

بررسی جراحات پوست سر ناشی از قمه‌زنی و نحوه درمان آن در عاشورای سال ۱۳۸۲ در کربلا

سید مرتضی موسوی نائینی *M.D.، حسنعلی محبی **M.D.، فرزاد پناهی **M.D. و جمال اخوان مقدم *M.D.

آدرس مکاتبه: *دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع» - دانشکده پزشکی - گروه جراحی - تهران - ایران

**دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع» - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات تروما و بهداشتی در رزم - تهران - ایران

خلاصه

مقدمه: مراسم قمه‌زنی در روز عاشورا یک سنت تاریخی برای شیعیان است، ولی در دهه‌های اخیر منسوخ شده است. اگرچه اکثر مراجع با انجام آن مخالف می‌باشند ولی همچنان به‌طور پراکنده در نقاط مختلف کشورهای مسلمان انجام می‌گیرد. با این حال، پزشکان با آسیب‌های حاصله و درمان آن آشنایی کافی ندارند.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۰۳ زائر ایرانی که روز عاشورا قمه زده بودند؛ به‌صورت گروهی طی ۲ ساعت به اورژانس ایران مستقر در کربلا مراجعه نمودند. براساس فرم مخصوص این بیماران از نظر سن، ملیت، آسیب حاصله، طول و عمق زخم و شدت خون‌ریزی و نوع درمان بررسی شدند.

نتایج: متوسط سنی مجروحین $33/49 \pm 1/03$ سال و $62/2$ درصد از آن‌ها ترک زبان و بقیه افراد مراجعه‌کننده از اصفهان، قم، تهران و مناطق عرب زبان جنوب ایران بودند. از نظر نوع برش‌ها 64 درصد طولی (مطابق خطوط سازیتال) و 36 درصد متقاطع (شامل برش‌های طولی و عرضی) و از نظر عمق زخم 13 درصد سطحی (پوست و زیر جلد) 59 درصد متوسط (تا *galea*) و 28 درصد عمقی (تا *Skull*) بود. در $16/5$ درصد خون‌ریزی خفیف، 67 درصد متوسط و $16/5$ درصد شدید بود و $5/8$ درصد به تزریق سرم نیاز پیدا کردند. متوسط تعداد برش‌های طولی در هر بیمار به‌طور متوسط $0/3 \pm 6/7$ برش و برش‌های عرضی به‌طور متوسط $0/2 \pm 2/2$ برش و متوسط طول برش‌های طولی $0/17 \pm 9/4$ سانتی‌متر و متوسط طول برش‌های عرضی $0/23 \pm 5/64$ سانتی‌متر بود. متوسط مجموع طول برش‌های ایجاد شده در مجروحینی که طولی قمه‌زده بودند $62/97$ سانتی‌متر و در نوع متقاطع $74/24$ سانتی‌متر برآورد گردید. به‌دلیل عدم موافقت اکثر مجروحین به بخیه‌زدن و مراجعه گروهی آن‌ها به مرکز درمانی، در $84/9$ درصد موارد بعد از شستشو با سالین نرمال و پانسمان فشاری خون‌ریزی متوقف شد. ولی در 15 بیمار به‌علت خون‌ریزی شدید یا بازشدگی وسیع لبه‌های زخم بخیه شدند. بین تعداد برش‌های طولی و عرضی و عمق زخم حاصله و نیز بین عمق زخم و نوع زخم (طولی - متقاطع) ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین عمق زخم و میزان خون‌ریزی و نیز نوع زخم و میزان خون‌ریزی ارتباط معنی‌داری به‌دست آمد، به‌طوری‌که در زخم‌های متقاطع عمق زخم و میزان خون‌ریزی بیشتر بود.

