

۲۸۸۷

توانا بود هرکه دانا بود

( ( دانشگاه تبریز ) )

" دانشکده پزشکی "

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه تبریز

موضوع

هماتوم سودورال مزمن شهرخواران

استاد راهنما

جناب آقای دکتر برادران

سال تحصیلی ۴۸ - ۱۳۴۷ شماره پایان نامه \_\_\_\_\_

نکارش

محسن - مظفری

۲۸۸۷ ✓

تقدیم به :

• استاد گرامیم جناب آقای دکتر بسراذران

۲۸۸۷

Hematome Sous dural

Par Marcel lelong , F.Alison, J.Rougerie le Tan Vinh et R.caldera

هماتوم سود وړال مـزمن شیرخواران ( اپانشمان سود وړال مزمن شیرخواران )

تکلیک های جدید تفتیشی بخصوص راد یوگرافی فضای زیر سخت شاه و حفرات

بطنی مغز بعد از تزریق هوا و آرتر یوگرافی مغزی از طرف دیگر تحقیقات

آناتومیک و درمانهای جراحی و امتحانات اتوپسی به دانشندان اجازه

میدهد که مسئله هوماتوم سود وړال را بیشتر مورد بررسی قرار دهند

بنابرد لامل فوق ابسرواسیونهای کهاز ژانویه ۱۹۴۷ تا دسامبر ۵۴ در سرویس

مأمورد مطالعه قرار گرفته بترتیب زیر است :

مابموازات هوماتومهای که در جریان منتهت های چرکی حاد دیده میشود

مسائل زیر را بررسی میکنیم :

هماتوم سود وړال به اپانشمانهای گفته میشود که اگر از فونتان قدامی

پونکسیون گردند ابتدا مایع قرمز یا گزانتوگرومیک سپس مایع طبیعی خارج

میگردد بحلاوه مایع نخاعی کموسیله پونکسیون لومبر بدست آمده نیز

نرمال میباشد ولی این تعریف هیچوقت احتمال توأم بودن هوماتوم سود وړال

با همورازی داخل بطنی یا خونریزی زیر آراکتوئیدین منتشر را رد نمیکنند  
بالاخره کارهای متعددی شده و ما از این کارها نتایجی خواهیم گرفت

اتئولوژی : در سن و جنس اطفالی که مبتلا با این ضایعه میشوند نشان

بین چهار روز و دو سال میباشد و حداکثر موارد بیماری بین چهار و نه ماهگی و اغلب

پسرها بیش از دخترها مبتلا میگردند .

- ضربه ؟ ضربه موقع تولد که در پنجاه درصد موارد باعث این ضایعه

میشود .

- ضربه بعد از تولد که در این مورد سابقه ضربه موقع زایمان وجود ندارد .

و هرگز شکستگی در راد یوگرافی جمجمه دیده نمی شود و در چنین مواردی -

مشخص کردن همچو ضربه ای مشکل خواهد بود .

- سایر ضربه ممکن است مورد بحث قرار گیرند .

مثلا در جریان آنسفالوگرافی گازی ممکنست گاز بفضای زیر سخت شامه رفتن

و ایجاد خونریزی کند و نیز ممکنست در هیپوتانسین داخل جمجمه ای يك

پونکسیون لومبر باعث خونریزی سود و رال گردد و همچنین در پونکسیون  
فونتانل نیز ممکنست این ضایعه پیش آید . بطور کلی ضربه های بعد از  
زایمان نادرند و گاهی هم ضربه های نئوناتال آنورمال در سابقه بیمار وجود  
دارد در سایر موارد که فراوانترند نمیتوان ضربه های نئوناتال فیزولوژیک  
و یا یک زمینه آنورمال پیدا کرد .

مطالعه در سابقه فامیلی این بیماران اطلاعات جالبی بمانمید همد  
در ۱۷ مورد این بیماری فقط یک مورد سیفیلیس در مادر مشاهده شده است در  
این مورد راکسیون سرولوژیک سیفیلیس با وجود درمانهای آنتی سیفیلیک  
در زمان حاملگی مثبت بوده است در تمام موارد پیش برادران و خواهران  
بیمار هیچ نوع هماتوم سود و رال دیدنشده است بخصوص پیش خواهان  
دوقلوی یکی از بیماران هماتوم سود و رال وجود نداشته است .

