

ویژگی‌های مبتلایان به خونریزی تحت عنکبوتیه در بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان فارابی کرمانشاه (۸۱-۱۳۷۲)

دکتر نازنین رزازیان*؛ دکتر عبدالرضا محمدی**

چکیده

سابقه و هدف: خونریزی تحت عنکبوتیه یکی از انواع سکنه‌های مغزی است که از نظر خصوصیتی چون عوامل خطر ساز و نوع درمان با سایر انواع سکنه‌های مغزی متفاوت است. مطالعات در مورد گسترش سنی، جنس و بروز خونریزی تحت عنکبوتیه در نواحی مختلف جهان تفاوت‌هایی را نشان می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی فراوانی، توزیع جنسی، سنی و زمانی خونریزی تحت عنکبوتیه و عوامل خطر ساز آن در سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۱ در تنها مرکز نورولوژی استان کرمانشاه صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی و با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده کلیه بیماران مبتلا به خونریزی تحت عنکبوتیه بستری در بیمارستان فارابی در فاصله سال‌های ۷۱ تا ۸۲ صورت گرفته است. متغیرهای سن، جنس، فصل، علایم بالینی، فشارخون، سابقه مصرف سیگار، سابقه مصرف الکل، میزان قند خون و کلسترول مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها: ۲۴۰ بیمار به علت خونریزی تحت عنکبوتیه بستری شده‌اند که ۶۲/۵ درصد زن و ۳۷/۵ درصد مرد بودند. از نظر سنی بیشترین شیوع در فاصله ۵۹-۵۰ سال و کمترین آن در فاصله ۸۹-۸۰ سالگی بوده است. پرفشاری خون در ۴۶/۷ درصد بیماران وجود داشت. ۱۵/۵ درصد سابقه مصرف سیگار داشتند. افزایش کلسترول در ۳/۳ درصد و دیابت در ۵/۵ درصد وجود داشت. شایعترین علامت بالینی سردرد بود.

بحث: نتایج حاکی از وقوع خونریزی تحت عنکبوتیه در زنان و در محدوده سنی ۵۹-۵۰ است که کمتر از سن وقوع سایر سکنه‌های مغزی است. شایع‌ترین عامل خطر ساز پرفشاری خون است. از نظر فصلی بیشترین شیوع در بهار و زمستان است.

کلید واژه‌ها: خونریزی تحت عنکبوتیه، سکنه مغزی، کرمانشاه

«دریافت: ۱۴/۷/۳۰ پذیرش: ۱۵/۳/۹»

*استادیار نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

**پزشک عمومی

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، خیابان دولت آباد، مرکز آموزشی و درمانی فارابی، تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۰۷۰۰

مقدمه

خونریزی تحت عنکبوتیه یکی از انواع سکته است که از نظر خصوصیتی چون عوامل خطر و نوع درمان از سایر سکته‌های مغزی متفاوت است. نوع غیرتروماتیک آن ناشی از پارگی آنوریسم‌های شریانی است که در محل دو شاخه شدن شریان‌های مغزی ممکن است وجود داشته باشند. پاره شدن عروق غیرطبیعی منجر به گسترش خون در فضای تحت عنکبوتیه و ایجاد علائم اصلی، یعنی سردرد و علائم تحریک منژ می‌گردد. نوع علائم می‌تواند منجر به اشتباه تشخیصی در ساعات اولیه شود. آمارها نشان‌دهنده تفاوت در شیوع خونریزی تحت عنکبوتیه در نقاط مختلف جهان است (۴-۱). تفاوت در نوع مطالعات، کدگذاری، تشخیص و روش مطالعات می‌تواند در این تفاوت‌ها نقش داشته باشند، ولی در مطالعاتی که از روش‌های یکسانی استفاده شده و تعاریف و کدگذاری هماهنگ گردیده، نیز چنین تفاوت‌هایی دیده شده است. فنلاند و ژاپن از کشورهای هستند که شیوع بالایی از خونریزی تحت عنکبوتیه را گزارش کرده‌اند. در کشورهای دیگر آسیایی، آفریقایی و آمریکای جنوبی اطلاعات دقیقی در این مورد وجود ندارد (۵). گرچه خونریزی تحت عنکبوتیه نسبت به سایر سکته‌های مغزی شیوع کمتری دارد، ولی سن پایین ابتلای به آن باعث شده که این عارضه جزو علل مرگ و میر در سن پایین‌تر نسبت به سایر انواع سکته باشد (۶). در مطالعه‌ای در فنلاند شیوع و کشندگی این عارضه در زنان بیشتر از مردان بوده است (۷). بیشترین میزان مرگ و میر در هفته اول بیماری است (۸)؛ لذا تشخیص سریع و اقدامات درمانی حایز اهمیت است. در صورت عدم