بحث: در مراجعه گروهی افراد قمه‌زده بایستی ضمن رعایت اصول تریاژ در نظر داشت که مجروحین با برش‌های متقاطع و تعداد برش‌های بیشتر، زخم‌های عمیق‌تری داشته و احتمال خون‌ریزی بیشتری وجود دارد. لذا، لازم است در اولویت درمانی قرار گیرند. همچنین، بایستی بخیه‌کردن این زخم‌ها را بیشتر مدنظر داشت. با توجه به یافته‌های این تحقیق، پیشنهاد می‌شود در تمام بیماران آنتی‌بیوتیک‌تراپی پروفیلاکتیک و پیشگیری از کزاز انجام شود و در ویزیت‌های بعدی توصیه‌های بهداشتی و پیگیری بعضی بیماری‌ها مثل هپاتیت انجام گیرد و مخالفت مراجع عالیقدر با قمه‌زنی در شرایط کنونی تذکر داده شود.

واژه‌های کلیدی: قمه‌زنی، پارگی پوست سر، پانسمان فشاری

مقدمه

هستند. ولی از روش قمه‌زنی و نوع آسیب‌های حاصله و نحوه برخورد درمانی با آن و نتایج حاصله اطلاع کافی ندارند. لذا، بر آن شدیم که مطالعه‌ای درباره نوع جراحات و درمان آن انجام دهیم. به دنبال سقوط صدام و آزادی مراسم عزاداری علنی پس از چند دهه حکومت بعثی‌ها بر عراق و پس از ۲۵ سال محرومیت ایرانیان از سفر به عتبات عالیات، عاشورای سال ۱۳۸۲ اولین عاشورای پرشور برای ایرانیان و عراقی‌ها بود و شیعیان با آزادی کامل می‌توانستند احساسات مذهبی خود را به هر نحو ممکن بروز دهند.

با توجه به پیش‌بینی حجم زیاد زائرین و عدم وجود امکانات کافی در کربلا، یک گروه پزشکی شامل جراح، ارتوپد، پزشک عمومی، داروساز و پرستار در قالب مؤسسه خیریه پزشکی حمایت سبز پارسیان که یک نهاد غیردولتی می‌باشد (Non Government Organization = NGO). قبل از مراسم عاشورا در کربلا مستقر شدند و اورژانس مجهزی جهت مداوای بیماران و مجروحین احتمالی ایجاد نمودند. بیماران زیادی به اورژانس فوق مراجعه می‌کردند که موارد قمه‌زنی جهت این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی (descriptive - cross sectional) می‌باشد و نمونه‌ها شامل تمام ایرانیان قمه‌زده بود که در روز عاشورا به اورژانس ایرانی مستقر در کربلا مراجعه نمودند و تحت مداوا قرار گرفتند. جهت ثبت اطلاعات

در مراسم عاشورای حسینی، شیعیان عزادار به اشکال مختلف غم خود را بروز می‌دهند که بیشتر به صورت سینه‌زنی و گاهی زنجیرزنی می‌باشد. ولی در بعضی از مناطق و ملیت‌ها مخصوصاً در زمان‌های قدیم تعداد معدودی به‌عنوان دردناک‌ترین و مهیج‌ترین نوع عزاداری و به‌عنوان همدردی با شهدای کربلا در روز عاشورا قمه می‌زده‌اند. این اقدام طی دهه‌های اخیر به‌خصوص در ایران منسوخ شده است؛ زیرا تأییدی از طرف ائمه معصومین (ع) برای آن وارد نشده و اکثر مراجع در شرایط کنونی انجام آن را ممنوع یا غیرمأجور می‌دانند [۱،۲].

در مراسم قمه‌زنی که معمولاً در روز عاشورا انجام می‌شود، عزاداران ابتدا با قسمت پهن شمشیر ضرباتی به پوست سر (قسمت Vertex) وارد می‌کنند. پس از ایجاد ادم با قسمت برنده آن ضرباتی به محل وارد می‌نمایند که بسته به باورهای فرد و هیجان حاصله تعداد و عمق برش‌ها متفاوت خواهد بود. پس از جاری شدن خون، توسط خود یا اطرافیان روی برش‌ها با پارچه یا پنبه پوشانده می‌شود که منجر به توقف خون‌ریزی می‌گردد. ولی تعدادی جهت کنترل خون‌ریزی یا پانسمان بهداشتی به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند. این افراد علیرغم خون‌ریزی شدید یا بازشدگی لبه‌های زخم معمولاً نسبت به انجام بخیه محل، مقاومت نشان می‌دهند. ولی با توجه به شدت آسیب این زخم‌ها ممکن است نیازمند بخیه باشند و تعداد بسیار محدودی نیز به مایع درمانی وریدی نیاز پیدا کنند. با توجه به این‌که قمه‌زنی تقریباً مطرود شده و در دهه‌های اخیر علنی انجام نشده است؛ پزشکان فقط با روش رایج درمان پارگی پوست سر که شامل استفاده از بخیه، چسب مایع و چسب نواری [۵،۴] آشنا