- جستجوی عفونت ها : عفونتهای مزمن بخصوص سیفیلیس و سسلی

بدقت مورد مطالعه قرار گرفته اند پیش هیچ یک از این بیماران علائم کلنیک

وراد یولوژی بیمارهای فوق دیده نشده است حتی در پیش بیمارانی که مادرشان سیفیلیتیک بوده اند آزمایش سرولوژی طبیعی میباشد این بیماران اخیر در سه ماه اول زندگی خود شان آزمایش سرولونیک سیفیلیس مثبت داشتند که بتدریج منفی گردیده اند بطور کلی مطالعات سرولونیک در ۲۲ مورد انجام شده و فقط در یک مورد بطور موقت مثبت شده است مطالعات روی عفونت های سلی همه اش منفی بودند بجز در پیش دو مورد از بیماران مورد مطالعه که بوسیله واکسینه شده بودند ولی برعکس عفونتهای حاد در سابقه این بیماران زیاد دیده شده است و معمولا در پیش شیرخواران - بستری در بیمارستان زیاد دیده شده است. ما در ۲۳ مورد از این بیماران عفونت حاد مشاهده کرده ایم که اینها عبارتند از :

رینویرونشیت توام با اوتیت در ۱۵ مورد دزهیدراتاسیون حاد درد و مورد ادم ریه تحت حاد در ۲ مورد اختلالات گوارشی تب دار در ۴ مورد کسره ریه مرگه از هم بیشتر عفونتهای تنفسی راههای فوقانی تنفسی است ولی با این حال

- عفونتهای حاد را هرگز نمیتوان مسئول قطعی هماتوم سود و رال دانست .
- ۵ / فقر غذایی از مدتها پیش دانشمندان کمبود غذایی و اختلالات تغذیهای را یادآوری کرده اند بخصوص کمبود ویتامینهای K , C , D مانیزم عملاً در خیلی از بیماران مبتلا به هماتوم سود و رال شیره دادن مصنوعی و علائم راشی تیسیم آویتامینوز C و بطور کلی پلی کارانن مشاهده کردیم در ده مورد راشی تیسیم مشاهده شده است و در دو مورد علائم تخییبرات رادیولوژیک اسکوریوت دیده شده است.
- ۵ / مطالعات خونی در ۲۰ مورد از بیماران یک عده حالات خونریزی نشان - داده اند که مقدار هروروسین نیز در ۱۵ مورد مطالعه شده است که در ۸ مورد نرمال و در ۷ مورد پائین تر از طبیعی بود است در ۱۰ مورد از این بیماران یک کمبود قابل ملاحظه هروروسین در موقع ورود به بیمارستان داشته اند که بتدریج با تزریق ویتامین K برطرف شده است یک مورد از این بیماران پوریورا جلدی داشته که چند روز بعد در محل تزریق اکیموز -

پیدا شده است و در همین بهار مقاومت مویزگی و تعداد پلاگما طبیعی  
بوده است .

۷ / عیوب مادرزادی که تا ما وجود دارند يك جدا از دانشندان معتقدند

که در هماتوم سود و رال يك آنورمالی مادرزادی سخت شامه و جزد دارد که باعث  
این هماتوم سود و رال میشود بطور کلی در ۳۱ مورد از بیماران مورد مطالعه  
ماهیچ نتیجه ثابتی از نظر ایتو لوزی بدست نیامده است :

ضربه موقع زایمان فقط در ۴ مورد دیده شده و در ۴ مورد دیگر  
مشکوک به ضربه بوده اند ضربه بعد از زایمان نیز اصلا دیده نشده است  
عفونتهای حاد راههای تنفسی فوقانی فراوان دیده شده است ولی این  
عفونتها معمولا در پيش شیرخواران وجود دارد مال نوتروسپین و تغذیه  
مصنعی فراوان دیده شده است . هیپو پروترومبین امی در نصف موارد  
دیده شده مالفوراسیونهای مادرزادی خیلی کم دیده شده است .  
بنابراین هماتوم سود و رال در اغلب موارد بصورت يك بیماری اولیه ظاهر



