



● مقالات تحقیقی (۵)

تأثیر رژیم کتوژنیک بر صرع مقاوم در کودکان و گزارش ۲۱۵ مورد

رژیم کتوژنیک که متشکل از چربی زیاد با پروتئین و کربوهیدرات کم است، اولین بار در سال ۱۹۲۰ میلادی برای درمان کودکان مبتلا به صرع پیشنهاد شد. با وجود پیشرفتهایی که در درمان دارویی و جراحی صرع بوجود آمده است، هنوز تعداد زیادی از کودکان دارای تشنجهای بدون علاج هستند [۱]. این مطالعه به منظور تعیین اثر رژیم کتوژنیک بر صرع مقاوم به درمان دارویی در کودکان انجام شده است.

۲۱۵ کودک در حیطه سنی ۲ تا ۱۲ سال که علیرغم مصرف حداقل دو دارو، بیش از ۲ حمله در هفته داشتند، در این مطالعه گنجانیده شدند کلیه بیماران تحت رژیم کتوژنیک قرار گرفتند و برای حداقل یک ماه و حداکثر ۳ سال پیگیری شدند. میزان پاسخ به درمان در ماه اول شروع (پیگیری اول)، ماه ششم (پیگیری دوم)، ماه دوازدهم (پیگیری سوم) سنجیده شد و تحلیل گردید. میزان تحمل رژیم و عوارض ناشی از رژیم کتوژنیک نیز مطالعه گردید.

تعداد ۲۱۵ کودک با معدل سنی ۵/۱ سال، علیرغم مصرف بنحو متوسط ۶/۶ داروی ضد صرع قبل از شروع رژیم کتوژنیک با میانگین تشنج ۲۳۵ بار در ماه مورد مطالعه قرار گرفتند. در پیگیری اول بعد از دریافت رژیم، ۶۸/۸ درصد بیماران عاری از تشنج شدند و ۱۱/۷ درصد بیش از ۵۰ درصد کاهش در میزان حملات نسبی را نشان دادند. ۹۸/۳ درصد بیماران در طی ماه اول رژیم را رعایت کرده و برای پیگیری مراجعه نمودند. در پیگیری دوم، ۴۴/۵ درصد بیماران عاری از تشنج بوده، ۲۱/۷ درصد کاهش بیش از ۵۰ درصد را نشان دادند. ۸۹/۳ درصد تا ۶ ماه رژیم را رعایت کرده و برای پیگیری مراجعه کردند.

پروین مستقیمی قمی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان کودکان مفید، بخش تغذیه

دکتر فرح اشرفزاده

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد، بیمارستان قائم، بخش کودکان

دکتر محمد غفرانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان کودکان مفید، بخش اعصاب کودکان



در پیگیری سوم ۱۴/۸ درصد بیماران عاری از تشنج بودند، ۱۲/۹ درصد بیش از ۵۰ درصد کاهش در تعداد حملات تشنجی را نشان دادند. ۵۷/۴ درصد بیماران تا یکسال رژیم کتوژنیک را ادامه داده و پیگیری شدند. به طور خلاصه می‌توان گفت که رژیم کتوژنیک بعنوان یک روش درمانی موثر در کودکانی که تشنج آنها به درمانهای معمول پاسخ نمی‌دهد می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، به نظر می‌رسد این رژیم از بسیاری از داروهای جدید ضد صرع موثرتر و ارزانتر باشد.

واژه‌های کلیدی: رژیم کتوژنیک، صرع مقاوم، تشنج

مقدمه

رژیم کتوژنیک که برای هر فرد بطور خاص تعیین می‌گردد رژیمی است که از چربی زیاد، پروتئین و کربوهیدرات کم تشکیل شده است.

در سال ۱۹۱۰ دو محقق فرانسوی به نامهای ماری^(۱) و گوپیا^(۲) اولین گزارش محلی دربارهٔ تاثیر امتناع از غذا در درمان صرع را منتشر ساختند، ولی چون تحمیل گرسنگی بر کودکان جهت کنترل تشنج امری مشکل است، این توصیه درمانی مدتها به فراموشی سپرده شد.

وایلدر^(۳) در سال ۱۹۲۱ جهت کنترل حملات صرعی سعی نمود اسیدوز و حالت کتوزی را که گرسنگی ایجاد می‌نماید با استعمال نوعی رژیم غذایی که حاوی چربی فراوان و مواد قندی ناچیز باشد، بوجود آورد. از آنجا که این رژیم بیمار را در حالت کتوزی مستمر قرار می‌دهد به رژیم کتوژنیک موسوم گردیده است [۲].

لیوینگستون^(۴) نیز در کتاب خود، اثرات درخشان این رژیم را در درمان انواع صرع یادآوری کرده است [۳].

در آن زمان یعنی هنگامیکه فقط چند داروی ضد تشنج در دسترس بود، حدود ۷۵-۶۰ درصد کودکانی که رژیم کتوژنیک

دریافت می‌کردند بیش از ۵۰ درصد کاهش در تعداد حملات تشنجی داشتند و حدود ۴۰-۳۰ درصد آنها نیز بیش از ۹۰ درصد کاهش در تعداد حملات تشنجی را نشان دادند [۴].