تشخیص در مراحل اولیه بیماری بروز عوارضی چون خونریزی مجدد می‌تواند بر پیش آگهی تأثیر گذارد. در مطالعه‌ای در ژاپن میزان مرگ و میر در طول ۱۹ سال ثابت مانده است (۹). در مطالعه‌ای در انگلستان تفاوت نژادی در ابتلای به این بیماری نشان داده شده است. در سیاه پوستان جوان و میانسال هم ابتلای به خونریزی تحت عنکبوتیه و هم مرگ و میر ناشی از آن بیشتر از سفید پوستان بوده است (۱۰). تاریخچه مصرف سیگار و الکل و پرفشاری خون به عنوان عوامل خطر ساز مستقل خونریزی تحت عنکبوتیه شناخته شده‌اند (۱۱ و ۱۲). خونریزی تحت عنکبوتیه از نظر فصل بروز نیز بررسی شده است. در مطالعه‌ای در استرالیا بیشترین زمان بروز آن در فصول بهار و زمستان بوده است (۱۲). با توجه به عدم وجود اطلاعات آماری در مورد این بیماری در ایران و در استان کرمانشاه و اهمیت این بیماری از نظر تشخیصی و درمانی سریع، در مطالعه حاضر با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیماران بستری در بیمارستان فارابی به عنوان تنها بخش نورولوژی در سطح استان کرمانشاه، اطلاعاتی در مورد فراوانی، توزیع جنسی، سنی، زمانی و علائم بالینی خونریزی تحت عنکبوتیه در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۱ جمع‌آوری گردیده است که می‌تواند موقعیت این بیماری را تا حدودی در استان کرمانشاه مشخص کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت توصیفی و با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران مبتلا به خونریزی تحت عنکبوتیه که در فاصله سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۸۲ در بیمارستان فارابی بستری بوده‌اند، انجام گرفته است.

افزایش کلسترول خون به کلسترول بالاتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر گفته شده است.

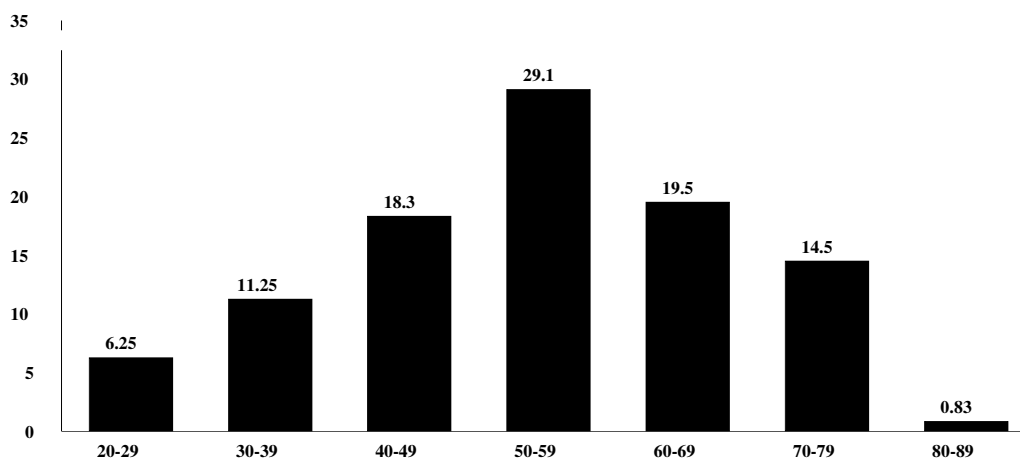
معیار مصرف سیگار به استعمال حداقل یک سیگار در روز در طول یک سال اخیر اطلاق گردیده است.