نتایج

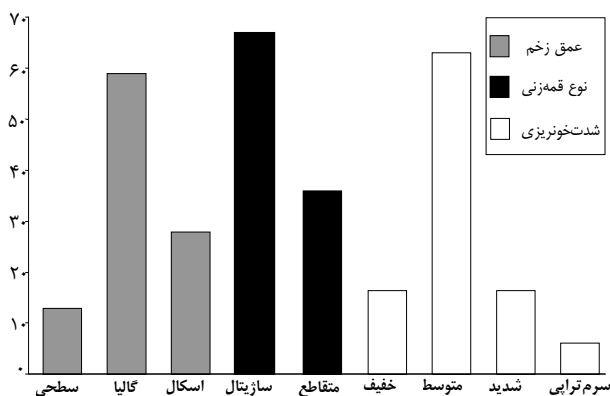
در روز عاشورا در کربلا تعدادی از عزاداران به صورت گروهی به قمه‌زنی پرداختند که در مجموع براساس یک تخمین و سرشماری تقریبی حدود ۱۰۰۰ مردان عراقی و حدود ۵۰۰۰ مردان ایرانی زائر کربلا را شامل شد. در این روز تعداد ۱۰۳ بیمار ایرانی با شکایت اصلی خون‌ریزی به دلیل قمه‌زنی به اورژانس ایران مراجعه کردند. متوسط سنی آن‌ها $1/0.3 \pm 33/49$ سال بوده و ۵۰ درصد این افراد زیر ۳۳ سال بوده و بیشترین آن‌ها از لحاظ سنی ۳۲ ساله بودند (mode = ۳۲). کوچکترین فردی که اقدام به قمه‌زنی کرده بود، ۶ سال و بزرگترین آن‌ها ۵۷ سال سن داشت. از لحاظ توزیع ملیتی و استانی ۶۲/۲ درصد ترک زبان، ۸/۷ درصد اهل استان اصفهان، ۷/۸ درصد آن‌ها به استان قم، ۲/۹ درصد به تهران و ۱/۹ درصد عرب زبان خوزستانی بودند.

۱۴ درصد مجروحین پس از تراشیدن موی سر اقدام به قمه‌زنی نموده و بقیه (۸۶ درصد) بدون تراشیدن مو قمه زده بودند.

از لحاظ نوع قمه‌زنی ۶۴ درصد آن‌ها برش‌های طولی (مطابق خطوط ساژیتال) و ۳۶ درصد آن‌ها برش‌های متقاطع (طولی و عرضی) ایجاد کرده بودند.

از لحاظ عمق زخم‌های ایجاد شده زخم‌های سطحی (پوست و زیر جلد) ۱۳ درصد، موارد و زخم‌های متوسط (تا حد Galea) ۵۹ درصد و زخم‌های عمقی (که تا Skull پیشرفته بود) ۲۸ درصد موارد را تشکیل می‌دادند.

از نظر مقدار خون‌ریزی انواع خون‌ریزی شدید و خفیف هر کدام به میزان ۱۶/۵ درصد وجود داشت و ۶۷ درصد مجروحین خون‌ریزی متوسط داشتند. شش نفر (۵/۸ درصد) از بیماران به مایع درمانی وریدی نیاز پیدا نمودند (نمودار ۱).