ولی در سال ۱۹۳۸ هنگامی که دیلانترین ارایه شد، توجه به طرف داروهای جدید معطوف شد و بتدریج تجارب حاصل از رژیم به فراموشی سپرده شد [۵]. اما گهگاه چند مرکز برای درمان صرع مقاوم از رژیم کتوژنیک استفاده می‌کردند [۶].

در اوایل سال ۱۹۹۰ میلادی کینسمن^(۵) و همکارانش، ۵۷ بیمار را گزارش کردند که به داروهای جدید ضد تشنج مقاوم بودند ولی به درمان با رژیم کتوژنیک پاسخ مناسب دادند. در سال ۱۹۹۴ دوباره نظرها به طرف رژیم کتوژنیک جلب شد و تعدادی از پزشکان به استفاده از رژیم غذایی، علاقه نشان دادند [۵،۷].

این مطالعه به منظور تعیین میزان تاثیر رژیم کتوژنیک بر صرع مقاوم در کودکان در بخش اعصاب بیمارستان کودکان مفید، بوسیله گروهی متشکل از پزشک، کارشناس تغذیه، پرستار انجام شده است. قابل ذکر است که این مرکز تنها محل برای ارایه این نوع رژیم در سطح ایران است لذا اغلب بیماران مورد مطالعه ارجاعی از اقصی نقاط ایران بودند، به همین جهت پیگیری بیماران

برای مدت طولانی بسیار مشکل بود.

روش کار

از فروردین ۱۳۶۷ لغایت اسفند ۱۳۷۷ جمعاً ۲۱۵ کودک در گروه سنی ۲ الی ۱۲ سال که علیرغم مصرف مناسب حداقل دو داروی ضد تشنج، حداقل دو حمله در هفته داشتند و والدین آنها نیز شرایط تهیه و استفاده رژیم کتوژنیک را دارا بودند، وارد مطالعه شدند. بیمارانی که دچار بیماری پیشرونده مغزی بودند یا از سوء تغذیه، بیماریهای سیستمیک و اختلالات کلاژن رنج می‌بردند یا مادر به عنوان سرپرست کودک حضور نداشت و از نظر اقتصادی شرایط مناسب نداشتند از مطالعه حذف شدند.

برای هر بیمار در ابتدا الکتروانسفالوگرافی گرفته می‌شد و علاوه بر آن آزمایشات کامل خون، بیوشیمی و چربیهای خون نیز انجام می‌شد. سپس مسوول تغذیه با والدین هر بیمار مصاحبه‌ای جهت آشنا شدن با رژیم انجام می‌داد. تعداد حملات قبل از شروع رژیم بر اساس گفته والدین یا از طریق یادداشتهای مادر ثبت می‌گردید سپس در صورت آمادگی والدین،

- ۱- Marie ۲- Gueppa
۳- Wilder ۴- Livingston
۵- Kinsman



غذا به بیمار آب و چای بدون کربوهیدرات (به میزان مذکور) داده می‌شد. در شرایط خاص مثل بروز تب یا در شرایط آب و هوایی گرم مقدار ۱۵۰-۱۰۰ میلی‌لیتر به مصرف آب افزوده می‌شد قرص کلسیم، آهن، ب کمپلکس و ویتامین ث به صورت مکمل برحسب وزن به بیماران در طی رژیم تجویز می‌شد [۳]. در طی مدت بستری مادر آموزش لازم را می‌دید.

تعداد حملات تشنجی براساس گزارش مادر یادداشت می‌شد. در هفته دوم دریافت رژیم برحسب میزان پاسخگویی بیمار به درمان، داروهای ضد تشنجی بتدریج کاهش می‌یافت و در پیگیریهای بعد از ترخیص، داروها به حداقل کاهش داده می‌شد. کتون ادرار در دو ماه اول هفتگی و بعد از آن ماهی دوبار آزمایش می‌شد. بیمار در دو سرویس جداگانه (تغذیه و درمانگاه اعصاب) به فواصل یک، سه، شش ماه و یکسال پیگیری می‌شد. آزمایشات خونی و الکتروآنسفالوگرافی در ماه ششم دریافت رژیم تکرار می‌گشت. در بیمارانی که کلسترول یا تری گلیسرید افزایش نشان می‌داد توصیه‌های رژیمی توسط متخصص تغذیه ارائه می‌گردید.

میزان تاثیر رژیم کتونیک

تعداد بیمارانیکه در دوره‌های پیگیری رژیم را رعایت کرده و یا آن را قطع کرده‌اند برحسب سن در جدول شماره ۱ بطور کلی نشان داده شده است.

در ماه اول پیگیری ۲۱۲ بیمار از ۲۱۵ بیمار (۹۸٪)، در پیگیری دوم (ماه ششم) ۱۹۲ بیمار (۸۹٪)، در پیگیری سوم (ماه دوازدهم) ۱۲۳ نفر (۵۷/۲٪) و بعد از سال اول ۷۰ بیمار (۳۲/۵٪) رژیم کتونیک را ادامه دادند و برای پیگیری مراجعه نمودند.

