

خونریزی داخل مغزی در مرکز آموزشی - درمانی بوعلی سینای قزوین

دکتر محمد باقر سماوات*

Evaluation of intra- cerebral hemorrhage in Bouali teaching hospital of Qazvin

M.B. Samavat

Abstract

Background : Cerebral vascular complications are the most common neurologic disorders in adults and third cause of mortality in the world.

Objective : To evaluate the prevalence of intra- cerebral hemorrhage with respect to the site of haemorrhage and the related risk factors.

Methods: 101 patients, suffering from intra- cerebral hemorrhage who were admitted in Bouali hospital from 1992 to 1999 were classified according to sex, age, history of hypertension, diabetics, hyperlipidemia, smoking and site of hemorrhage in brain . The data was statistically analyzed by computer.

Findings: Basal ganglia (71 case), cerebral lobes (16 cases), thalamus (6 cases), ventricles and cerebellum (2 cases) were the most common site of hemorrhage respectively. The most prevalent risk factor was hypertension.

Conclusion: Basal ganglia was the most common site of intra cerebral hemorrhage. Control and correct management of hypertension is important in decreasing the incidence rate of mortality and morbidity of intra cerebral haemorrhage.

Keywords: Intra- Cerebral Hemorrhage, Hypertension , Basal Ganglia Hemorrhage

چکیده

زمینه : بیماری‌های عروقی مغز شایع‌ترین بیماری نورولوژیک در بالغین، سومین علت مرگ و میر و عامل بسیاری از معلولیت‌های جسمی است.

هدف: مطالعه به منظور تعیین محل خونریزی مغزی و نیز تأثیر عوامل خطر بر آن در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی سینا قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: پرونده ۱۰۱ بیمار که طی تیر ماه ۱۳۷۱ لغایت تیر ماه ۱۳۷۸ با تشخیص خونریزی داخل مغزی در بخش اعصاب بیمارستان بوعلی سینا بستری شده بودند، بررسی شد. سن، جنس، محل زندگی، سابقه پرفشاری خون، مصرف دارو، دیابت، بیماری‌های قلبی، هیپرلیپیدمی، مصرف سیگار، محل خونریزی در مغز و سرانجام بیماران دسته‌بندی و اطلاعات توسط کامپیوتر تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: شایع‌ترین محل خونریزی به ترتیب عقده‌های قاعده‌ای (۷۱ مورد)، لوب‌های مغزی (۱۶ مورد)، تالاموس (۶ مورد)، داخل بطنی اولیه و منحنی‌ای (هر کدام ۳ مورد) بودند. مهم‌ترین عامل مساعد کننده که اکثر بیماران به آن مبتلا بودند، پرفشاری خون بود.

نتیجه‌گیری : کنترل دقیق پرفشاری خون باعث جلوگیری و کاهش مرگ و میر و معلولیت ناشی از خونریزی داخل مغزی می‌شود.

کلید واژه‌ها: خونریزی داخل مغزی، پرفشاری خون، خونریزی عقده‌های قاعده‌ای

□ مقدمه:

بیماری‌های عروقی مغز در میان بیماری‌های نورولوژیک بالغین مقام اول را دارد و حداقل ۵۰ درصد از بیماران بخش اعصاب را در بیمارستان‌های عمومی تشکیل می‌دهد. (۱۰ و ۱۱) علی‌رغم کاهش میزان بیماری‌های عروقی مغزی نسبت به گذشته، هنوز در کشورهای پیشرفته سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی و سرطان محسوب می‌شود و عامل بسیاری از معلولیت‌های جسمی است. (۱۰) شیوع کلی بیماری‌های عروقی مغز در آمریکا ۷۴۹ در هر صد هزار نفر جمعیت است. (۱۱ و ۱۲)

مطالعه‌ای در اسپانیا نشان داد که بیماران دچار خون‌ریزی مغزی ۱۰ تا ۱۲ درصد کل بیماران بستری در بخش اعصاب به علت بیماری‌های عروقی مغز را تشکیل می‌دهند. (۶)

از سال ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۱ در فنلاند با جمعیت ۲۴۶۰۰۰ نفر، ۴۲۵ مورد خون‌ریزی مغزی برای اولین بار رخ داد که ۳۳۷ بیمار، هماتوم سوپراتنتوریال داشتند. یافته‌ها نشان داد که فشار خون بالا خطر خون‌ریزی مغزی را دو برابر افزایش می‌دهد. (۷)

بیماری‌های عروقی مغزی به دلیل کاهش ساعت کار، صرف هزینه‌های سنگین درمانی و توان‌بخشی و اشغال طولانی مدت تخت‌های بیمارستانی، مراکز معلولین و سالمندان ضررهای اقتصادی و اجتماعی فراوانی به وجود می‌آورند و از معضلات بزرگ طب به‌شمار می‌آیند.

