

الحوادث الوعائية الدماغية وبائيات - دراسة تحليلية

الدكتور مطيع جوني *

الدكتور عيسى لايقة **

ياسر أحمد ***

(قبل للنشر في 2005/11/10)

□ الملخص □

• دراسة وبائية لـ "150" مريضاً قبلوا في قسم الأمراض الباطنة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بتشخيص حادث وعائي دماغي خلال مدة الدراسة (عام واحد من 2004/7/1 إلى 2005/7/1) مع الإشارة لعدم توفر بيانات إحصائية محلية عن معدلات الحدوث في أعوام سابقة للمقارنة.

• توزع المرضى على الشكل التالي: "79" أنثى: 52.66% من الحالات، و "71" ذكراً: 47.33% من الحالات.

• لوحظ ازدياد تدريجي في معدل الحدوث بدءاً من العقد الخامس من العمر ليبلغ ذروته في العقد الثامن (31% من الإصابات) ولدى كلا الجنسين.

• وفقاً لنمط الحادث الوعائي الدماغى توزعت الإصابة لدى الجنسين على النحو التالي:

إقفاري: "130" مريضاً: 86.66% من المرضى.

نزفي: "20" مريضاً: 13.33% من المرضى.

• أهم عوامل الخطورة المسجلة: ارتفاع التوتر الشرياني (66% من الحالات) يليه بالترتيب: التدخين - فرط شحوم الدم - الداء السكري - الداء القلبي الإقفاري - البدانة - حادث وعائي دماغي سابق.

• تطورت الإصابة إلى الوفاة عند 16/ مريضاً أي بنسبة (10.66%) من الحالات.

* أستاذ في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

** أستاذ في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

*** طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

Cerebrovascular Accidents Epidemiology: Analytical Study

Dr. Moutieh Jouny *
Dr. Issa Laika **
Yasser Ahmad ***

(Accepted 10/11/2005)

□ ABSTRACT □

- An epidemiologic study of /150/ patients admitted to the Department of Internal Medicine in Assad University Hospital in Lattakia diagnosed of cerebrovascular accident (CVA) during one year (period of study from 1/7/2004 to 1/7/2005), without any previous data about the incidence rate in our country (comparison wise).
- The study included /79/ female (52.66%) and /71/ male (47.33%).
- It was noticed that there has been gradually increasing in the incidence rate beginning from fifth decade with a highest incidence rate at eighth decade for both (31%).
- The patients were divided according to the pattern of the CVA – and for both genders into:
 - Ischemic: 130 patients = 86.66%.
 - Hemorrhagic: 20 patients = 13.33%.
- The most important risk factors were: arterial hypertension (66%), then smoking, hyperlipidemia, diabetic mellitus, ischemic heart disease, obesity, prior CVA.
- The CVA developed to death in "16" patients = 10.66% of cases.

* Professor – Department Of Internal Diseases – Faculty Of Medicine – Tishreen University – Lattakia - Syria.

** Professor – Department Of Internal Diseases – Faculty Of Medicine – Tishreen University – Lattakia - Syria.

*** Post Graduate - Department Of Internal Diseases – Faculty Of Medicine – Tishreen University – Lattakia - Syria.

مقدمة نظرية:

تشكل الحوادث الوعائية الدماغية استناداً لمنظمة الصحة العالمية السبب الثالث الأكثر شيوعاً للوفيات في المجتمعات المتطورة وذلك بعد الداء القلبي الإقفاري والسرطان [1]. وبلغ عدد الوفيات الناجمة عنها في العام 2000 حوالي "5.54" مليون حالة وفاة في مختلف أنحاء العالم [2]. علماً أن ثلثي هذه الوفيات كانت قد لوحظت في المجتمعات الأقل تطوراً [3]. من ناحية أخرى فهي سبب رئيسي للعجز طويل الأمد مما يؤدي إلى هموم اقتصادية واجتماعية وعاطفية سواءً بالنسبة للمرضى أو لعائلاتهم أو لمراكز الخدمة الصحية [4].

تعريف:

عرفت منظمة الصحة العالمية السكتة (ال CVA) على أنها علامات سريرية تتطور بسرعة مشيرةً لاضطراب بؤري أو معمم يتناول الوظيفة الدماغية. تدوم لفترة تزيد عن 24/ ساعة (ما لم تختلط بالوفاة) وليس لهذا الاضطراب سبب واضح إلا المنشأ الوعائي.

إن هجمة نقص التروية العابرة (TIA) هي البدء المفاجئ لأعراض و/أو علامات سريرية عصبية بؤرية تستمر لفترة أقل من 24 ساعة وتنسب لنقص عابر في الإرواء الدموي للمنطقة من الدماغ المسؤولة عن هذه الأعراض والعلامات [5].

تصنيف:

تصنف السكتات في مجموعتين رئيسيتين:

1- سكتات إقفارية: بإحدى الآليات التالية (الخنثار - الانصمام - نقص الإرواء الدموي الجهازية).

2- سكتات نزفية: (النزف داخل البارنشم الدماغية - نزف تحت العنكبوتية) [6].

وبائيات:

- إن العمر والجنس والعرق هي عناصر مهمة في وبائية الحوادث الوعائية الدماغية [7].
- يشكل ارتفاع التوتر الشرياني أهم عوامل الخطورة للـ CVA على الإطلاق [8، 9]. أما باقي عوامل الخطورة فتشمل: الداء السكري - فرط شحوم الدم - التدخين - البدانة - الداء القلبي الإقفاري - الكحولية - الإنمان الدوائي (لبعض الأدوية المحظورة مثل: أمفيتامين - كوكائين) والذي يتوجب تقصيه خاصة عند مرضى السكتات من الأعمار الشابة نظراً لارتباطه بالنزوف الدماغية البارنشمية [10، 11، 12].