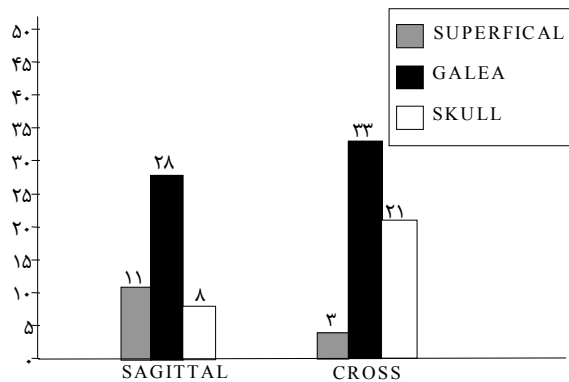


نمودار ۱: عمق زخم و نوع قمه‌زنی و شدت خونریزی

این بیماران، برگه مخصوص تهیه شد و برای هر بیمار به طور جداگانه تکمیل گردید. از نکات مهم مورد بررسی و ثبت شده، نوع زخم (طولی یا متقاطع)، تعداد و طول زخم حاصله، عمق جراحات (سطحی، متوسط و عمقی)، میزان خون‌ریزی (خفیف، متوسط و شدید) و درمان انجام شده، شامل: پانسمان فشاری، بخیه یا مایع درمانی وریدی و بخیه بود.

در این بررسی، برش‌های حاصله به اشکال طولی (مطابق خطوط ساژیتال) یا متقاطع (شامل: اشکال طولی و عرضی) و از نظر عمق به انواع سطحی (پوست و زیر جلد)، متوسط (تا حد Galea) و عمقی (مشخص بودن Skull) تقسیم شدند. از نظر شدت خون‌ریزی نیز به انواع خفیف (خونی شدن سر و صورت)، متوسط (خونی شدن سر و صورت و لباس‌ها) و شدید (خون آلود شدن وسیع سر و صورت و لباس‌ها و یا همراه اختلال همودینامیک) تقسیم‌بندی شدند.

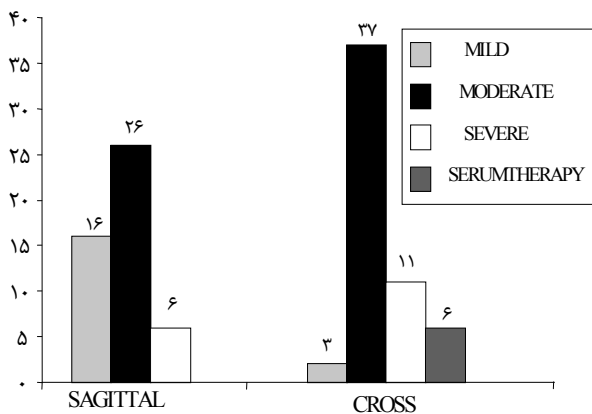
در این مطالعه اقدامات درمانی طبق اصول علمی انجام شد. به طوری که به محض ورود مجروحین به اورژانس، در صورتی که اختلال همودینامیک نداشتند، محل برش روی سر با سرم نمکی استریل شستشو داده شد و با گاز به مدت چند دقیقه تحت فشار مستقیم قرار می‌گرفت تا خون‌ریزی بند بیاید که اکثراً بند می‌آمد. اگر خون‌ریزی ادامه می‌یافت یا دهانه زخم خیلی باز بود با رازی کردن بیمار، با چند بخیه نایلون ۳-۰ خون‌ریزی کنترل یا دهانه زخم به هم نزدیک می‌شد و در نهایت تمام زخم‌ها پانسمان می‌شدند. اگر بیمار اختلال همودینامیک داشت، ابتدا سرم رینگر وریدی می‌گرفت و همزمان با کارهای فوق، هموستاز انجام می‌شد. برای تمام بیماران تجویز کپسول سفالکین ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز و پیشگیری کزاز انجام گرفت. چون به عنوان یک سنت و عرف تمام مجروحین طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت استحمام می‌کنند از آن‌ها خواسته شد که پس از استحمام جهت معاینه مجدد زخم مراجعه نمایند. بعد از تکمیل برگه‌های ثبت اطلاعات به منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین‌نما و آزمون‌های آماری T و Chi-square از نرم‌افزار SPSS 11.5 استفاده شد.