یافته ها

تعداد بیماران مجموعاً ۲۴۰ نفر بود. که از این تعداد ۱۵۰ نفر (۶۲/۵٪) زن و ۹۰ نفر (۳۷/۵٪) مرد بودند. بیشترین درصد فراوانی از نظر سنی در محدوده ۵۰-۵۹ سال با ۲۹/۱ درصد (۶۹ نفر) و کمترین فراوانی در محدوده ۸۹-۸۰ سال با ۰/۸۳ درصد بود (نمودار ۱). شایع ترین علامت بالینی در زمان مراجعه سردرد بود که در کل بیماران وجود داشت. سایر علائم به ترتیب شیوع شامل استفراغ (۵۴٪)، کاهش سطح هوشیاری (۴۱٪)، سفتی گردن (۳۵٪) و علائم نورولوژیک فوکال (۵٪) بود. از نظر عوامل خطر پرفشاری خون از همه شایع تر بود و در ۴۶/۷ درصد دیده شد. ۱۵/۵ درصد مصرف سیگار، ۵/۵ درصد دیابت و ۳/۳ درصد افزایش کلسترول خون

تشخیص بالینی توسط متخصص مغز و اعصاب داده شده است که بر مبنای وجود علائم بالینی بوده است. علائم بالینی در خونریزی تحت عنکبوتیه براساس محل و وسعت خونریزی متغیر است و از سردرد با یا بدون علائم تحریک مننژ تا کمای عمیق می تواند متغیر باشد، لذا مبنای تشخیص بالینی براساس معاینه متخصص مغز و اعصاب بوده که به وسیله سی تی اسکن یا بررسی مایع مغزی نخاعی با پونکسیون لومبر تأیید شده است. ۲۴۰ بیمار با این تشخیص بستری شده اند و همگی وارد مطالعه گردیدند. متغیرهای سن، جنس، علائم بالینی، سابقه پرفشاری خون، مصرف سیگار، مصرف الکل، افزایش کلسترول خون، دیابت و فصل بروز بیماری مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه فشار خون بالا به فشار بالاتر از ۱۴۰/۹۰ اطلاق شده است و پرفشاری خون به سابقه حداقل سه بار فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ و یا سابقه درمان ضد فشارخون توسط پزشک گفته شده است. معیار دیابت، قند خون بالاتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر بوده است.



نمودار ۱- توزیع سنی مبتلایان به خونریزی تحت عنکبوتیه در مراجعه کنندگان به بیمارستان فارابی کرمانشاه (۸۱-۱۳۷۲)

سال از مرکز بهداشت استان اخذ گردیده است. ۱۳ نفر (۵/۴٪) از بیماران در طول مدت بستری فوت کردند. سابقه خانوادگی مثبت در دو مورد دیده شد که هر دو زن بودند و افراد مبتلای قبلی در خانواده از اقوام درجه اول بیماران بودند و در هر دو مورد نیز فوت کرده بودند.

بحث

در قسمت‌های وسیعی از جهان شامل آفریقا، آسیا و جنوب آمریکا اطلاعات دقیقی در مورد میزان سکنه‌های مغزی و از جمله خونریزی تحت عنکبوتیه وجود ندارد (۵). آمارها نشان‌دهنده تفاوت در شیوع خونریزی تحت عنکبوتیه در نقاط مختلف جهان است (۴-۲). در یک مقایسه چندکشوری، حملات خونریزی تحت عنکبوتیه در یازده جمعیت متفاوت ده برابر اختلاف را نشان می‌دهد و از ۲ درصد هزار نفر در سال برای جمعیت چین تا ۲۲/۵ درصد هزار نفر در سال در فنلاند متفاوت بوده است (۴). در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن این که بیمارستان فارابی در طول سال‌های مورد بررسی تنها مرکز نورولوژی استان بوده و از طرف دیگر استان کرمانشاه یک استان مرزی است و دسترسی به مراکز درمانی دیگر به سهولت امکان‌پذیر نیست، نتایج می‌تواند نشان‌دهنده وضعیت کلی بیماری در استان باشد. گرچه نمی‌توان ادعا کرد که کاملاً دقیق است ولی می‌تواند تا حدودی آگاه‌کننده باشد. بر اساس این مطالعه میزان شیوع بیماری از ۰/۸۵ تا ۱/۸۶ درصد هزار نفر جمعیت متغیر بوده و به طور متوسط ۱/۳ در صد هزار نفر جمعیت بوده است.