أهمية البحث:

نظراً لشيوع الحوادث الوعائية الدماغية ولانعكاسها الكبير على مستقبل الإنسان المهني والوظيفي والاجتماعي، فإن لهذه الدراسة دوراً هاماً في تسليط الضوء على نسبة حدوث هذه الإصابات لدى فئات المجتمع العمرية المختلفة ومن الجنسين، وإمكانية خفض عدد الإصابات بالتعرف باكراً ما أمكن على عوامل الخطورة المرتبطة بهذه الإصابات ومعالجتها، والوقاية المناسبة بعد وضع التشخيص السببي للإصابة وبالنتيجة خفض نسبة الوفيات والعجز الذي قد ينجم عنها.

هدف البحث:

دراسة وبائية الحوادث الوعائية الدماغية من حيث:

1. توزع الإصابات حسب الجنس والسن.
2. أهم عوامل الخطورة المرتبطة بهذه الإصابات.
3. نمط الحادث الوعائي الدماغى (إقفارى - نزفى).
4. دراسة سببية باستخدام الوسائل التشخيصية المخبرية والشعاعية المناسبة.
5. طبوغرافية الإصابة الوعائية الدماغية.
6. تطور الإصابة ومعدل الوفيات خلال شهر واحد من المتابعة.

عينة البحث:

تمت الدراسة على "150" مريضاً (71 ذكراً - 79 أنثى) بمتوسط عمر 64.58 ± 7.12 ، قبلوا لدينا فى قسم الأمراض الباطنة فى مشفى الأسد الجامعى باللاذقية خلال عام واحد من 2004/7/1 وحتى 2005/7/1، بتشخيص حادث وعائى دماغى، والذين أجريت لهم الفحوص التشخيصية والاستقصاءات المناسبة.

طريقة البحث:

1. دراسة ملف المريض الطبى متضمناً: الاسم - العمر - الجنس - الإقامة - تاريخ القبول - السوابق المرضية - العادات.
2. القصة المرضية مع فحص سريرى كامل (مع التركيز على قياس التوتر الشريانى بالوقوف والاستلقاء وبكلا الذراعين) وفحص عصبى دقيق.
3. تحاليل دموية كاملة (سكر الدم، شحوم وكولسترول المصل، وظائف الكبد والكلية، خضاب، تعداد الكريات البيض، سرعة التثفل).
4. تحديد نمط الحادث الوعائى الدماغى (إقفارى - نزفى) باستخدام الاستقصاءات الشعاعية المناسبة (CT باكر ومتأخر - رنين مغناطيسى فى حالات محددة).
5. تحديد طبوغرافية الإصابة الوعائية الدماغية (دوران أمامى - دوران خلفى) بالاعتماد على المعطيات السريرية والشعاعية.
6. دراسة سببية تتضمن:
 - دراسة قلبية (تخطيط قلب - صورة بسيطة للصدر - إيكو قلب).
 - دراسة السباتيين بواسطة الإيكودوبلر.
 - بزل قطنى (فى حالة الشك بالنزف تحت العنكبوتية مع سلبية CT الدماغ).
 - دراسة مناعية (فى حالات خاصة).
7. تطور الإصابة خلال شهر واحد: من خلال التقييم المستمر للعجز العصبى الناجم (ثبات - تراجع - نفاقم) ونسبة الوفيات الحاصلة وذلك بالفحص العصبى المنكرى للمرضى (من قبل الطبيب الباحث شخصياً) خلال فترة

الاستشفاء ضمن المشفى أو في العيادة العصبية كمراجعين في أوقات لاحقة بالاعتماد على سلم GOS (Glasgow Outcome Scale) الذي يصنف العجز إلى خمس درجات:
1- الوفاة. 2- حالة إنباتية مستمرة. 3- عجز عصبي شديد. 4- عجز عصبي معتدل. 5- تحسن جيد.

النتائج والمناقشة:

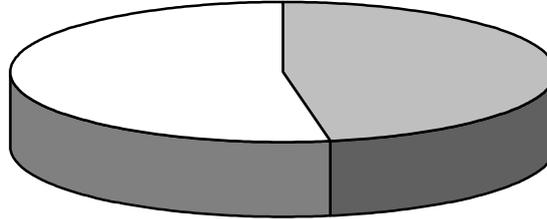
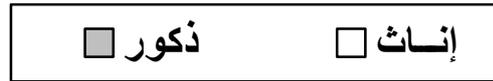
- عدد مرضى الدراسة: (150) مريضاً.
- مدة الدراسة: عام واحد من 2004/7/1 ولغاية 2005/7/1.

توزيع الإصابات حسب الجنس:

جدول رقم (1): يبين توزيع الإصابات حسب الجنس.

النسبة المئوية (%)	عدد المرضى	الجنس
47.33	71	ذكور
52.66	79	إناث

لوحظ ارتفاع طفيف في نسبة الإصابة عند الإناث (52.66%) مقارنة بنسبة الإصابة لدى الذكور (47.33%).



مخطط رقم (1): يبين توزيع الإصابات حسب الجنس.

توزيع الإصابات حسب الفئات العمرية: (مدة الفئة العمرية عقد واحد = 10 سنوات)

جدول رقم (2): يبين توزيع الإصابات حسب الفئات العمرية.

العدد الإجمالي		إناث		ذكور		الفئة العمرية
النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	
0.66	1	-	-	1.40	1	20 - 11
2.66	4	3.79	3	1.40	1	30 - 21
2.66	4	2.53	2	2.81	2	40 - 31
8.66	13	3.79	3	14.08	10	50 - 41

20.66	31	25.31	20	15.49	11	60 → 51
27.33	41	26.58	21	28.16	20	70 → 61
31.33	47	29.11	23	33.80	24	80 → 71
5.33	8	8.86	7	1.40	1	90 → 81
0.66	1	-	-	1.40	1	100 → 91

متوسط أعمار المرضى هو: 7.12 ± 64.58 عام.