نمودار ۲: ارتباط نوع زخم‌های قمه و عمق زخم

۳- ارتباط معنی‌داری بین عمق زخم‌ها و میزان خون‌ریزی نیز وجود داشت ($p=0.0001$). به طوری که هر چه عمق زخم بیشتر بود، خون‌ریزی شدیدتر بود و تمام زخم‌هایی که مایع درمانی وریدی شدند، پارگی شدید و در حد Skull داشتند.

۴- بین میزان خون‌ریزی و نوع زخم‌های قمه (مقاطع، طولی) ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P \text{ value}=0.0001$). به طوری که ۱۰/۷ درصد زخم‌های مقاطع نیاز به مایع درمانی وریدی داشتند. در حالی که هیچ‌کدام از زخم‌های طولی نیاز به سرم پیدا نکردند (نمودار ۳).



نمودار ۳: شدت خون‌ریزی و نوع زخم

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به عدم رضایت مجروحین به بخیه پوست سر، در اکثر برش‌های پوست سر با پانسمان فشاری می‌توان خون‌ریزی را

به دلیل مراجعه دسته‌جمعی مجروحین به اورژانس و عدم رضایت آن‌ها به بخیه، در اکثر موارد بخیه زدن امکان‌پذیر نبود. لذا، ۸۴/۹ درصد این افراد پس از شستشو و اعمال فشار موضعی، به دنبال توقف خون‌ریزی با پانسمان مرخص شدند. در این بیماران ۲ درصد آن‌ها علیرغم خون‌ریزی شدید فقط اجازه به کمپرس دادند. ۱۴/۵ درصد موارد (بیمار ۱۵) جهت هموستاز یا بازشدگی وسیع لبه‌های زخم بخیه شدند که در ۲ درصد با اصرار شدید رضایت به انجام بخیه دادند.

تعداد برش‌های طولی (سازیتال) در هر بیمار به طور متوسط $6/7 \pm 0/3$ برش و برش عرضی (کرونال) به طور متوسط $2/2 \pm 0/2$ برش و متوسط طول برش‌های سازیتال $9/4 \pm 0/172$ سانتی‌متر و متوسط طول برش‌های کرونال $5/64 \pm 0/23$ سانتی‌متر بود.

متوسط مجموع طول برش ایجاد شده در مجروحینی که طولی قمه‌زده بودند، $62/97$ سانتی‌متر و در نوع مقاطع $74/24$ سانتی‌متر برآورد گردید. به تمام بیماران توصیه شد که روزانه جهت معاینه و بررسی نتیجه درمان مراجعه نمایند. طبق عرف معمولاً مجروحین طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت بعد از قمه‌زنی و سپس روزانه استحمام می‌نمایند. علیرغم درخواست، در طی روزهای بعدی تنها ۲۴ بیمار (۲۳/۳ درصد) روزانه تا روز پنجم مراجعه نمودند که نتیجه درمانی از نظر التیام زخم قابل قبول بود. در این افراد فقط ۳ نفر بخیه شده بودند. در بقیه افراد به دلیل عدم مراجعه، امکان بررسی نتیجه استفاده از روش سنتی (استحمام) برای درمان زخم‌های قمه وجود نداشت.

نتایج آنالیز تحلیلی به این قرار بود که:

۱- بین تعداد برش‌های طولی و عرضی و عمق زخم حاصله به ترتیب ارتباط معنی‌داری به دست آمد ($P \text{ value}=0.037$ و $P \text{ value}=0.047$) به طوری که هر چه تعداد برش‌ها بیشتر، عمق زخم نیز بیشتر می‌شد.

۲- ارتباط معنی‌داری بین عمق زخم و نوع زخم‌های قمه (مقاطع، طولی) وجود داشت ($p=0.03$). به این معنی که اگر نوع زخم‌های قمه‌زنی مقاطع بوده، عمق شکاف‌ها نیز نسبت به زخم‌های طولی بیشتر بوده است (نمودار ۲).