در مطالعه فراوانی خونریزی تحت عنکبوتیه در زنان ۱/۷ برابر مردان بود. در مطالعه‌ای در آمریکا بیماری در

داشتند. سابقه مصرف الکل در هیچ‌کدام از بیماران وجود نداشت و ۷۰ بیمار (۲۹٪) هیچ عامل خطری نداشتند و ۲۹ نفر از بیماران به صورت هم‌زمان دو عامل خطر داشتند، که ۲۱ نفر پرفشاری خون و سابقه مصرف سیگار داشتند، ۴ نفر دیابت و مصرف سیگار داشتند و ۴ نفر دیگر افزایش کلسترول خون و مصرف سیگار داشتند. از نظر شیوع فصلی ۳۲ درصد موارد در فصل بهار، ۲۸/۷ درصد در زمستان، ۲۰ درصد در تابستان و ۱۹/۳ درصد در پاییز مبتلا شده بودند. شیوع سالیانه براساس تعداد موارد بستری در بیمارستان فارابی به عنوان تنها مرکز نورولوژی استان و جمعیت استان در سال‌های مورد نظر نشان می‌دهد که از ۰/۸۵ در صد هزار نفر در سال ۱۳۷۲ تا ۱/۸۶ در صد هزار نفر در سال ۱۳۸۱ متغیر بوده است (جدول ۱). اطلاعات مربوط به جمعیت استان در هر

جدول ۱- میزان بروز سالیانه خونریزی تحت عنکبوتیه براساس

جمعیت استان در هر سال (۱۳۸۱-۱۳۷۲)

سال	جمعیت استان	تعداد بیمار	میزان بروز (به ازای صد هزار نفر)
۱۳۷۲	۱۷۴۵۶۱۰	۱۵	۰/۸۵
۱۳۷۳	۱۷۵۱۳۵۷	۲۰	۱/۱۴
۱۳۷۴	۱۷۶۲۶۹۵	۲۰	۱/۱۳
۱۳۷۵	۱۷۹۱۸۷۱	۳۰	۱/۶
۱۳۷۶	۱۷۹۸۴۵۸	۳۳	۱/۸
۱۳۷۷	۱۸۱۶۶۹۴	۱۵	۰/۸۲
۱۳۷۸	۱۸۱۳۲۷۳	۲۵	۱/۳
۱۳۷۹	۱۸۲۶۵۵۶	۱۷	۰/۹۳
۱۳۸۰	۱۸۲۳۹۲۳	۳۰	۱/۶۴
۱۳۸۱	۱۸۷۴۴۷۵	۳۵	۱/۸۶

موارد بعدی شامل مصرف سیگار، دیابت و افزایش کلسترول خون بودند. در ۷۰ بیمار (۲۹٪) هیچ عامل خطر وجود نداشت. ۲۹ بیمار (۱۲٪) دو عامل خطر ساز داشتند. سابقه مصرف سیگار در ۱۵/۵ درصد از بیماران وجود داشت. مصرف سیگار مهم ترین عامل خطر در خونریزی تحت عنکبوتیه است که با قطع سیگار قابل رفع می باشد. این عامل خصوصاً در زنان حایز اهمیت است (۱۷-۱۵). دیابت و افزایش کلسترول خون عوامل خطر ساز کاملاً مستقلی نیستند (۱۸).

سابقه مصرف الکل در هیچ یک از بیماران وجود نداشت. در بررسی ها دیده شده که مصرف متوسط تا شدید الکل همراه با افزایش خطر خونریزی تحت عنکبوتیه است (۱۸ و ۱۹).

خونریزی تحت عنکبوتیه می تواند زمینه ارثی داشته باشد. توارث یک متغیر است و شامل اتوزومال غالب، مغلوب و چند عاملی می باشد (۱۹). در این بررسی دو نفر از بیماران سابقه خانوادگی خونریزی تحت عنکبوتیه داشتند.

