳	%۳۸	%۶۰	%۴۷
درصد مرگومیر	%۲۵	%۵۰	%۷۵	%۵۷	%۶۲	%۴۰	%۵۳

References

- 1- J.R. Youmans; Neurological Surgery, A Comprehensive Reference Guide to the Diagnosis and Management of Neurosurgery Problems, 1973, vol 2, p. 960.
- 2- G. Zuidema, W. Ballinger, R. Rutherford; The Management of Trauma 1973, P. 156-160.
- 3- E.S. Gurdjian, L.M. Thomas; Operative Neurosurgery, 3rd. Edition, 1970, p.230-250.
- 4- J.M. Taveras, E.H. Wood; Diagnostic Neuroradiology, 1970, p. 1780.
- 5- W. Blackwood, T.C. Dodds, J.C. Sommerville; Atlas of Neuropathology, 1970,p.132, 4.
- 6- David A. Fell, S. Fitzgerald, R.H. Moiel, P. Caram; Acute Subdural Hematomas, Review of 144 cases. J. of Neurosurgery 1975, vol. 42, p. 37.