بعدی آن‌ها را برای پیگیری تحت تأثیر قرار می‌دهد ولی در مراجعه بعدی می‌توانیم در مورد رعایت اصول بهداشتی در قه‌زنی (زدن موها، ضد عفونی نمودن قمه، عدم استفاده از قمه دیگران) پروفیلاکسی کزاز و کنترل هیجانات (تعداد کم برش با عمق کم ایجاد نمایند) با بیمار صحبت نماییم و همچنین می‌توان به فتاویٰ علما و مراجع عالیقدر در این زمینه اشاره کرد. به علاوه، در موارد مشکوک از نظر هپاتیت و بیماری‌های قابل انتقال نیز لازم است بررسی انجام شود.

قدردانی

با تشکر از مؤسسه حمایت سبز پارسیان (NGO) و آقایان دکتر گنجه، دکتر توکلی، دکتر خنجری، دکتر عماد، دکتر ضیائی، آقای اسماعیلی و خانم فودازی و همکاران دیگر که در درمان مجروحین قه‌زنی روز عاشورا و استخراج و تهیه اطلاعات لازم و آماده‌سازی و تایپ این مقاله زحمات فراوان کشیدند.

منابع

- ۱- خامنه‌ای سید علی. رساله اجوبه الاستفتانات. انتشارات بین‌المللی هدی. ۱۳۸۰؛ صفحات: ۱۳۱ - ۱۳۳.
- ۲- امام خمینی روح... الاستفتانات امام خمینی. دفتر انتشارات اسعدی. ۱۳۸۱؛ جلد ۳، صفحه: ۵۸۳.
- 3- Francal P. Youmans Neurological surgery. 3.W.B.Saunders. 1996; 3: 1551.
- 4- Ong TK, Dudey M. Craniofacial Trauma Presenting at an Adult Accident and Emergency Department with Emphasis on Soft Tissue Injuries. *Injury*. 1999; 30: 357 - 363.
- 5- Meyer C. Hamilton Bailey's emergency surgery. 5. Arnold. 13th ed. 2000; 16: 181 - 3.

متوقف کرد که در مراجعه تعداد زیاد مجروح به اورژانس به‌عنوان یک اصل راهنما (guideline) کمک کننده خواهد بود. فقط در تعداد کمی به‌علت خون‌ریزی شدید یا با بازشدگی وسیع لبه‌های زخم بخیه لازم دارند.

پوست سر دارای خون‌رسانی غنی می‌باشد. لذا، زخم‌های آن به سرعت بهبود می‌یابند ولی این نکته را نیز باید در نظر داشت که پارگی‌های بزرگ پوست سر می‌توانند موجب خون‌ریزی قابل توجه و حتی شوک شود [۳].

در این بررسی مشخص شد که هر چه تعداد برش‌ها بیشتر باشد و یا نوع برش‌ها متقاطع باشد، هم عمق زخم‌ها و هم میزان خون‌ریزی بیشتر خواهد بود. لذا، مجروحین با برش‌های متقاطع و یا برش‌های بیشتر لازم است در اولویت درمان قرار گیرند.

در یک بررسی توسط Ong و Dudey روی آسیب‌های بافت نرم کرانیوفاشیال، آسیب‌های پوست (scalp injury) را به سه نوع راست و چپ و وسط تقسیم نمودند که آن‌ها را با بخیه (۴۶ درصد)، چسب مایع (۵۰ درصد) و چسب نواری (۲ درصد) درمان نمودند [۴] و روش رایج نیز بخیه محل می‌باشد [۵]. ولی اکثر مجروحین قه‌زنی با توجه به اعتقادات مذهبی آن‌ها، با پانسمان فشاری درمان شدند.

در بررسی علل آسیب و پارگی پوست سر، تصادفات، سقوط از بلندی و منازعات خیابانی عنوان شده است [۳]. در این مقاله قمه که نوعی آلت برنده فلزی است را به‌عنوان یک عامل نادر مطرح و یادآوری می‌نماید که در درمان آن از اصول فوق می‌توان بهره برد. در پایان به‌عنوان یک تجربه توصیه می‌گردد که در مراجعه اولیه به اورژانس، نباید با مجروحین بحث و جدل نمود. زیرا مراجعه