شایع ترین علامت بالینی در این بیماران سردرد بود و علائم تحریک مننژ در ۳۵ درصد موارد وجود داشت. این امر اهمیت توجه به شرح حال را در تشخیص بیماری نشان می دهد؛ چرا که همیشه همه علائم با یکدیگر وجود ندارند و لازم است پزشک در هر مورد سردرد حاد و شدید به احتمال این بیماری فکر کند. در غیر این صورت ممکن است دچار اشتباهات تشخیصی و تاخیر در درمان بیمار گردد. در یک بررسی شایع ترین اشتباهات تشخیصی با انسفالوپاتی هیپرتانسیو، میگرن و بیماری های عفونی سیستمیک بوده است (۱۰).

زنان ۶۲ درصد بیشتر از مردان بوده است (۶). در مطالعه دیگری نیز در فنلاند شیوع بیماری در زنان بیشتر از مردان بوده است (۷). این تفاوت احتمالاً وابسته به هورمون های جنسی است. چنانچه در بین زنان نیز احتمال خونریزی تحت عنکبوتیه در بین زنانی که یائسه شده اند بیش از زنان در قبل از یائسگی بوده و در زنانی که در قبل از یائسگی دچار این عارضه شده اند، از نظر زمانی، بیماری در حوالی زمان قاعدگی بوده است (۱۳).

بیشترین سن ابتلاء به خونریزی تحت عنکبوتیه در این بررسی ۵۹-۵۰ سال بود، گرچه عدم اطلاع دقیق از جمعیت عمومی در این گروه سنی مانع از نتیجه گیری دقیق است ولی بالا بودن فراوانی نسبی ابتلا در این گروه سنی منطبق با سایر مطالعات است. در مطالعه Brombery و همکاران سن متوسط ۵۹ سال بوده است (۱۴). لذا گرچه خونریزی تحت عنکبوتیه یک علت کمتر شایع سکتته مغزی است ولی بروز آن در سنین پایین تر و مرگ و میر بالا، آن را به یک علت مهم مرگ و میر زودرس در مقایسه با سکتته های ایسکمیک تبدیل کرده است. در بین عوامل خطر پارگی آنوریسم و وقوع خونریزی تحت عنکبوتیه سابقه پرفشاری خون، مصرف سیگار و مصرف الکل به عنوان عوامل مستقل شناخته شده اند (۱۱ و ۱۱).

در مطالعه حاضر شایع ترین عامل خطر ساز پر فشاری خون بوده است. گرچه فشار خون در سایر مطالعاتی که انجام شده به اندازه مصرف سیگار حایز اهمیت نبوده است ولی به نظر می رسد در ایجاد آنوریسم نقش داشته باشد (۱۵).

نتیجه گیری

خطا را در آمار نهایی کمتر می کند و امکان مقایسه را فراهم می کند. با توجه به اثر قابل برگشت مصرف سیگار اقدام برای پیشگیری توصیه می شود.

به نظر می رسد کرمانشاه جزو مناطق با شیوع بالای بیماری نمی باشد. ثبت دقیق وقایع، پیگیری برای رسیدن به تشخیص نهایی و تبعیت از کدگذاری استاندارد، میزان

Abstract:

Chrematistics of Subarachnoid Hemorrhage induced Strokes In Kermanshah

Razazian, N. ¹; Mohammadi, A.R. ²

1. Assistant Professor in Neorology, Kermanshah University of Medical Sciences.

2. General Physician

Introduction: Subarachnoid hemorrhage is one of the cerebral strokes, which is diagnosed from other types by risk factors and type of treatment. Published data have shown variations between age, gender and mortality rate in different area. This study aimed to determine demographic, environmental and clinical characteristics of subarachnoid hemorrhage patients who admitted at Farabi Hospital during 1992-2002.

Materials & Methods: This retrospective- descriptive study was based on the available records of subarachnoid hemorrhage patients. Variables including; age, sex, season of admission, clinical symptoms, blood glucose and cholesterol level, history of hypertension, smoking, diabetes mellitus and alcohol consumption were closely monitored and analyzed.