لوحظ ازدياد في معدل الوقوع بدءاً من العقد الخامس وصولاً إلى العقد الثامن. حيث سجل أعلى معدل وقوع (47 حالة) (31.33%). يلاحظ أيضاً قلة عدد الحالات عند الإناث دون الخمسين مقارنة بالذكور مع ارتفاع في عدد حالات الإصابة عند الإناث بعد الخمسين مقارنة بالذكور.

توزيع المرضى حسب مكان الإقامة:

مع الأخذ بعين الاعتبار تعدد المراكز الصحية ضمن محافظة اللاذقية وباقي المحافظات المجاورة فقد جاء توزيع مرضانا على الشكل التالي:

جدول رقم (3): يبين توزيع المرضى حسب مكان الإقامة.

محافظة ادلب	محافظة حماة	محافظة طرطوس	محافظة اللاذقية / 130 / مريض 86.66%					مكان الإقامة
			منطقة الحفة	منطقة جبله	منطقة القرديحة	اللاذقية		
						ريف	مدينة	
6	10	4	7	11	6	28	78	عدد المرضى
4	6.66	2.66	5.28	8.46	4.61	21.53	60	النسبة المئوية (%)

شكّل مرضى محافظة اللاذقية النسبة العظمى / 130 / مريضاً (86.66%) مع أرجحية سكان المدينة على الريف في منطقة اللاذقية (60% من المدينة مقابل 21.53% من الريف).

توزيع الإصابات حسب الفصول:

جدول رقم (4): يبين توزيع الإصابات حسب الفصول.

النسبة المئوية (%)	المجموع	عدد الإناث	عدد الذكور	الفصل
24	36	21	15	الشتاء
25.33	38	18	20	الربيع
29.33	44	22	22	الصيف
21.33	32	18	14	الخريف

لوحظ تقارب في معدلات الوقوع في الفصول المختلفة من السنة مع ارتفاع طفيف في معدل الوقوع في فصل الصيف مقارنة مع باقي الفصول.

فترة الاستشفاء:

تراوحت بين 3 إلى 60 يوماً أي بمعدل وسطي بمعدل وسطي يقدر بـ 9.38 ± 4.3 يوم للمريض الواحد.

عوامل الخطورة بشكل عام:

جدول رقم (5): يبين عوامل الخطورة بشكل عام.

العدد الإجمالي		إناث		ذكور		عامل الخطر
النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	
43.33	65	11.39	19	64.78	46	التدخين
7.33	11	-	-	15.49	11	الكحولية
27.33	41	37.97	30	15.49	11	البدانة
37.33	56	41.77	33	32.39	23	الداء السكري
40.66	61	50.63	40	29.57	21	فرط شحوم الدم
6.66	10	8.86	7	4.22	3	فرط حمض البول
7.33	11	5.06	4	9.85	7	قصور كلوي مزمن
21.33	32	17.72	14	25.35	18	حادث وعائي دماغي سابق
8	12	10.12	8	5.63	4	سوابق T.I.A
8	12	8.86	7	7.04	5	شدة نفسية
3.33	2	-	1	-	1	احمرار دم
	1	-	1	-	-	ابيضاض نقوي حاد
	1	-	-	-	1	ابيضاض لمفاوي مزمن
	1	-	1	-	-	فرقرية نقص الصفائح

عوامل الخطورة الوعائية القلبية:

جدول رقم (6): يبين عوامل الخطورة الوعائية القلبية.

العدد الإجمالي		إناث		ذكور		عامل الخطورة
النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	
66	99	75.94	60	54.92	39	ارتفاع التوتر الشرياني
36	54	35.44	28	36.61	26	نقص تروية قلبية أو احتشاء
20	30	26.58	21	12.67	9	اضطراب نظم
8	12	5.06	4	11.26	8	قصور قلب
20	30	24.05	19	15.49	11	آفات دسامة

من الجدولين (5) و (6) نلاحظ:

شكل ارتفاع التوتر الشرياني عامل الخطورة الأهم لدى معظم المرضى (99) مريضاً أي بنسبة (66%). يليه التدخين: 65 مريضاً أي بنسبة (43.3%) ثم فرط شحوم الدم فالداء السكري فالداء القلبي الإقفاري فالبدانة على التوالي. شكل التدخين عامل الخطورة الأكثر أهمية لدى الذكور يليه ارتفاع التوتر الشرياني ثم الداء القلبي الإقفاري. أما لدى الإناث فقد كان ارتفاع التوتر الشرياني عامل الخطورة الأكثر أهمية ثم فرط شحوم الدم فالداء السكري. من هنا تبرز أهمية الكشف المبكر عن ارتفاع التوتر الشرياني بين فئات المجتمع واتخاذ التدابير العلاجية الكفيلة بالوقاية من حدوث الإصابات الوعائية الدماغية. يذكر أنه لم تسجل أية حالة إدمان دوائي عند مجمل مرضى الدراسة.

اضطرابات النظم المشاهدة:

جدول رقم (7): يبين اضطرابات النظم المشاهدة.

اضطراب النظم	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية
رجفان أذيني	5	17	22	73.33
أخرى	5	3	8	26.66

شكل الرجفان الأذيني أهم اضطرابات النظم لمشاهدة عند المرضى (22 مريضاً) 14.66% من مجموع مرضى الدراسة.

العلاقة بين تعدد عوامل الخطورة وحدوث الـ C.V.A:

جدول رقم (8): يبين العلاقة بين تعدد عوامل الخطورة وحدوث الـ C.V.A.