لذا با توجه به اهمیت موضوع و گستردگی آن، این مطالعه به منظور ارزیابی خون‌ریزی‌های مغزی و تعیین محل و عوامل مساعدکننده آن در مرکز آموزشی-

درمانی بوعلی سینای قزوین انجام شد.

□ مواد و روش‌ها:

در این مطالعه گذشته‌نگر پس از حذف پرونده‌های ناقص، پرونده ۱۰۱ بیمار که از تیر ماه ۱۳۷۱ لغایت تیر ماه ۱۳۷۸ با تشخیص خون‌ریزی داخل مغزی در بخش اعصاب بیمارستان بوعلی بستری شده بودند، بررسی شد. متغیرهای مورد بررسی عبارت بودند از: سن، جنس، محل زندگی (شهر یا روستا)، سابقه پرفشاری خون و زمان شروع آن، مصرف داروهای ضد پرفشاری خون، نام دارو و نحوه مصرف (منظم، نامنظم، نامشخص)، فشار خون در ابتدای ورود به اورژانس و آخرین فشار خون در بخش، سابقه بیماری‌های عروقی مغز، دیابت، بیماری قلبی، چربی خون، مصرف سیگار، کانون خون‌ریزی در مغز و سرانجام بیمار در بخش (فوت یا بهبودی).

فشار خون بالای $\frac{140}{90}$ میلی‌متر جیوه در حداقل دو معاینه متوالی ملاک پرفشاری خون و قند خون ناشتای بالای ۱۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر به عنوان دیابت در نظر گرفته شد. سابقه بیماری قلبی بدون توجه به نوع آن و سابقه مصرف سیگار بیش از ۲۰ نخ در روز در مدت بیش از یک سال، مثبت فرض شد.

سابقه بیماری‌های عروقی مغز بدون در نظر گرفتن نوع آن و هیپرلیپیدمی در موارد کلسترول بالای ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در نظر گرفته شد.

محل خون‌ریزی براساس گزارش سی‌تی‌اسکن بیماران شامل عقده‌های قاعده‌ای، تالاموس، لوب‌های مغزی، مخچه و داخل بطنی اولیه، پل مغزی و متفرقه

سایر عوامل خطر بود. (جدول شماره ۱).

جدول ۱:

فراوانی بیماران برحسب انواع عوامل خطر

عوامل خطر	تعداد	درصد
پرفشاری خون	۲۹	۴۸/۷
مصرف سیگار	۲۵	۲۴/۸
بیماری قلبی	۲۰	۱۹/۸
بیماری‌های عروقی مغزی قبلی	۱۶	۱۵/۸
دیابت	۱۰	۹/۹
هیپرلیپیدی	۹	۸/۹

در بیمارانی که سابقه قبلی بیماری‌های عروقی مغز داشتند، زمان بین آخرین بیماری عروقی مغز و ماقبل آن ۴ ماه تا ۷ سال با میانگین ۲/۵۶ سال بود. سابقه دیابت در مرد و زن مساوی و سابقه بیماری قلبی در زنان بیشتر بود.

محل خون‌ریزی در ۷۱ مورد عقده‌های قاعده‌ای، ۱۶ مورد لوب‌های مغزی، ۶ مورد تالاموس، ۳ مورد داخل بطنی اولیه، ۳ مورد مخچه‌ای، ۱ مورد پل مغزی و ۱ مورد کورپوس کالوزوم بود. ۴۱ مورد از کل خون‌ریزی‌ها در طرف راست و ۴۹ مورد طرف چپ و ۱۱ مورد دو طرفه بود.

۱۸/۳ درصد بیماران با خون‌ریزی عقده‌های قاعده‌ای، ۶/۳ درصد بیماران با خون‌ریزی لوب‌های مغزی، ۵۰ درصد بیماران با خون‌ریزی تالاموس، ۳۳/۳ درصد بیماران با خون‌ریزی داخل بطنی و هر دو بیمار با خون‌ریزی پل مغزی و کورپوس کالوزوم فوت کرده بودند. از ۳ بیمار با خون‌ریزی مخچه یک نفر

تعیین شد. سرانجام بیماران نیز به دو گروه فوت و بهبودی تقسیم شد.

یافته‌ها:

از ۱۰۱ بیمار که پرونده آنها بررسی شد، ۴۶ نفر (۴۵/۵ درصد) مرد و ۵۵ نفر (۵۴/۵ درصد) زن بودند. دامنه سنی افراد مورد بررسی، ۳۲ تا ۹۰ سال با میانگین ۶۷/۱۷ سال بود و بیشترین تعداد در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال قرار داشتند.

