مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره سیزدهم ، شماره سوم، تابستان ۱۳۸٤، صفحات ۱۲ - ۹

بررسی توپوگرافی آفازی در یکصد بیمار سکته مغزی

دکتر کاویان قندهاری*[1]، سودابه قندهاری[2]

چکیده

مقدمه: آفازی یافته شایعی در سکته مغزی بوده و تعیین رابطه آفازی و توپوگرافی ضایعات مغزی که هدف این مطالعه نیز می باشد می تواند به درک بهتر نوروفیزیولوژی شناختی بیانجامد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع آینده نگر و به روش مقطعی در یکصد بیمار مبتلا به آنفارکت مغزی و آفازی که از ۱۳۸۲/۱/۱ در بیمارستان ولیعصر(عج) خراسان بستری شده بودند انجام گرفت. تمامی بیماران پی در پی با سکته مغزی و آفازی که شرایط خروج از مطالعه را نداشتند مورد بررسی قرار گرفتند. تشخیص سکته مغزی و آفازی توسط نورولوژیست بوده و توپوگرافی قلمرو عروقی مبتلا با استفاده از نقشه های توپوگرافیک استاندارد مغز در نمای سی تی اسکن تعیین شد.

نتایج: انواع گلوبال ۵۲٪، بروکا ۴۰ ٪ و ورنیکه ۶٪ موارد آفازی را شامل شد. با توجه به خونرسانی نواحی بروکا و ورنیکه توسط شاخه های قشری قدامی و خلفی شریان مغزی میانی توپوگرافی قلمرو عروقی مبتلا در ۷۹٪ موارد آفازی گلوبال، ۴۷ ٪ موارد آفازی بروکا و ۵۰ ٪ بیماران با آفازی ورنیکه قابل انتظار بود. توپوگرافی آنفارکت مغزی در سایر موارد با درگیری اختصاصی نواحی تکلمی مغز تطبیق نداشت .

نتیجه گیری: رابطه اختصاصی توپوگرافیک بین انواع آفازی و قلمرو عروقی مبتلا در سکته مغزی وجود نداشت. اثرات یک ضایعه عروقی را بر عملکرد تکلمی فرد نمی توان با تصاویر سی تی اسکن مغز پیش گویی نمود.

واژه های کلیدی: زبان پریشی، توپوگرافی، اختلالات مغزی عروقی

مقدمه

از دست رفتن یا اختلال تکلم به نام آفازی از نشانه های سکته مغزی و معمولاً ناشی از ضایعات نیمکره چپ در افراد راست دست می باشد. برتری نیمکره چپ مغز برای تکلم در بیش از ۹۰ ٪ افراد دیده می شود[(۱)]. بیشترین مناطق مغزی که ضایعات آن منجر به بروز اختلال در تکلم می شود نواحی داخل و حاشیه شیار سیلوین هستند و هر چقدر ضایعات مغزی از این نواحی دورتر باشند احتمال ایجاد اختلال تکلمی کمتر است[(۱)].

طبقه بندی سنتی آفازی بر پایه این دیدگاه است که نیمه قدامی مغز اجرا کننده اعمال حرکتی و اجرایی و نیمه خلفی مغز مربوط به اعمال حسی و درکی می باشد. به طور کلاسیک ضایعات لوب فرونتال مولد آفازی حرکتی یا بروکا و ضایعات قسمت خلفی لوب تمپورال مسبب آفازی حسی یا ورنیکه و درگیری هر دو ناحیه فوق منجر به آفازی کلی یا گلوبال می گردد. همچنین ضایعاتی که ارتباط بین لوب فرونتال و نواحی خلفی مغز را قطع کنند مسبب آفازی هدایتی شناخته می شوند. ناحیه بروکا در قسمت تحتانی شکنج سوم فرونتال به عنوان منطقه تولید تکلم و ناحیه ورنیکه در ثلث خلفی شکنج فوقانی لوب تمپورال به عنوان منطقه درک تکلم شناخته شده اند[(۲)]. در مطالعات تطبیقی

۱-* نویسندهٔ مسئول: دانشیار گروه مغز و اعصاب
تلفن: ۹- ٤٤٤٣٠٠١ ٠٥٦١ همراه: ۱۲٤۷ ٥٦۱ ۰۹۸٥
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی بیرجند
۲- کارشناس ارشد گروه زبان شناسی
- دانشگاه فردوسی مشهد
تاریخ دریافت: ۸۲/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۸۴/۲/۲۲