عدد عوامل الخطورة	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية (%)
دون عامل خطورة واضح	1	3	4	2.66
عامل خطورة واحد	7	5	12	8
عاملي خطورة	22	14	36	24
3 عوامل خطورة أو أكثر	40	58	98	65.33

لوحظ أن 65.33% من المرضى لديهم أكثر من 3 عوامل خطورة مجتمعة وهذا دليل على تزايد نسبة حدوث الحوادث الوعائية الدماغية طردياً مع ازدياد عوامل الخطورة. مع الإشارة إلى وجود نسبة ضئيلة من المرضى دون عامل خطورة واضح مما يستدعي المزيد من الفحوص والاستقصاءات.

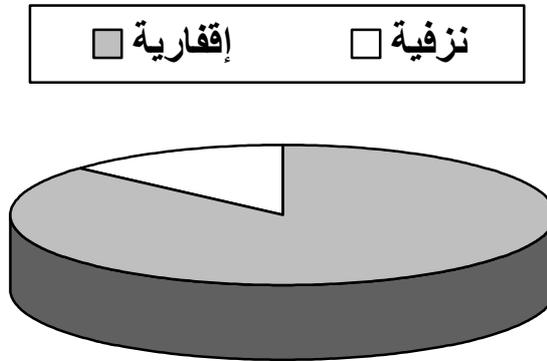
تصنيف السكتات حسب النمط:

توزع المرضى على الشكل التالي:

جدول رقم (9): يبين توزع المرضى حسب نمط السكتة.

نمط السكتة	عدد المرضى	النسبة المئوية (%)
إقفارية	130	86.66
نزفية	20	13.33

نلاحظ أن السكتات الإقفارية تمثل (86.66%) من الحالات بينما السكتات النزفية تمثل (13.33%) من الحالات وهذا ما يتوافق مع النسب العالمية [13].



مخطط رقم (2): يبين توزع المرضى حسب نمط السكتة.

الاستقصاءات:

التصوير الطبقي المحوري الباكر: أجري لكل مرضى الدراسة خلال 24/ ساعة من القبول في المشفى. وكانت نسبة إيجابيته على الشكل التالي:

جدول رقم (10): يبين نتائج الـ CT الباكر لدى مرضى الدراسة.

نتيجة الـ CT الباكر للدماغ	نزف دماغي	عدم ظهور نزف مع وجود علامات باكرة لاحتماء دماغ
العدد والنسبة	18 مريضاً = 90%	78 مريضاً = 60%

كان الـ CT الباكر للدماغ سلبياً تماماً (ضمن الطبيعي) عند باقي المرضى اعتماداً على توصيف الأخصائي طبيب الأشعة.

إيكو القلب: أجري لـ 80 مريضاً (أي بنسبة 61.53% من مرضى السكتات الإقفارية)، من قبل الأخصائي طبيب القلب في العيادة القلبية للمشفى، والجدول (11) يظهر النتائج.

إيكو دوبلر الشرايين السباتية: أجري لـ 30 مريضاً (أي بنسبة 23.07% من مرضى السكتات الإقفارية)، من قبل الأخصائي طبيب الأشعة في وحدة التصوير بالصدى في قسم الأشعة في المشفى، والجدول (12) يظهر النتائج. تعذر إجراء إيكو القلب وإيكو دوبلر الشرايين السباتية لباقي المرضى لأسباب تقنية.

جدول رقم (11): يبين نتائج إيكو القلب.

نتيجة إيكو القلب	العدد	النسبة المئوية (%)
توسع أذينة يسرى	20	25
اعتلال عضلة قلبية توسعي	5	6.25
اضطراب حركية البطين الأيسر	14	17.5
آفات دسامية	22	27.5
بدون موجودات مرضية	42	52.5

جدول رقم (12): يبين نتائج دوبلر السباتيين.

نتيجة دوبلر السباتيين	العدد	النسبة المئوية (%)
تضييق < 70% من لمعة الوعاء	3	10
تضييق > 70% من لمعة الوعاء	24	80
ضمن الطبيعي	3	10

السكتات النزفية:

عدد المرضى الكلي (20) مريضاً (14 ذكراً و 6 إناث).

جدول رقم (13): يبين توزع مرضى السكتات النزفية حسب الجنس والفئات العمرية المختلفة.

العمر	نزف بارانشيمي		نزف تحت العنكبوتية	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
العقد الثاني	1	-	-	-
العقد الثالث	1	-	-	-
العقد الرابع	-	-	-	-
العقد الخامس	3	-	-	-
العقد السادس	2	1	-	1
العقد السابع	3	-	1	-
العقد الثامن	2	2	1	-
العقد التاسع	-	1	-	-
المجموع	12	5	2	1
العدد	17		3	
النسبة المئوية	%85		%15	

يلاحظ زيادة نسبة النزوف البارانشيمية (17 حالة) مقارنة مع النزف تحت العنكبوتية مع زيادة في الإصابة بدءاً من العقد الخامس وحتى العقد الثامن والذي يرتبط على ما يبدو بارتفاع التوتر الشرياني عامل الخطورة الأكثر أهمية عند هؤلاء المرضى.

نمط النزف البارانشيمي:

جدول رقم (14): يبين نمط النزف البارانشيمي.

نمط النزف	عدد المرضى	النسبة المئوية (%)
نزوف فصية	7	41.17
نزوف النوى القاعدية	6	35.29
نزوف جذع الدماغ	4	23.52
نزوف المخيخ	-	-

نلاحظ هنا أن النزوف الفصية شكلت النسبة الأعلى تتلوها نزوف النوى القاعدية.

أهم عوامل الخطر المسجلة في النزوف البارانشمية:

جدول رقم (15): يبين أهم عوامل الخطر المسجلة في النزوف البارانشمية.