در ماه اول دریافت رژیم ۱۴۴ بیمار (۶۷٪) عاری از تشنج، ۲۲ بیمار (۱۰/۲٪) کاهشی بیش از ۵۰ درصد و ۱۶ بیمار (۷/۵٪) کاهشی کمتر از ۵۰ درصد در میزان تشنج را نشان دادند و ۳ بیمار (۱/۴٪) نیز هیچ پاسخی به درمان ندادند.

در ماه ششم دریافت رژیم ۹۰ بیمار

تعداد حملات تشنجی براساس گزارش مادر یادداشت می‌شد. در هفته دوم دریافت رژیم برحسب میزان پاسخگویی بیمار به درمان، داروهای ضد تشنجی بتدریج کاهش می‌یافت و در پیگیریهای بعد از ترخیص، داروها به حداقل کاهش داده می‌شد. کتون ادرار در دو ماه اول هفتگی و بعد از آن ماهی دوبار آزمایش می‌شد. بیمار در دو سرویس جداگانه (تغذیه و درمانگاه اعصاب) به فواصل یک، سه، شش ماه و یکسال پیگیری می‌شد. آزمایشات خونی و الکتروآنسفالوگرافی در ماه ششم دریافت رژیم تکرار می‌گشت. در بیمارانی که کلسترول یا تری گلیسرید افزایش نشان می‌داد توصیه‌های رژیمی توسط متخصص تغذیه ارائه می‌گردید.

متغیرهای مستقل با استفاده از آزمون آماری مربع‌کای^(۳) (X²) آنالیز شد تا رابطه آنها ارزیابی شود. اگر چه این مطالعه به صورت باز^(۳) بوده و تصادفی نبوده است اما سعی شد تا سوگرایی در انتخاب بیماران و یا آنالیز نتایج صورت نگیرد.

از فروردین ۱۳۶۷ لغایت اسفند ماه ۱۳۷۷، ۲۱۵ کودک با متوسط سنی ۵/۱ سال (۲ سال تا ۱۲ سال) متشکل از ۱۲۸ پسر



کودک برای شروع رژیم کتونیک در بخش اعصاب بیمارستان بستری می‌گردید. رژیم کتونیک براساس پروتکل کلاسیک جان‌هاپکینز^(۱) شروع می‌شد [۸].

چگونگی اجراء رژیم کتونیک در نزد هر بیمار ابتدا وزن و قد کودک اندازه‌گیری می‌شد و سپس با توجه به وزن ایده‌آل برای سن (براساس جداول استاندارد) کالری لازم برای هر کیلوگرم وزن بدن مشخص می‌گردید (۷۵-۷۰ کیلوکالری برای هر کیلوگرم وزن بدن) سپس به نسبت ۴ از چربی و ۱ از پروتئین به علاوه کربوهیدرات (با احتساب ۱ گرم برای هر کیلوگرم وزن از پروتئین) میزان کل کالری لازم احتساب می‌شد، به طوریکه ۸۰ درصد کل کالری روزانه به چربی اختصاص می‌یابد و بقیه کالری از پروتئین و کربوهیدرات تامین گردد، از طرفی کربوهیدرات مصرفی روزانه کمتر از ۱۰ گرم و بیشتر از ۳۰ گرم نباشد. در این رژیم مصرف آب محدود بوده به طوریکه با شروع رژیم ۵۰۰ میلی‌لیتر آب در ۲۴ ساعت و بعد از یک ماه ۸۴۰۰ تا ۵۰۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت و حداکثر ۶۵cc/kg/۲۴hr می‌باشد به صورتی که وزن مخصوص ادرار از ۱۰۳۰ بالاتر نرود.

در این مطالعه در ابتدا در نزد هر کودک داروهایی که حاوی کربوهیدرات بودند قطع شد. هر کودک برای ۲۴ ساعت در وضعیت ناشتا (به استثناء دریافت آب) قرار گرفت طی این مدت علایم حیاتی کنترل و روزانه دوبار قند خون و کتون ادرار کنترل می‌شد تا کودک ۱/۱۰ وزن اولیه خود را از دست بدهد و کتون ادرار به میزان ۳ یا ۴ مثبت برسد. سپس در شروع روز سوم یک وعده غذا، روز چهارم دو وعده غذا و از روز پنجم به بعد سه وعده غذا به کودک داده می‌شد. فاصله مصرف سه وعده غذای روزانه نسبتاً مساوی و در فواصل

۱- John Hopkins ۲- Chi Square
۳- Open



جدول شماره (۱): تاثیر رژیم کتوژنیک در ۲۱۵ مورد مطالعه در بیمارستان کودکان مفید - برحسب تفکیک سنی (۱۳۷۸)

