



# ProjeCenter

[www.ProjeCenter.ir](http://www.ProjeCenter.ir)

 | @projecenter

 | @projecenter\_ir



www.khark.com

## فهرست مطالب

| موضوع   | صفحه |
|---|------|
| خلاصه .....   | ۱    |
| فصل اول : مقدمه و کلیات .....                                 | ۲    |
| مقدمه .....   | ۲    |
| آناتومی و فیزیولوژی (۱،۲) .....                               | ۳    |
| عصب اکولوموتور : .....  | ۳    |
| عصب تروکلئار : .....  | ۵    |
| عصب زوج شش (VI): .....  | ۶    |
| ترومای سر و انواع آن .....                                    | ۷    |
| بیان مسأله و اهمیت موضوع .....                                | ۸    |
| مروری بر مطالعات مشابه .....                                  | ۸    |
| اهداف ، فرضیات و سؤالات پژوهشی .....                          | ۱۱   |
| اهداف ویژه : .....  | ۱۱   |
| سؤالات پژوهشی .....   | ۱۱   |
| فصل دوم : روش کار .....                                       | ۱۲   |
| نوع و روش مطالعه .....  | ۱۳   |
| برآورد تعداد نمونه .....                                      | ۱۳   |
| روش نمونه گیری .....  | ۱۳   |
| متغیرها .....   | ۱۳   |
| روش اجرای طرح .....   | ۱۴   |
| روش تجزیه و تحلیل داده ها .....                               | ۱۴   |
| محدودیت و مشکلات اجرایی طرح .....                             | ۱۴   |
| فصل سوم : نتایج .....   | ۱۵   |
| نتایج .....   | ۱۶   |
| فصل چهارم: بحث .....  | ۲۵   |
| بحث : .....   | ۲۶   |
| براساس سطح هوشیاری بیماران در ۴ گروه تقسیم بندی شدند : .....  | ۳۰   |
| شیوع شدت ضربه به سر در بدو ورود بیمار به قرار زیر است : ..... | ۳۰   |

نکات مهم : ..... ۳۲

نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات ..... ۳۳

REFERENCES: ..... ۳۵

## خلاصه

چشم از راههای مختلفی می تواند دچار آسیب شود . تروما بعنوان یکی از علل کاهش دید و دوبینی و فلج زوجهای حرکتی چشم مطرح است . یکی از علل ترومای چشم و آسیب بینایی نیز همراهی ضربه مغزی با آسیب به چشم می باشد . هدف ما از این مطالعه شناخت بیشتر شیوع فلج زوجهای حرکتی چشم در افراد دچار ضربه مغزی و ضربه به سر بوده است . این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و به روش Case Series انجام گرفته است که در بهار و تابستان ۱۳۸۵ و بر روی ۳۰۰ نمونه از بیماران ضربه مغزی و بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان شهید رهنمون یزد صورت گرفته است . میانگین سنی جامعه مورد بررسی ۴۶ سال با محدوده سنی ۱ تا ۸۷ سال بوده است . ۲۴۲ نفر (۸۱٪/۱) از آنها را مردان و ۵۸ نفر (۱۸٪/۹) را زنان تشکیل می دادند در مجموع ۷ نفر دچار فلج زوجهای حرکتی چشم بودند که ۵ نفر از آنها (۷۱٪) مرد و ۲ نفر (۲۹٪) زن می باشند . در گروه سنی ۱۴-۱ سال ، شیوع ضایعات فلجی بیشتر بوده است . در بررسی توزیع فراوانی وضعیت بینایی بیماران و مشکلات چشمی ، دوبینی از همه شایعتر بود (۶٪/۶) از کل بیماران بستری شده ۲۰۲ نفر سطح هوشیاری طبیعی داشتند (۶۷٪/۳) و تنها ۸ نفر GCS کمتر از ۸ داشته اند (۲٪/۷) از نظر فلج اعصاب حرکتی چشم ، عمده درگیری عصبی در زوجهای ۴ و ۶ دیده می شود . در مجموع ۷ نفر از بیماران فلج پایدار عصبی پیدا کرده اند . و ۲۳ نفر دیگر فلج گذرای اعصاب حرکتی چشم را نشان داده اند . بیشترین آسیب وارد شده مربوط به هماتوم ساب دورال و ساب آراکنوئید است که هرکدام در ۲۲٪/۹ موارد دیده می شود . ارتباطی بین سن و جنس و نوع فلج عصب نیز وجود نداشت .

**Conclusion :** هر چند فلج اعصاب کرانیال در ترومای به سر خیلی شایع نمی باشد لیکن لزوم توجه به معاینات چشم پزشکی در موارد ضربه مغزی وجود دارد از طرفی با توجه به عدم شناخت دقیق علل منجر به ضایعات حرکتی چشم نیاز به تحقیقات وسیعتر بعدی می باشد .