عامل الخطر	ذكور	إناث	العدد الكلي	النسبة المئوية (%)
ارتفاع التوتر الشرياني	10	3	13	76.47
التدخين	6	1	7	41.17
الكحولية	1	-	1	5.88
مضادات الفيتامين K	2	3	5	29.41

يبين هذا الجدول أن ارتفاع التوتر الشرياني هو عامل الخطورة الأهم في النزوف يليه التدخين فالأدوية (المميعات).

أهم الموجودات السريرية لدى مرضى النزوف الدماغية البارانشمية:

عدد المرضى الكلي = 17 مريضاً.

جدول رقم (16): يبين أهم الموجودات السريرية للنزوف الدماغية البارانشمية.

الموجودات السريرية	عدد المرضى	النسبة المئوية (%)
العمر المتقدم	14	82.35
الحدوث خلال الجهد (فيزيائي - فكري)	10	58.82
علامات ارتفاع التوتر داخل القحف (صداع+إقياء)	10	58.82
اضطراب الوعي	11	64.70
صلابة النقرة	7	41.17
قصة ارتفاع توتر شرياني	13	76.47

الجدول رقم (16) يبين أهم الموجودات السريرية لدى مرضى السكتات النزفية مع نسب تواجدها لدى مرضانا (دون الاعتماد عليها في التشخيص النهائي)، ويلاحظ أن أهمها لدى مرضانا هو:

1. العمر المتقدم.
2. قصة ارتفاع توتر شرياني.
3. اضطراب الوعي الشديد إلى درجة السبات.

إيجابية التصوير الطبقي المحوري الباكر في السكتات النزفية:

جدول رقم (17): يبين إيجابية التصوير الطبقي المحوري الباكر في السكتات النزفية.

نوع الإصابة	الإيجابية	النسبة المئوية (%)
نزف تحت العنكبوتية	2 مريض	66.66

تطور الإصابة في النزوف البارانشيمية خلال شهر من المتابعة:

جدول رقم (18): يبين تطور الإصابة في النزوف البارانشيمية خلال شهر من المتابعة.

النسبة المئوية (%)	العدد	سير الإصابة
70.58	12	استقرار
5.88	1	تراجع
-	-	تفاقم
23.52	4	وفاة

اعتماداً على سلم GOS وذلك بالتقييم العصبي المتكرر ضمن المشفى أو في العيادة العصبية في أوقات لاحقة.

ويلاحظ هنا أن معدل الوفيات في السكتات النزفية هو 20% (4 حالات من أصل 20 حالة) وهو منخفض نسبياً في دراستنا (بالمقارنة مع الدراسات العالمية التي تقدره بـ 50%) [13].

النزوف تحت العنكبوتية:

3 مرضى (2 ذكور + 1 أنثى).

تم التشخيص في حالتين بالـ CT الباكر للدماغ. واستدعى الأمر إجراء بزل قطني في الحالة الثالثة (بسبب سلبية الـ CT الدماغ) لإثبات التشخيص. سجل التحسن في الحالات المذكورة خلال فترة المتابعة (شهر واحد) اعتماداً على سلم GOS لتقييم العجز العصبي النهائي.

السكتات الإقفارية:

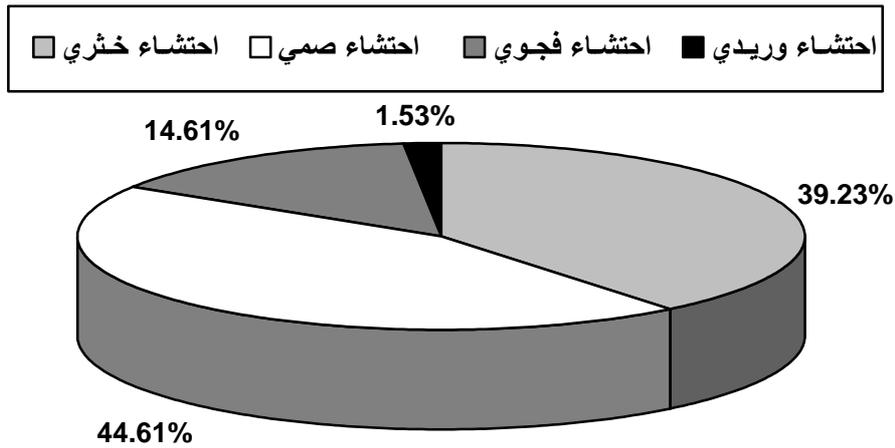
عدد المرضى الكلي = 130 مريضاً (86.66% من مجمل السكتات).

توزيع المرضى حسب نمط الإصابة:

في ظل غياب تصوير شرايين الدماغ الظليل وبالاعتماد على جملة من المعطيات والموجودات السريرية والشعاعية (التي سترد تباعاً في الجداول اللاحقة). تم تصنيف الإصابات لدى مرضى الإقفار الدماغى تبعاً للآلية الإضرابية إلى ما يلي:

جدول رقم (19): يبين توزيع مرضى السكتات الإقفارية حسب نمط الإصابة.

النسبة المئوية (%)	المجموع	إناث	ذكور	نمط السكتة
39.23	51	30	21	احتشاء خثري
44.61	58	33	25	احتشاء صمي
14.61	19	9	10	احتشاء فجوي
1.53	2	2	-	احتشاء وريدي



مخطط رقم (3): يبين توزع مرضى السكتات الإقفارية حسب نمط الإصابة.

ويلاحظ زيادة نسبية في الاحتشاءات الصمية مقارنة بالاحتشاءات الخثارية، ونسبة مقارنة للنسب العالمية في الاحتشاء الفجوي (الذي يقدر عالمياً بـ 15% من إجمالي السكتات) [13].

الاحتشاء الخثاري:

عدد المرضى = 51 مريضاً (39.23% من مجمل السكتات الإقفارية).

توزع مرضى الاحتشاء الخثاري حسب الجنس:

جدول رقم (20): يبين توزع مرضى الاحتشاء الخثاري حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية (%)
ذكور	21	41.17
إناث	30	58.82

ويلاحظ زيادة إصابة الإناث بالاحتشاءات الخثارية مقارنة بالذكور.