سن	تعداد در شروع	بیش از یکسال	ماه دوازدهم	ماه ششم	ماه اول	وضعیت کنترل تشنج (۱)
		۵ (٪۱۷/۲)	۸ (٪۱۴/۸)	۴۱ (٪۴۴/۵)	۷۰ (٪۶۸/۶)	بدون تشنج
۲-۴ سال	۱۰۳ نفر	۰	۷ (٪۱۲/۹)	۲۰ (٪۲۱/۷)	۱۲ (٪۱۱/۷)	>۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
		۲ (٪۶/۸)	۱۳ (٪۲۴)	۸ (٪۸/۶)	۶ (٪۵/۹)	<۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
		۲۲ (٪۷۵/۸)	۲۶ (٪۴۸)	۲۳ (٪۲۵)	۱۴ (٪۱۲/۷)	بدون پاسخ
		۷۴	۴۹	۱۱	۱	عدم پیگیری
		۴ (٪۱۶)	۸ (٪۲۱)	۳۰ (٪۵۸/۸)	۴۳ (٪۷۵/۴)	بدون تشنج
		۲ (٪۸)	۷ (٪۱۸/۴)	۶ (٪۱۱/۷)	۵ (٪۸/۸)	>۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
۴-۶ سال	۵۸ نفر	۲ (٪۸)	۷ (٪۱۸/۴)	۷ (٪۱۳/۷)	۴ (٪۷)	<۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
		۱۸ (٪۷۲)	۱۶ (٪۴۲)	۸ (٪۱۵/۶)	۵ (٪۸/۷)	بدون پاسخ
		۳۲	۱۲	۳	۰	عدم پیگیری
		۸ (٪۸۰)	۴ (٪۲۵)	۱۱ (٪۴۴)	۱۹ (٪۶۷/۸)	بدون تشنج
		۱ (٪۱۰)	۲ (٪۱۲/۵)	۲ (٪۸)	۱ (٪۲/۵)	>۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
۶-۸ سال	۲۸ نفر	۰	۱ (٪۶/۲)	۵ (٪۲۰)	۲ (٪۱۰/۷)	<۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
		۱ (٪۱۰)	۹ (٪۵۶/۲)	۷ (٪۲۸)	۵ (٪۱۷/۸)	بدون پاسخ
		۱۸	۱۲	۳	۰	عدم پیگیری
		۰	۱ (٪۱۶/۶)	۴ (٪۲۶/۳)	۵ (٪۴۱/۶)	بدون تشنج
		۰	۱ (٪۱۶/۶)	۲ (٪۱۸/۱۸)	۳ (٪۲۵)	>۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
۸-۱۰ سال	۱۲ نفر	۱ (٪۵۰)	۰	۰	۱ (٪۸/۳)	<۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
		۱ (٪۵۰)	۴ (٪۶۶/۶)	۵ (٪۴۵/۴)	۳ (٪۲۵)	بدون پاسخ
		۱۰	۶	۱	۰	عدم پیگیری
		۰	۱ (٪۱۲/۵)	۴ (٪۳۰)	۷ (٪۵۳/۸)	بدون تشنج
		۰	۱ (٪۱۲/۵)	۲ (٪۱۵/۳)	۱ (٪۷/۶)	>۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
>۱۰ سال	۱۴ نفر	۰	۲ (٪۲۵/۵)	۲ (٪۱۵/۳)	۲ (٪۱۵/۳)	<۵۰٪ کاهش تعداد تشنج
		۳ (٪۲۷/۳)	۴ (٪۵۰)	۵ (٪۳۸/۴)	۳ (٪۲۳)	بدون پاسخ
		۱۱	۶	۱	۱	عدم پیگیری
کل بیماران	۲۱۵ نفر	۷۵ (٪۳۲/۵)	۱۲۳ (٪۵۷/۲)	۱۹۲ (٪۸۹)	۲۱۲ (٪۹۸)	

۵۰ درصد در تعداد حملات تشنجی را نشان دادند. ۶۴ بیمار (۳۰٪) با عدم پاسخ یا عود حملات تشنجی مواجه شدند و ۹۲ بیمار (۴۲/۷٪) نیز برای پیگیری مراجعه نکردند.

اثر سن، جنس و نوع تشنج در کنترل تشنج پس از دریافت رژیم کتوژنیک ۵۹/۹ درصد بیماران مورد مطالعه پسر و ۴۰/۵ درصد دختر بودند رابطه آماری معنی داری بین پاسخ به درمان و جنس وجود نداشت (جدول ۱). میزان پاسخگویی به درمان را برحسب سن نشان می‌دهد. رابطه آماری معنی دار بین میزان پاسخگویی به درمان و سن در پیگیریهای انجام شده بدست نیامد.

در پیگیری اول $\chi^2=9/01$, $df=4$, $P=0/06$ در پیگیری دوم $\chi^2=6/3$, $df=4$, $P=0/17$ در پیگیری سوم $\chi^2=3/89$, $df=4$, $P=0/41$ بود.

در جدول شماره ۲ میزان کنترل تشنج در ماه ششم (پیگیری دوم که ۱۹۲ بیمار مراجعه نموده بودند) را برحسب نوع تشنج نشان می‌دهد.