۶۱ بیمار (۶۰/۴ درصد) ساکن شهر و ۳۹ نفر (۳۸/۶ درصد) ساکن روستا بودند. میانگین فشار خون سیستولیک در بدو ورود به اورژانس در آقایان ۱۷۲/۲۹ میلی‌متر جیوه، در خانم‌ها ۱۷۵/۲۷ میلی‌متر جیوه و میانگین فشار خون دیاستولیک در آقایان ۹۷/۳۹ میلی‌متر جیوه و در خانم‌ها ۹۸/۶۳ میلی‌متر جیوه بود. ۷۴/۳ درصد بیماران سابقه پرفشاری خون داشتند که حداقل سابقه پرفشاری خون یک سال و حداکثر ۲۰ سال بود. از میان ۲۰ بیمار فوت شده همگی سابقه پرفشاری خون داشتند.

۳۸/۶ درصد بیماران هیچ دارویی مصرف نمی‌کردند، ۳۵/۶ درصد نام داروی مصرفی خود را نمی‌دانستند، ۱۵/۸ درصد بیماران از متیل‌دوپا، ۲ درصد از تری‌آمترن H، ۱ درصد کاپتوپریل، ۱ درصد آتنولول، ۱ درصد لازیکس، ۱ درصد آدالات و کاپتوپریل و ۱ درصد آتنولول و تری‌آمترن H مصرف می‌کردند. ۳۱/۳ درصد بیماران مرد به طور منظم و بقیه نامنظم دارو مصرف می‌کردند. ۶۸/۸ درصد زنان منظم و بقیه نامنظم دارو مصرف می‌کردند.

پس از پرفشاری خون، مصرف سیگار شایع‌تر از

بهبود یافت و وضعیت ۲ نفر نامشخص بود.

خونریزی داخل مغزی داشته باشد.

□ بحث و نتیجه‌گیری :

یافته‌ها نشان داد شایع‌ترین کانون‌های خونریزی در مغز به ترتیب عقده‌های قاعده‌ای، لوب‌های مغزی، تالاموس و مخچه بودند که با کتب مرجع مطابقت دارد. (۸)

شیوع خونریزی داخل مغزی در زنان بیش از مردان بود که با آمار موجود در مجله استروک (می ۱۹۹۷) یکسان است. (۹)

مهم‌ترین و شایع‌ترین عامل خطر برای خونریزی داخل مغزی، فشار خون بالا بود و تمام بیماران فوت شده سابقه پرفشاری خون داشتند. در کتب مرجع هم پرفشاری خون مهم‌ترین و شایع‌ترین عامل خطر برای خونریزی داخل مغزی مطرح شده است. (۱۰ و ۱۱)

بیشترین داروی مصرفی بیماران متیل دویا بود که به نظر می‌رسد برای کاهش خطر خونریزی داخل مغزی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون داروی مناسبی نباشد. ۵۰ درصد بیماران نام داروی مصرفی خود را نمی‌دانستند. بنابراین در مورد آگاهی دادن و آموزش بیماران باید دقت بیشتری به عمل آید.

در کل می‌توان نتیجه‌گرفت با توجه به این که سکتة مغزی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر و معلولیت است و هزینه‌های بسیاری را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند، کنترل عوامل خطر به خصوص پرفشاری خون، بسیار حائز اهمیت است. به نظر می‌رسد غربال‌گری جهت یافتن بیماران پرفشاری خون و درمان مناسب و کنترل آنها نقش به‌سزایی در کاهش بروز و همچنین مرگ و میر و معلولیت ناشی از

□ سپاسگزاریم :

از همکاری خانم دکتر حمیده مصطفایی تشکر می‌نمایم.

□ مراجع :

1. Adams RP. Principle of Neurology . 6th ed, McGrow Hill co, 1997, 777, 833-41
2. Anderol, Bennett, Carpenter, Plum, smith. Cecil essential of medicine . 3rd ed, philadelphia WB saunders, 1996, 823-36
3. Brandt T, Graw AJ, Hack W . Sever stroke. Baillieres clin Neurol 1996 oct; 5(3): 515-41
4. Daned Easton J, Steplen L, Hause Joseph B Martin. Harrisson's principles of internal medicine. 14th ed, volume 2, McGrow Hill co, 1998, 2325-44
5. Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon R P. Clinical Neurology . 4th ed, Appleton & Longe, 2000, 323-59
6. Lainez JM, Pavega A, santonja JM. Hospital stage after cerebral hemorrhage. Rev Neurol 1997 Jul; 25(143): 1121-5
7. Lin Cl, Howng SL, Non-traumatic intracerebral hemorrhage in young adult. Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsuel Tsa chin 1997 Apr; 13(4): 237-42
8. Morgenstern LB, Speare WD. Atriethnie comparison of intracerebral hemorrhage-

mortality in texas. *Ann neurol* 1997 Dec ; 42(6): 919-23

9. Qureshi- AL, Suri Safdat K, Ottenlips JR, Janssen RS, Frankel M. Intracerebral

hemorrhage in blacks , Risk factors, subtypes, and outcome. *Stroke* 1997 may; 28(5): 961-4

10. Rowland LP. *Merritt's text book of neurology*. 9th ed, Lea & Febriger, 1995, 217-74