Results: Subarachnoid hemorrhage diagnosed clinical profiles were studied in 240 patients (62.5% women and 37.5% men). The highest and lowest rates of diagnose age group were 50-59 and 80-89 respectively. 46.7% of subjects had history of hypertension, 5.5% was diabetic and 15.5% had history of smoking in their clinical profiles. The most common risk factor was hypertension and the most common clinical reported symptom was headache. Subarachnoid hemorrhage was more frequent in spring and winter season

Conclusion: The results revealed that women were more susceptible to subarachnoid hemorrhage than men. The age of patients was lower than the other types of strokes. In conclusion major risk factors of strokes such as hypertension, smoking, diabetes and chronic headache could be closely monitored through the public health system.

Key Words: Subarachnoid Hemorrhage, Stroke, Hypertension, Smoking, Kermanshah

منابع

1. Ohkuma H, Tabata H, Suzuki S, Islam S. Risk factors for aneurismal subarachnoid hemorrhage in Amori, Japan. *Stroke* 2003; 1:96-100
2. Suzuki K, Sarti C, Tuomilehto J, Kutsuzowa T, Narva EV, Sirenus J, et al. Stroke incidence & case fatality in Finland & in Akita, Japan: a comparison study. *Neuroepidemiology* 1994; 13(5):236-44
3. Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A, Van Gijn J. Incidence of subarachnoid hemorrhage role of region, year & rate of computed tomography: a meta-analysis. *Stroke* 1996; 27:625-29
4. Ingall T, Asplund K, Mahonen M, Bonita R. A multinational comparison of subarachnoid hemorrhage epidemiology in the WHO MONICA stroke study. *Stroke* 2000; 31:1054
5. Sudlow CLM, Warlow CP. Comparison stroke incidence worldwide. *Stroke* 1996; 27:550-558
6. Johnston SC, Selvin S, Gress DR. The burden, trends & demographics of mortality from subarachnoid hemorrhage. *Neurology* 1998; 150(2):1413-18
7. Sarti C, Tuomilehto J, Salomaa V, Sivenius J, Kaarsalo G, Narva EV, et al. Epidemiology of subarachnoid hemorrhage in Finland from 1983 to 1985. *Stroke* 1991; 22:848-853
8. Fogelhom R. Subarachnoid hemorrhage in middle Finland: incidence, early prognosis & indication for neurosurgical treatment. *Stroke* 1981; 12:296-301
9. Inagava T. Incidence & case fatality rate of aneurismal subarachnoid hemorrhage in Izumo City, Japan between 1980-1989 & 1990-1998. *Stroke* 2001; 32:1499
10. Adams HP, Jergenson D, Kassel N, Sahs AL. Pitfalls in the recognition of subarachnoid hemorrhage. *JAMA* 1980; 22:244
11. Teunissen L, Rinkel G, Algra A, Gijn V. Risk factors for subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1996; 27:544-549
12. Feigin V, Anderson C, Broad J, Pledger M, Bonita R. Is there a temporal pattern in the occurrence of subarachnoid hemorrhage in the southern hemisphere? *Stroke* 2001; 32:613
13. Longstreth WT, Nelson LM, Koepsell TD, Van Belle G. Subarachnoid hemorrhage and hormonal factors in women: a population-based case-control study. *Ann Intern Med* 1994; 121(3):168-73
14. Bromberg JE, Rinkel GJ, Algra A, Van Duyn CM, Greebe P, Romas LM, et al. Familial subarachnoid hemorrhage: distinctive features & patterns of incidence. *Ann Neurol* 1995; 38(6):929-34

15. Feigin V, Parag V, Lawes CM, Rodgers A, Suh I, Woodward M, et al. Smoking and elevated blood pressure are the most important risk factors for subarachnoid hemorrhage in the Asia-pacific region. *Stroke* 2005; 36(7):1360-5
16. Anderson CS, Feigin V, Bennett D, Lin RB, Hankey G, Jamrozik K. Active and passive smoking and the risk of subarachnoid hemorrhage: an international population-based case-control study. *Stroke* 2004; 35(3):633-7
17. Bonita R. Cigarette smoking, hypertension and the risk of subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1986; 17(5):831-5.
18. Teunissen LL, Rinkel GJ, Algra A, Van Gijn J. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Stroke* 1996; 27(3):544-9
19. Leppala JM, Paunio M, Virtamo J, Fogelholm R, Albanes D, Taylor PR, Heinonen OP. Alcohol consumption and stroke incidence in male smokers. *Circulation* 1999; 100(11):1209-14