کاهش و قطع دارو در پاسخگویی به درمان با رژیم کتوژنیک

قبل از شروع رژیم کتوژنیک اگر بیمار داروی ضد تشنج حاوی کربوهیدرات دریافت می‌کرد، در صورت امکان به شکل دیگر دارو یا به دارویی دیگر تغییر داده می‌شد. پس از شروع رژیم کتوژنیک از هفته دوم در صورت پاسخ مناسب به درمان به فواصل هر ۱۴ روز از دوز دارو کاسته شد و سپس برحسب نوع تشنج و سن بیمار و پاسخگویی قبلی بیمار به درمان طبی (دارویی)، بتدریج داروها قطع یا به حداقل میزان ممکن می‌رسید. البته گاه

۱- رابطه آماری معنی داری بین پاسخ به درمان و سن در پیگیری بیماران وجود نداشت. $\chi^2=9/01$, $df=4$, $P=0/06$ در ماه اول، $\chi^2=6/3$, $df=4$, $P=0/17$ در ماه ششم، $\chi^2=3/89$, $df=4$, $P=0/41$ در ماه دوازدهم.

(٪۴۱/۸) عاری از تشنج، ۳۲ بیمار (٪۱۴/۹) کاهشی بیش از ۵۰ درصد در حملات تشنجی و ۲۲ بیمار (٪۱۰/۳) کاهشی کمتر از ۵۰ درصد در تعداد حملات تشنجی داشتند و ۴۸ بیمار (٪۲۲/۵) هم تشنج به همان میزان قبل از شروع رژیم داشتند. ۲۳ نفر (٪۱۰/۷) نیز برای پیگیری مراجعه نکردند. در پایان سال اول ۲۱ نفر (٪۹/۸) بدون تشنج، ۱۷ نفر (٪۷/۷) کاهشی بیش از ۵۰ درصد و ۲۱ نفر (٪۹/۷) کاهشی کمتر از

۱- df: degree of free

جدول شماره (۲): میزان کنترل تشنج در ماه ششم دریافت رژیم کتوژنیک بر حسب نوع تشنج

نوع تشنج	نتیجه درمان	آتونیک	مخلوط	* پارسیل	عمومی (تونیک، تونیک کلونیک، کلونیک)	+میوکلونیک	تعداد کل
کاهش بیش از ۵۰٪	۱ (۱۴/۲)	۴ (۷/۸)	۴ (۲۵)	۱۳ (۲۳)	۱۰ (۱۵/۶)	۳۲ (۱۴/۹)	
کاهش کمتر از ۵۰٪	۱ (۱۴/۲)	۳ (۵/۸)	۴ (۲۵)	۷ (۱۲/۹)	۷ (۱۰/۹)	۲۲ (۱۰/۳)	
بدون پاسخ	۴ (۵/۷)	۲۱ (۲۱/۱)	۴ (۲۵)	۱۳ (۲۳)	۶ (۹/۳)	۴۸ (۲۲/۳)	
کل	۷	۵۱	۱۶	۵۴	۶۴	۱۹۲	

* تشنج پارسیل: منظور تشنج پارسیل اعم از ساده و یا کمپلکس می باشد.

+ میوکلونیک: تعدادی از کودکان که اسپاسم شیرخوارگی داشتند نیز در این گروه گنجانیده شدند.

شد که منجر به بیحالی و بیقراری (در یک مورد) گشت. تمامی این موارد طی ۱-۳ روز اول رژیم کتوژنیک بروز کرد که با اضافه نمودن ۷۰-۵۰ میلی لیتر آب میوه طبیعی به آب دریافتی بهبود یافتند و رژیم ادامه یافت.

تهوع و استفراغ در ۱۱ بیمار (۵/۱٪) که در دو هفته اول شروع رژیم غذایی بروز کرد و در یک مورد به علت همراه بودن تب و مقاوم شدن استفراغ رژیم قطع شد. در باقی موارد بتدریج وضعیت بیمار بهبود یافت و رژیم ادامه یافت. در دو مورد خون ریزی معده (۰/۹٪) بروز کرد (یک مورد در طی ۱۵ روز اول و مورد دوم در روز بیستم رژیم) که منجر به قطع رژیم کتوژنیک شد.

عفونت ادراری (با سونوگرافی طبیعی کلیه ها) در طی ماه اول در یک مورد مشاهده شد، پنومونی در یک بیمار در ماه سوم درمان بروز کرد که منجر به قطع رژیم شد. تب در ۴ بیمار که ۳ مورد آن در ۵ روز اول درمان بود و یافته عفونی خاصی بدست نیامد لذا رژیم ادامه یافت فقط در یک مورد که همراه با استفراغهای مقاوم بود رژیم قطع شد.

در پایان ماه ششم دریافت رژیم از تعداد ۱۹۲ بیمار (۸۹٪) که برای پیگیری مراجعه نمودند در ۵۷ مورد (۹/۶٪) کلسترول بالاتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و در ۷۱ بیمار (۳۶/۹٪) تری گلیسرید بیشتر از ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر ملاحظه شد که بیماران با مشاوره با متخصص تغذیه نوع چربی رژیم غذایی را تغییر دادند. مرگ در یک بیمار از کل بیماران مورد مطالعه در نتیجه پنومونی آسپیراتیو مشاهده شد که ربطی به رژیم کتوژنیک نداشت.

آزمون رونند^(۱) نیز معنی دار بود ($P < 0/0001$).