میشود یعنی طتشناشناخته میماند ولی باوجود این این بهطاری پیش اطفالی  
که شرائط زندگی و تغذیه ای آنها خوب نیست یعنی شهر منومی نبودن شیر مادر  
منویتهای مکرر سوء تغذیه و بالاخر مپلی کارانس دارند دیده میشود .  
" مشاهدات کلنیکی " "  
علامت اپانشمان سود و رال بخوبی روشن شده است اما فقط در اینجا علائم  
را بر حسب و فور و ظهور زمانی تقسیم بندی میکنیم . مثلا علائم متعددی -  
نشان دهنده هماتوم سود و رال میباشد که در بین آنها بزرگ شدن  
حجم جمجمه و اختلالات تدریجی تنوس عضلات یا يك عقب ماندگی  
پهیکوتور مارا متوجه احتمالی وجود هماتوم سود و رال میکنند ولی این علائم  
موقعی بیماری هماتوم سود و رال را نشان نمیدهند میکنند که از اول وجود نداشته  
باشند باین جهت تنها در این مرحله پنکسیون فضای سود و رال برای -  
تشخیص قطعی لازم است بدین جهت ما علائمی را جستجو میکنیم  
که این علائم قبل از پیدایش تغییرات پاتولوژیک قطعی ظاهر میشوند  
در این علائم افزایش اندازه محیط سر یا عبارت بهتر سرعت رشد غیر طبیعی

سرمهتر از همه میباشد بدین جهت برای بررسی يك شهرخوار مشكوك  
به هماتوم سود و رال بایستی مرتباً محیط سراورا اندازگه گیری کرد .

( مطالعه آنالیتیکه علامت اصلی کلنیکی )

الف - افزایش حجم جمجه در ۱۸ مورد از ابسرواسیونها مشاهده گردیده که  
در ۱۴ مورد آنها این افزایش تمام جمجه را فراگرفته و در ۴ مورد این  
افزایش فقط در يك طرف بود استواگر اندازسریك بجه مشكوك بو این بیماری  
طبیعی باشد لازم است با فواصل زمانی کم اندازه سراورا گرفته و یادداشت نمائیم  
همچنین علامت زهرا میتوان یادآوری کرد باز شدن سوتورها در ۱۲ مورد  
سیرکولاسیون و ریدی سطح جمجه در ۸ مورد زیاد شده و در ۱۲ مورد  
سطح فونتانیل قدامی افزایش یافته .

ب - عقب ماندگی پسیکوموتور مطالعه روی ۲۶ مورد از بیماران در ۱۵ مورد این  
علامت وجود نداشت در ۱۱ مورد موجود بوده است .

ج - تشنج ها - در ۱۴ مورد دیده شده است که ۹ مورد آن ژنرالیزه -

بوده و ۳۵ مورد لوکالیزه و ۲ مورد بصورت حملات هیپرتونیک حرکات  
کرمای نرم لاینقطع دريك مورد وجود داشته است.

اختلالات تنوس عضلانی در ۱۸ مورد وجود داشته که باشکال زبردیده

شده اند :

- در ۸ مورد بصورت هیپرتونی کامل در ۹ مورد بصورت هیپوتونی ژنرالیزه -
- و در ۱ مورد دريك زمینه هیپرتونی حملات هیپرتونیک ظاهر شده که بتدریج -
- ژنرالیزه گردیده در ۷ مورد پارالیزهائی مشاهده شده است که این
- پارالیزه ها فقط يك طرف بدن را میگیرند و بعد از تشنج ها ظاهر
- میگردند : همی پلژی در ۴ مورد بعلمت هماتوم یکطرفی مقابل پارالیزی
- پارالیزی فاسیال چپ دريك مورد بعلمت هماتوم و طرفی پارالیزی یکطرفی عقب
- حرکه چشمی خارجی در ۲ مورد رفلکسهای تاندینوگاسی شدت پیدا میکند
- اختلالات شعوری بشکل خواب آلودگی عمیق و متد در ۳ مورد و در ۱ مورد
- بشکل از بین رفتن موقتی شعور و در ۴ مورد بشکل افزایش تحریک پذیری و آرتاسیون

• وبخوابی

(( علائم عمومی ))

اختلالات درجه حرارت در ۱۲ مورد دیده شده است که در ۲ مورد آن هیپوترمی و در ۱۰ مورد بقیه همپوترمی با اشکال مختلفه که درش مورد آن احتمال وجود انفکسیون بوده ولی در ۴ مورد ش هیچ عفونتی کشف نشده است استفراغهای فراوان و مکرر در ۵ مورد دیده شد محال سوء تغذیه در ۱۴ مورد دیده شده که منجر به لاغری گردیده بطور کلی هیچ یک از علائم فوق مخصر این بیمار کنیمست و فقط در بین آنها افزایش محیط سرم هم می باشد

(( وسائل تشخیص ))

برای تشخیص قطعی این بیماری بایستی بمحض مشکوک شدن آزمایشهای پونکسیون لومبر و پونکسیون سود و رال را بعمل آورد این مشکوک شدن باین بیماری اغلب اوقات بجلت مشاهده یک سر بزرگ می باشد و برای بررسی این علامت بایستی

ارتقام محیط سر را در سنن مختلف را بدانیم .