توزع مرضى الاحتشاء الخثاري حسب الفئات العمرية:

جدول رقم (21): يبين توزع مرضى الاحتشاء الخثاري حسب الفئات العمرية.

العمر	العقد الرابع	العقد الخامس	العقد السادس	العقد السابع	العقد الثامن	العقد التاسع	العقد العاشر
العدد	1	3	14	15	15	2	1
النسبة المئوية (%)	1.96	5.88	27.45	29.41	29.41	3.92	1.96

ويلاحظ رجحان الإصابة ما بين العقد السادس وحتى الثامن والذي يبدو مرتبطاً بالتصلب العصيدي.

أهم عوامل الخطورة في الاحتشاء الخثاري:

جدول رقم (22): يبين أهم عوامل الخطورة في الاحتشاء الخثاري.

عامل الخطر	ذكور	إناث	العدد الكلي	النسبة المئوية (%)
ارتفاع التوتر الشرياني	9	24	33	64.70
فرط شحوم الدم	10	20	30	58.82
الداء السكري	8	14	22	43.13
التدخين	14	9	23	45.09
البدانة	6	12	18	35.29
حادث وعائي دماغي سابق	5	5	10	19.60
هجمات نقص تروية عابرة	5	4	9	17.64

ويلاحظ أن ارتفاع التوتر الشرياني يبقى عامل الخطورة الأهم في الاحتشاءات الخثرية، يليه فرط شحوم الدم ثم التدخين والداء السكري وكلها تعبر عن التصلب العصيدي المعمم.

طبوغرافيا الإصابة:

1. باحة السباتي (دوران أمامي): عدد الحالات 45 حالة أي بنسبة 88.23%.
توزعت على النحو التالي: - باحة المخي المتوسط 42 حالة بنسبة 82.35%.
- باحة المخي الأمامي 3 حالات بنسبة 5.88%.
2. باحة الفقري القاعدي (دوران خلفي) - (6 حالات، 11.76%).
ويلاحظ أن معظم الإصابات تركزت في باحة السباتي وعلى حساب الشريان المخي الأوسط بشكل كبير.

أهم الموجودات السريرية للاحتشاء الخثاري:

جدول رقم (23): يبين أهم الموجودات السريرية للاحتشاء الخثاري.

الموجودات السريرية	العدد	النسبة المئوية (%)
هجمات نقص تروية عابرة سابقاً	9	17.64
العمر المتقدم (< 60 سنة)	33	64.70
التطور التدريجي للعجز العصبي	32	62.74
البدء خلال النوم أو بعد النهوض	28	54.90
الحفاظ النسبي على الوعي	44	86.27
علامات إصابة شريانية معممة ش. إكليلية - ش. محيطية	38	74.50

يلاحظ هنا أن أهم المعطيات والقرائن السريرية الموجهة نحو الاحتشاء الخثاري لدى مرضانا كانت:

1. سلامة الوعي بشكل نسبي.
 2. علامات تعمم الأذية الوعائية (كدلالة على التصلب العصيدي المعمم).
 3. العمر المتقدم (< 60 سنة).
 4. التطور التدريجي للعجز العصبي.
- * من الجدير بالذكر أن الاحتشاء الخثاري يسبق في 60% من الحالات بهجمات من نقص التروية العابرة [6].

تطور الإصابة في الاحتشاءات الخثارية:

جدول رقم (24): يبين تطور الإصابة في الاحتشاءات الخثارية.

النسبة المئوية (%)	العدد	التطور
45.09	23	استقرار
27.45	14	تراجع
19.60	10	تفاقم
7.84	4	وفاة

اعتماداً على سلم GOS لتقييم العجز العصبي النهائي خلال فترة المتابعة في المشفى. يلاحظ أن عدد الحالات المتوفية في دراستنا = 4 حالات أي بنسبة 7.84% والذي يبدو منخفضاً عند مقارنته بالدراسات العالمية (الذي تقدره بـ 10% من الحالات) [13]. والذي قد يعكس فعالية التدابير العلاجية المتبعة في مشفانا.

الاحتشاء الفجوي:

عدد المرضى 19 مريضاً (14.61% من مجمل مرضى السكتات الإقفارية).

توزع مرضى الاحتشاء الفجوي حسب الجنس:

جدول رقم (25): يبين توزع مرضى الاحتشاء الفجوي حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية (%)
ذكور	10	52.63
إناث	9	47.36

يلاحظ من الجدول رجحان طفيف في إصابة الذكور دون أن يكون لهذا الرجحان قيمة معنوية إحصائية.

توزع مرضى الاحتشاء الفجوي حسب العمر:

جدول رقم (26): يبين توزع مرضى الاحتشاء الفجوي حسب العمر.

العقد	العدد	النسبة المئوية (%)
الخامس	2	10.52
السادس	3	15.78
السابع	8	42.10
الثامن	6	31.57

ويلاحظ من الجدول ارتفاع تدريجي في معدل الإصابة بالاحتشاء الفجوي بدءاً من العقد الخامس حتى يبلغ الذروة في العقد السابع (42.1% من الحالات).

أهم عوامل الخطورة في الاحتشاء الفجوي:

جدول رقم (27): يبين أهم عوامل الخطورة في الاحتشاء الفجوي.

عامل الخطر	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية (%)
ارتفاع التوتر الشرياني	9	9	18	94.73
فرط شحوم الدم	1	2	3	15.78
التدخين	7	4	11	57.89
الداء السكري	4	5	9	47.36
البدانة	3	2	5	26.31

ويلاحظ أن ارتفاع التوتر الشرياني هو عامل الخطورة الأهم لدى الجنسين وبنسبة تصل إلى (94.73%) يليه التدخين والداء السكري.