اثر تعداد حملات تشنجی قبل از شروع درمان و میزان پاسخگویی به رژیم کتوژنیک

تعداد ۴۷ بیمار (۲۱/۸٪) طی ماه قبل از شروع رژیم کتوژنیک (براساس یادداشتهای مادر) تعداد کمتر از ۱۰ حمله تشنجی در ماه داشتند، ۵۰ نفر (۲۳/۲٪) بیشتر از ۱۰ حمله و کمتر از ۱۰۰ حمله در ماه داشتند و ۱۱۸ بیمار (۵۴/۸٪) بیش از ۱۰۰ حمله (تا حداکثر ۱۶۰۰ حمله) در ماه داشتند که به طور متوسط در هر بیمار ۲۳۵ حمله تشنجی در ماه وجود داشت. که بین تعداد حملات تشنجی قبل از دریافت رژیم کتوژنیک و میزان پاسخگویی به رژیم رابطه آماری معنی دار وجود نداشت. در پیگیری اول $\chi^2 = 7/61$, $df=4$, $p=0/10$ در پیگیری دوم $\chi^2 = 1/26$, $df=4$, $p=0/86$ در پیگیری سوم $\chi^2 = 1/09$, $df=4$, $p=0/89$ بود که قابل توجه و معنی دار نبود (جدول ۳).

عوارض جانبی

در ۵ بیمار (۲/۳٪) هیپوگلیسمی (قند خون کمتر از ۳۰ میلی گرم درصد) مشاهده

با کاهش میزان دارو حملات تشنجی افزایش می یافت کرد که در اینگونه موارد دوباره دوز دارو را افزایش می دادیم.

طی یکسال قبل از شروع رژیم کتوژنیک ۳ بیمار (۱/۳٪) حداقل دو دارو، ۱۲ بیمار (۵/۵٪) نوع ۳ دارو، ۱۶ نفر (۷/۵٪) نوع ۴ دارو، ۴۵ بیمار (۲۱٪) نوع ۵ دارو، ۴۹ نفر (۲۱/۸٪) نوع ۶ دارو، ۳۰ بیمار (۱۴٪) نوع ۷ دارو و ۲۳ نفر (۱۰/۷٪) نوع ۸ دارو و ۳۷ نفر (۱۷/۲٪) بیش از ۸ نوع دارو دریافت کرده بودند و بطور متوسط قبل از شروع رژیم کتوژنیک بیماران ۶/۶ قلم دارو دریافت می داشتند.

پس از پایان ماه اول شروع رژیم کتوژنیک، ۱۱ نفر (۵/۶٪) هیچ دارویی مصرف نمی نمودند، ۱۱۷ نفر (۵۴/۵٪) یک نوع دارو و ۷۱ نفر (۳۳٪) دو نوع دارو ۱۴ نفر (۶/۵٪) نوع ۳ دارو و ۴ بیمار (۱/۸٪) نوع ۴ دارو دریافت می داشتند.

تفاوت آماری معنی داری بین افزایش اقلام دارویی و عدم پاسخ به درمان وجود داشت یا به عبارتی هر چه تعداد اقلام دارویی کمتر مصرف می شد پاسخ به درمان کتوژنیک از نتایج بهتری برخوردار بود ($\chi^2 = 28/84$, $df=3$, $p < 0/0001$) همچنین



جدول شماره (۳): رابطه میزان کنترل تشنج با تعداد حملات تشنجی قبل از شروع رژیم

تعداد حملات تشنجی قبل از رژیم (در ماه)	وضعیت کنترل تشنج	سال اول	ماه ششم	ماه اول
ماه < ۱۰ n=۴۷(۲۱/۸)	عاری از تشنج (۱)	۴(۱۴/۸)	۲۰(۴۱/۵)	۳۸(۸۲/۶)
	کاهش بیش از ۵۰٪	۶(۲۲/۲)	۵(۱۱/۶)	۲(۴/۳)
	کاهش کمتر از ۵۰٪	۲(۴/۶)	۵(۱۱/۶)	۱(۲/۱)
	عدم پاسخ به درمان	۱۵(۵۵/۵)	۱۳(۳۰/۲)	۵(۱۰/۸)
ماه > ۱۰ n=۵۰(۲۳/۲)	عدم مراجعه	۲۰	۴	۱
	عاری از تشنج	۴(۱۲/۹)	۲۳(۴۸/۹)	۳۳(۶۶)
	کاهش بیش از ۵۰٪	۲(۶/۴)	۹(۱۹/۱)	۵(۲۰/۱)
	کاهش کمتر از ۵۰٪	۹(۲۹)	۵(۱۰/۶)	۶(۱۲)
ماه > ۱۰۰ n=۱۱۸(۵۴/۸)	عدم پاسخ به درمان	۱۶(۵۱/۶)	۱۰(۲۱/۲)	۶(۱۲)
	عدم مراجعه	۱۹	۳	۰
	عاری از تشنج	۱۳(۲۰)	۴۷(۴۶)	۷۳(۶۲/۹)
	کاهش بیش از ۵۰٪	۹(۱۳/۸)	۱۸(۱۷/۶)	۱۵(۱۲/۹)
ماه > ۱۰۰ n=۱۱۸(۵۴/۸)	کاهش کمتر از ۵۰٪	۱۰(۱۵/۳)	۱۲(۱۱/۷)	۹(۷/۵)
	عدم پاسخ به درمان	۲۳(۵۰/۷)	۲۵(۲۴/۵)	۱۹(۱۶/۳)
	عدم مراجعه	۵۳	۱۶	۲

۱- رابطه آماری معنی داری بین تعداد حملات تشنجی و میزان پاسخ به درمان وجود ندارد.