## فصل اول : مقدمه و کلیات

## مقدمه

تروما به سر از شایعترین حوادث و تروماهای موجود در جوامع بشری و از جمله در کشور ما می باشد که از علل شایع مرگ و میر نیز به شمار می آید. آسیب پذیری در بچه ها بیشتر مشاهده می شود. این آسیب از درجات متفاوتی برخوردار است و از حالت خفیف تا شدید متغیر است که با توجه به آن، میزان GCS در هر کدام در محدوده خاصی قرار می گیرد. بیماران ترومای مغزی مستعد عوارضی از قبیل خونریزی، شکستگی جمجمه، آسیب به عروق مغزی، کانتوژن مغزی و ... می باشند که می تواند باعث تغییر عملکرد یا فلج اعصاب کرانیال و از جمله اعصاب حرکتی چشم گردد. از این جهت معاینه کامل بیماران ضربه مغزی جهت بررسی ضایعات همراه اقدامات و مراقبتهای پزشکی ضروری می باشد. آسیب به جمجمه با مکانیسم های متفاوتی منجر به آسیب اعصاب حرکتی چشم می گردد. از اینرو، تظاهرات بالینی، از حالت خفیف تا شدید، متغیر است. با بررسی های تکمیلی و اقدامات پاراکلینیک، می توان محل ضایعه را تشخیص داده و نسبت به اقدامات بعدی، تصمیم گیری نمود.

## آناتومی و فیزیولوژی (۱،۲)

### عصب اکولوموتور :

هسته عصب در مغز میانی در سطح کالیکولوس فوقانی قرار دارد. دستجات و ابران هسته، از طریق هسته قرمز و از سمت داخل پایک مغزی عبور نموده، آنگاه از مغز میانی خارج شده و به فضای بین پایکی وارد می شوند. بخش قاعده ای عصب، پس از خروج از مغز میانی، مابین شریان مغزی خلفی و شریان مخچه ای فوقانی، عبور نموده و به موازات شریان ارتباطی خلفی حرکت می کند. سپس عصب با سوراخ کردن دورا در سمت خارج زائده کلنوئید خلفی، وارد سینوس کاورنوس شده و در دیواره خارجی حرکت کرده و به شاخه های فوقانی و تحتانی تقسیم می شود که از طریق شکاف اربیتال فوقانی از طریق حلقه Zinn وارد اربیت می گردد. بخش اینتراربیتال عصب شامل الیاف

فوقانی ( مسوول عصبدهی رکتوس فوقانی و بالا برنده پلک) تحتانی ( به رکتوس داخلی ، تحتانی و مایل تحتانی ) و الیاف پاراسمپاتیک همراه شاخه تحتانی (مسوول اسفنکتر مردمک و عضله مژگانی ) می باشد . این الیاف پاراسمپاتیک ، بین ساقه مغزی و سینوس کاورنوس بطور سطحی در بالای بخش میانی زوج سوم قرار می گیرند . توسط عروق نرم شامه ای تغذیه می گردند . در حالیکه عصب اکولوموتور با Vasanervorum تغذیه می شود . بنابراین ضایعاتی مثل آنوریسم ، تروما و هرنی بطور شخصی با تحت فشار قراردادن عروق خونی نرم شامه ای و الیاف سطحی ، سبب درگیری مردمک می شوند اما ضایعاتی که بدنبال دیابت یا فشار خون ایجاد می شوند ، معمولاً مردمک را درگیر نمی کنند . زیرا انفارکتوس تنه اصلی عصب که بدنبال میکروآنژیوپاتی درگیرکننده Vasanervorum رخ می دهد ، الیاف سطحی مربوط به مردمک را درگیر نمی کند . این عصب مسوول حرکات چشم به بالا ، پایین و داخل است همچنین دربالا بردن پلک و نرمال نگه داشتن اندازه مردمک دخالت دارد . بعلاوه مسوول تطابق در دید نزدیک نیز می باشد . علایم فلج زوج سوم شامل پتوز یکطرفه (ندرتاً دو طرفه در صورت آسیب به هسته ) با ضافه درد واضح سر یا چشم است . دویینی بعلت پوشیده شدن مردمک نادر است . حدت بینایی تغییری نمی کند مگر در آسیب شکاف اربیتال فوقانی و درگیری همزمان زوج دوم فلج کامل ، واضح و مشخص است که پتوز کامل یکطرفه ، کاملاً بسته شده و انحراف چشم به سمت پایین و خارج دیده می شود . چشم در این حالت دچار Extropia ( انحراف به خارج) و گاهی انحراف جزئی به سمت پایین می شود . در معاینه مردمک باز است و به نور پاسخ نمی دهد در فلج های نسبی ، تشخیص مشکلتر است و معاینه دقیق موقعیت چشم در میدانهای نگاه متفاوت ، ممکن است لازم باشد متأسفانه روشی جهت اصلاح ضعف عصب وجود ندارد . کاهش فشار ناشی از تومور یا آنوریسم از روی عصب ، بوسیله جراحی ممکن است فلج زوج سوم را بهبود دهد . جراحی جهت بالا بردن پلک نیز قابل انجام است . بیهوشی عمومی لازم است و گاهی بیش از یک جراحی لازم است . جراحی روی عضلات چشم انجام می شود تا زمانیکه چشم ها به روبرو نگاه می کند .