تطور الإصابة في الاحتشاء الفجوي:

جدول رقم (28): يبين تطور الإصابة في الاحتشاء الفجوي.

التطور	العدد	النسبة المئوية (%)
استقرار (ثبات)	2	10.52
تراجع (تحسن)	17	89.47
تفاقم	-	-
وفاة	-	-

يلاحظ من الجدول أن القاعدة في تطور الإصابة الفجوية هي التحسن (تراجع العجز) في 89.47% من الحالات دون تسجيل حالات تفاقم أو وفاة. وذلك اعتماداً على سلم GOS لتقييم العجز العصبي النهائي لدى المرضى خلال فترة المتابعة في المشفى.

طبوغرافيا الإصابة:

1. باحة السباتي (دوران أمامي): 17 حالة (89.47%) توزعت على النحو التالي:
 - باحة المخي المتوسط 16 حالة أي بنسبة 94.11% (14 حالة في الفروع العميقة).
 - باحة المخي الأمامي حالة واحدة أي بنسبة 5.88%.
 2. باحة الفقري القاعدي (دوران خلفي): 2 حالة (10.52%).
- لم يجر MRI للمرضى لعدم توفره في المشفى وتعذر إجراؤه خارجياً لأسباب تتعلق بالمرضى.

الاحتشاء الصمي:

عدد المرضى = 58 مريضاً (44.61% من مجمل مرضى السكتات الإقفارية).

توزيع مرضى الاحتشاء الصمي حسب الجنس:

جدول رقم (29): يبين توزيع مرضى الاحتشاء الصمي حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة المئوية (%)
ذكور	25	43.10
إناث	33	56.89

يلاحظ من الجدول زيادة نسبة الإصابة بالاحتشاءات الصمية لدى الإناث مقارنة بالذكور.

توزيع مرضى الاحتشاء الصمي حسب العمر:

جدول رقم (30): يبين توزيع مرضى الاحتشاء الصمي حسب العمر.

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية (%)
العقد الرابع	3	5.17
العقد الخامس	5	8.62
العقد السادس	10	17.24
العقد السابع	15	25.86
العقد الثامن	20	34.48
العقد التاسع	5	8.62

ويلاحظ من الجدول أن ذروة الإصابة هي العقد الثامن مع وجود حالات في أعمار باكرة نسبياً (العقد الرابع والعقد الخامس) بالمقارنة مع باقي أنماط الاحتشاءات.

أهم عوامل الخطورة في الاحتشاء الصمي:

جدول رقم (31): يبين أهم عوامل الخطورة في الاحتشاء الصمي.

عامل الخطر	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية (%)
ارتفاع توتر شرياني	16	20	36	62.06
داء سكري	9	13	22	37.93
فرط شحوم الدم	10	14	24	41.37
التدخين	17	5	22	37.93
رجفان أذيني	5	16	21	36.20

يبقى ارتفاع التوتر الشرياني يليه شحوم الدم ثم الداء السكري والتدخين أهم عوامل الخطورة مع ملاحظة وجود نسبة هامة لاضطرابات النظم وخاصة الرجفان الأذيني (36%).

طبوغرافيا الإصابة:

1. باحة السباتي (دوران أمامي): 54 حالة (93.10%) توزعت على النحو التالي:

- باحة المخي المتوسط: 50 حالة (86.20%)

- باحة المخي الأمامي: 4 حالات (6.89%).
2. باحة الفقري القاعدي (دوران خلفي): 4 حالات (6.89%).
ويلاحظ أن الشريان المخي الأوسط هو الأكثر عرضةً للانصمام (86.66% من الحالات).

نوع الانصمام:

بإجراء الدراسات بإيكو القلب وإيكو دوبلر السباتيين تم تصنيف الحالات حسب المصدر المحتمل للانصمام وقد شكّل الانصمام من مصدر قلبي أعلى نسبة (48.27%) مع وجود حالات بقي مصدر الانصمام فيها مجهولاً مع الإشارة لعدم القدرة على إتمام الدراسة للشريانيين الفقاريين لتعذر ذلك في مشافنا.

جدول رقم (32): يبين توزع مرضى الاحتشاء الصمي حسب مصدر الانصمام.

النسبة المئوية (%)	العدد	مصدر الانصمام
48.27	28	قلبي
24.13	14	سباتي
17.24	10	غير محدد بدقة (لتعدد المصادر المحتملة للانصمام)
10.34	6	مجهول السبب

موجودات إيكو دوبلر السباتيين التي اعتبرت مصدراً محتملاً للانصمام كان أهمها وجود لويحات عصيدية متقرحة بدون تكلس مع تضيق موضعي وتنباتات خثرية مرافقة أحياناً.

الموجودات السريرية للاحتشاء الصمي:

جدول رقم (33): يبين أهم الموجودات السريرية للاحتشاء الصمي.

النسبة المئوية (%)	العدد	الموجودات السريرية
5.17	3	هجمات نقص التروية العابرة
72.41	42	التطور المفاجئ للعجز العصبي
13.79	8	العمر الباكر نسبياً
48.27	28	وجود آفة قلبية مطلقة للصمات
86.20	50	الحفاظ النسبي على الوعي
40	24	إصابة مواقع متعددة في الدماغ في باحات شريانية مختلفة

لوحظ أن التطور المفاجئ للعجز العصبي مع وجود آفة قلبية مطلقة للصمات مع تعدد مواقع الإصابة الدماغية مع وعي محتفظ به نسبياً شكلت أهم الموجودات السريرية الموجهة نحو الانصمام كآلية للاحتشاء (دون أن نعتمد عليها كلياً في تأكيد التشخيص).

تطور الإصابة:

جدول رقم (34): يبين تطور الإصابة في الاحتشاء الصمي.