در پیگیری اول (ماه اول) $\chi^2=7/61$, $df=4$, $p=0/10$. در پیگیری دوم (ماه ششم) $\chi^2=1/26$, $df=4$, $p=0/86$.

در پیگیری سوم (ماه دوازدهم) $\chi^2=1/09$, $df=4$, $p=0/89$.

یکسال پیگیری شدند. بطور کلی ۸۹/۳ درصد بیماران به مدت ۶ ماه رژیم را ادامه دادند و ۵۷/۲ درصد بیماران برای یکسال رژیم را رعایت نموده و برای پیگیری مراجعه نمودند در مطالعه‌ای مشابه که ۱۵۰ بیمار را در بر گرفته است [۱۳]، ۷۱ درصد بیماران برای ۶ ماه و ۵۵ درصد برای یکسال رژیم را ادامه دادند.

در مطالعه ما ۸۸/۸ درصد کودکان کمتر از ۶ سال در پایان ماه ششم (۱۳۳ نفر از ۱۶۶ نفر) رژیم را ادامه دادند و در بیماران با سن بالاتر از ۶ سال ۹۰ درصد (۴۹ نفر از ۵۴ بیمار) رژیم را رعایت کردند. در مطالعه‌ای مشابه روی ۱۵۰ بیمار [۱۳] کودکان کمتر از ۵ سال در طی ۶ ماه ۷۳ درصد و کودکان بالاتر از ۵ سال ۶۸ درصد رژیم را ادامه دادند. در هر دو مطالعه، رابطه‌ای بین تحمل رژیم و سن کودک وجود نداشت. از نظر پاسخ به درمان بطور کلی ۴۳/۹ درصد بیماران در طی یکسال عاری از تشنج شدید و ۱۳/۵ درصد بیماران بیش از ۵۰ درصد کاهش در میزان حملات تشنجی را نشان دادند.

که در مطالعه مشابه [۱۳] بیش از ۷۰ درصد بیماران بیش از ۵۰ درصد کاهش در میزان حملات تشنجی داشتند یا در مطالعه‌ای دیگر [۱۲] در طی یکسال ۴۹ درصد بیماران بیش از ۵۰ درصد کاهش در تعداد حملات تشنجی نشان دادند.

در مطالعه ما رابطه آماری معنی دار بین سن، جنس بیماران، نوع تشنج و تعداد حملات تشنجی با میزان پاسخگویی به رژیم کتوژنیک وجود نداشت. این امر در دو مطالعه دیگر [۱۱، ۱۳] نیز که این روابط بررسی گردید، تأیید شده است. مطالعات متعددی بصورت گذشته نگر و بدون گروه شاهد در مورد رژیم کتوژنیک در طی سالهای گذشته انجام شده است [۱۳، ۱۴، ۱۵]. بطوریکه نتایج

بودن رژیم کتوژنیک به اثبات رسیده است اما هنوز عده زیادی عقیده دارند که استفاده از رژیم به دلیل مشکل بودن تهیه مواد غذایی و محروم شدن کودک از دریافت بعضی از مواد غذایی بهتر است به عنوان آخرین روش درمانی در کودکان مبتلا به صرع مقاوم استفاده شود. برای اولین بار رژیم کتوژنیک در جان هاپکینز در سال ۱۹۳۰ توسط یک متخصص تغذیه مورد استفاده قرار گرفت تا سال ۱۹۹۴ بیش از ۳۰۰ بیمار تحت این درآمدند [۱۳].

مطالعه فعلی روی ۲۱۵ کودک ۲ تا ۱۲ ساله مبتلا به صرع مقاوم در مرکز درمانی مفید وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت و بیماران برای بیش از

در سال ۱۹۲۰ میلادی که فنوباریتال و بروماید تنها داروی ضد تشنج در دسترس بود رژیم کتوژنیک مورد توجه قرار گرفت [۴، ۶]. و در سال ۱۹۳۰ کاربرد زیادی در درمان تشنج پیدا کرد. با وجود ابداع فنی توئین در سال ۱۹۳۸ و در پی آن داروهای ضد تشنج متعدد دیگر هنوز ۲۵ درصد از بالغین مصروع، تشنجهای مقاوم به درمان دارند [۱۰] که این رقم در کودکان کاملاً مشخص نیست اما احتمالاً بیشتر از بالغین است [۱۱، ۱۲].

اگر چه در طی مطالعات متعددی، موثر

آن مشابه با مطالعه ما بوده است.