علاوه بر امتحانات محیط سر و پنکسیون لومبر و پنکسیون سود و رال امتحانات

دیگر جهت تعیین شدت و انتشار اپانسمان باید کرد که عبارتند از : در معاینه چشم

که گاهی نقاط خونریزی در ریه‌ها را نشان می‌دهد ۲ - رادیوگرافی جمجمه

که علائم باز شدن سوتورها را در بعضی موارد نشان می‌دهد و در هر سه

مورد آزمایش رادیوگرافی شکستگی دید نشد است و تغییرات قاعده جمجمه

فیز مشاهده نشد است رادیوگرافی جمجمه بعد از تزریق هوا نیز در فضای

سود و رال گاهی اجرا می‌شود .

(( مشاهدات آناتومیك ))

—————

مطالعات آناتومیك در موقع اعمال جراحی نتایج صحیحی بدست نداده

است فقط مطالعه بعد از مرگ مسئله را حل نموده است در آزمایش ماکروسلیك و در برش

عمودی پیشانی که در طرف چپ انجام گرفته يك تجمع خویشی در سطح عمقی

سخت شاه را نشان داده است که این تجمع مایع از ناحیه پیشانی تا قاعته قد امی

ناحیه پشت سری اداه داشت در قسمت داخل تا چند سانتیمتری خط وسط کشیده شده و در خارج و باین تا سخت شاه کشیده شده است.

آزمایش میکروسکوپی : در آزمایش میکروسکوپی سخت شاه بطور قابل ملاحظه

ضخیم گردیده و در سطح عمقی این پرده عروق پر خون بوده و هماتوم در

داخل پرده سخت شاه جایگزین گردیده است بعلاوه قطعات کوچک لخته

فیبرینی و سلولولی که وارفنگی ( رامولسیمان ) پیدا کرده اند دیده میشود

سینوسهای ویدی عمقی مغز ترومبوزند دارند و فضای سود و رال خالی است

خون ندارد بلکه در بعضی نواحی چسبندگی هائی بین سطح عمقی سخت

شاه و غنکبیتیه پیدا شده است نسج مغزی مجاور هماتوم تغییراتی نشان میدهد

(( در میان ))

در بین ۳۱ ابرو اسپون ۱۲ مورد مورد عمل % جراحی قرار گرفتند

و ۱۹ مورد درمان طبی شده اند تمام این بیماران علاوه بر تغذیه صحیح و متعادل

مواد ضد خونریزی از راه تزریق دریافت کرده اند : آدرنو کسهل ویتامین ( کا ) -

ویتامین ( ث ) و ( پ ) کلسیم . با استثنای ۱۰ مورد که فقط درمان عمومی شده اند

ودر آنها د و مورد سیر بیماری مساعد بود و در ۵ مورد نامساعد و در ۳ مورد  
تعقیب نشده اند . در یکی از این موارد سیر بیماری نسبتا مساعد بود بطوریکه  
بعد از ۵ سال رشد پسیکوموتور نرمال شده اما بعزت يك رتینیت هیپرتروفیک  
کوری یکطرفی پیدا شده است ولی امروزه این درمانهای عمومی متروک گردیده  
و درمانهای فعلی یا پونکسیون تخلیه ای مکرر بوده و یا عمل جراحی است .  
در پونکسیون فونتانلی فضای سود و رال در عین حال که يك وسیله تشخیص  
خوبی میباشد اولین قدم در درمان بیماری بشمار میآید باین جهت همیشه  
بهترین راه این است که موازات درمانهای عمومی پونکسیونهای مکرر تخلیه ای  
انجام گیرد ولی باید دانست که ادامه دادن این پونکسیونهای مکرر بهتر است  
طولانی نباشد زیرا پونکسیون های پیایی خودشان ممکنست خونریزی و یا عفونتی  
اضافه کنند و همچنین پونکسیون مایع سفید مانند تمام شدن هماتوم را هیچ وقت -  
نشان نمیدهد و از طرف دیگر پونکسیون های پشت سرهم نمیتوانند سیر بیماری را  
مشخص کنند بنا بر این پونکسیون درمانی باید با دوش شرط عملی گردد :

و قتیکه پونکسیون منفی گردید بزودی بایستی با امتحانات دیگر وجود و یا عدم بیماری را