النسبة المئوية (%)	العدد	تطور الإصابة
37.93	22	استقرار
44.82	26	تراجع
3.44	2	تفاقم
13.79	8	وفاة

سجل التحسن وتراجع العجز التطور الأهم لدى مرضى الانصمام (44.82%) مع ثبات الإصابة واستقرار العجز في الدرجة الثانية من الأهمية. ولوحظ نسبة وفيات مرتفعة (13.79%) مقارنة مع باقي أشكال الاحتشاء. اعتماداً على سلم GOS لتقييم العجز العصبي النهائي لدى المرضى خلال فترة المتابعة ضمن المشفى.

الاحتشاء الوريدي:

• عدد المرضى: مريضتان في العقد الثالث من العمر.

السوابق:

• قصة تناول مانعات حمل فموية مع قصة التهاب أذن وسطى سابق لدى إحدى المريضتين.
لم تسجل قصة رضوض سابقة أو DVT أو إجهاضات متكررة أو قصة حمل أو ولادة قريبة أو ما يشير إلى آفة مناعية لدى كلتا المريضتين.

التشخيص:

- أجري للمريضتين فحص سريري كامل مع فحص عصبي دقيق.
- أجري للمريضتين CT باكر للدماغ وكان طبيعياً.
- أجري للمريضتين مجمل التحاليل المخبرية المتوفرة لدينا (تعداد البيض - ESR - CRP - زمن ال PT وال PTT - تعداد الصفائح).
- أجري للمريضتين MRI وعائي لوضع التشخيص الدقيق.
- لم تتمكن من استكمال الدراسة لعدم توفر بعض الفحوص النوعية في مشفانا (عيار البروتين C - عيار البروتين S - عيار أنتي ترومبين III - أضداد الفوسفوليبيد - أضداد الذئبة).
- تركزت الإصابة في الجيب الطولاني العلوي لدى مريضة وفي الجيب الجانبي لدى المريضة الأخرى.
- سجل تحسن واضح لدى المريضتين بعد تلقي العلاج المناسب.

المقترحات والتوصيات:

1. زيادة الوعي الصحي والتثقيف لدى أفراد المجتمع حول الحوادث الوعائية الدماغية مع التركيز على الأعراض التي قد لا تثير الانتباه وبشكل خاص هجمات نقص التروية العابرة. والتأكيد على ضرورة طلب الرعاية الطبية المختصة لدى حدوث أي عرض يشير إلى اضطراب في الوظيفة الدماغية.
2. التركيز على ضرورة التعرف على عوامل الخطورة المختلفة عند الجنسين من كل الفئات العمرية (وبالأخص ارتفاع التوتر الشرياني) وتدريبها بشكل فعال لإنقاذ خطر الإصابة بالحوادث الوعائية الدماغية، مع الدعوى لإنشاء جمعيات خاصة لمرضى ارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري وفرط شحوم الدم لمساعدة المرضى وتثقيفهم.
3. التأكيد على استخدام الاستقصاءات الشعاعية المناسبة باكراً ما أمكن بهدف تحديد نمط الحادث الوعائي الدماغى لتطبيق العلاج الأمثل وتجنب الاختلاطات.
4. التأكيد على ضرورة توفر بعض الفحوص الهامة كال: الرنين المغناطيسي - تصوير الأوعية الظليل - الفحوص المناعية في مشفانا لزوم وضع التشخيص الدقيق، وعدم اقتصر هذه الخدمات الطبية على مشافي العاصمة فقط.
5. التأكيد على ضرورة توفر طاقم طبي مؤهل ومختص بالتعامل مع مرضى الحوادث الوعائية الدماغية خلال الاستشفاء للحد من الاختلاطات وخفض نسبة الوفيات.
6. ضرورة توافر مراكز لإعادة التأهيل لمتابعة المرضى بعد مغادرتهم المشفى وتأهيلهم بالشكل الأمثل للعودة أقرب ما يمكن للحياة الطبيعية. والدعوة لإنشاء جمعيات خاصة بمرضى الحوادث الوعائية الدماغية.
7. نشر الوعي في مستويات الريف والدعوة لتوفير أجهزة التصوير الطبقي المحوري بشكل أفضل في كل المراكز الصحية.

المراجع:

1. Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. Stroke 2000; 31: 1588-1601. MEDLINE.
2. WHO. The world health report. WHO 2000; Geneva.
3. WHO. The world health report. WHO 1998; Geneva.
4. Foulkes MA, Wolf PA, Price TR, Mohr JP, Hier DB. The stroke data bank: design, methods, and baseline characteristics. Stroke 1988; 19: 547-554. MEDLINE.
5. Albers. GW, Caplan, JR, Faston, JD, et al. Stroke and transient ischemic attack-proposal for a new definition. N Engl J Med 2002; 347: 1713.
6. Caplan, LR. Caplan's stroke, a clinical approach, 3rd ed, Butterworth-Heinemann, Boston 2000; p. 17.
7. Caplan, LR, Gorelick, PB, Hier, DB. Race, sex, and occlusive vascular disease: A review. Stroke 1986; 17:648.
8. MacMahon, S, Peto, R, Cutler, J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: Prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335:765.
9. Collins, R, Peto, R, MacMahon, S, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990; 335:827.
10. Karapanayiotides, T, Piechowski-Jozwiak, B, van Melle, G, et al. Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus. Neurology 2004; 62:1558.
11. Arenillas, JF, Molina, CA, Chacon, P, et al. High lipoprotein (a), diabetes, and the extent of symptomatic intracranial atherosclerosis. Neurology 2004; 63:27.
12. McEvoy, AW, Kitchen, ND, Thomas, DG. Intracerebral haemorrhage in young adults: The emerging importance of drug misuse. BMJ 2000; 320:1322.
13. Bamford J. et al. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1990; 53: 16. Oxfordshire (1981 to 1986).