اگر چه مطالعه انجام شده به صورت دوسو کور و تصادفی نبوده است اما نتایج بدست آمده رضایت بخش و خوشحال کننده است، حتی از نتایج مطالعات مربوط به داروهای ضد تشنج جدید نیز بهتر می باشد، زیرا اغلب این گونه مطالعات کوتاه مدت و برای یک هفته یا چند هفته پیگیری می شود و در اغلب آنها نیز بیش از ۵۰ درصد کاهش در تعدد حملات در ۵۰ درصد بیماران مشاهده نمی شود [۲۰،۱۶].

نکته دیگر اینکه در مطالعه ما رابطه آماری معنی دار بین کاهش دریافت دارو و پاسخ مناسب به رژیم کتوژنیک وجود داشت یا به عبارت دیگر هر چه تعداد اقلام دارویی افزایش می یابد، میزان پاسخ به درمان نیز کمتر شده است که البته حضور عوامل مداخله گر مانند مقاوم بودن تشنج که منجر به

دریافت داروی بیشتر شده است را بایستی متذکر شد.

عوارض ناشی از رژیم بسیار اندک بود و فقط در دو مورد خونریزی معده منجر به قطع رژیم گشت. مرگ و میر فقط در یک مورد مشاهده شد که ربطی به رژیم کتوژنیک نداشت. هر چند مکانیسم اثر رژیم غذایی در کنترل تشنج بدرستی مشخص نیست (ایجاد کتوز، اسیدوز و دهیدراتاسیون به عنوان عوامل موثر ذکر گردیده است)، اما روش درمانی مقرون به صرفه و کم هزینه و موثری است و این مسئله در کشورهای در حال توسعه از نظر اقتصادی اهمیت فراوانی دارد. ولی مطالعات زیادی لازم است تا بتواند به سوالات متفاوتی درباره رژیم کتوژنیک پاسخ دهد مانند اینکه چه موقع بایستی رژیم کتوژنیک برای یک کودک صرعی شروع شود؟ رژیم کتوژنیک بر روی چه نوع تشنجی

نتیجه گیری

بطور خلاصه مطالعه اخیر درباره اثر رژیم کتوژنیک در درمان صرع مقاوم کودکان نشان دهنده تاثیر خوب رژیم روی کنترل این نوع از تشنجهای می باشد که عوارض آن نیز اندک است. این درمان نه تنها مقرون به صرفه است بلکه تحمل کودکان نیز خوب است. با عنایت به اینکه رابطه آماری قابل توجهی بین پاسخ به درمان با سن، جنس کودکان، نوع تشنج و تعداد حملات تشنجی نیز وجود نداشت، استفاده از رژیم کتوژنیک می تواند به عنوان یک درمان جایگزین در کنترل صرع مقاوم کودکان کارایی داشته باشد.

مراجع

- Kinsman S, Eisner V, Pauli L. Minor motor epilepsy. *pediatrics*. 1958; 21: 916-927.
- Wilder RM. The effect of ketogenic on the course of epilepsy. *Mayo Clin Bul* 1921; 2:307.
- Livingston S. *Dietary Treatment for Epilepsy*. 1st ed. Singupoure: Carles C. Thomas, 1963; P:10. 123,270.
- Swink TD, Vining EPG, Freeman JM. The ketogenic diet. *Adv Pediatr* 1997; 44: 297-329.
- Wbeless J. The ketogenic diet. *J Child Neurol* 1995; 10: 419-423.
- Devivo DC. How to use other drugs (steriods) and the ketogenic. In: Morselli PL, Pippenger CE, peny JK.eds. *Anti Epileptic Drug Therapy in Pediatrics*. 1st ed. New York: Raven Press, 1983; 283-292.
- Prasad AN, Statstrom CF, Holmes GL. Alternative epilepsy therapies: The ketogenic diet, immunoglobulins and steroid. *Epilepsia* 1996; 37: 581-595.
- Freeman JM, Kelly MT, Freeman JB. *The Epilepsy Diet Treatment: An Introduction to The Ketogenic Diet*. 1st ed. New York: Demos, 1994; 325-401.
- Lennox WG, Lennox MA. *Epilepsy and Related Disorder*. 1st ed. Boston: Little Brown and Company, 1960; P.157-173.
- Rosenfeld WE, Sacedo RC, Faught RE, et al. Long term experience with topiramate as adjunctive therapy and monotherapy in patients partial onset seizures: retrospective survey of open - label treatment. *Epilepsia*. 1997; 38: 534-536.
- Pellock JM. Utilization or new antiepileptic drugs in children. *Epilepsia* 1996; 37: 566-573.
- Vinnig EPG, Freeman JM, Ballaban K, et al: A multicenter study of the efficacy of the ketogenic diet. *Arch Neurol* 1998; 55: 1433-1437.
- Freeman JM, Vinning EPG, Pillas DJ, et al. The efficacy of the ketogenic diet 1998: A prospective evaluation of intervention in 150 children. *Pediatrics* 1998; 102: 1358-1363.
- Peterman MG. ketogenic diet in the treatment of epilepsy. *Am J Dis Child* 1924; 28:28.
- Wilkins L. Epilepsy in childhood: Results with the ketogenic diet. *J Pediatr* 1937; 10: 341-357.
- Chadwick DW. An Overview or the efficacy and tolerability of new anticonvulsant drugs. *Epilepsia* 1997; 38: 559-562.

