

بیماری که برای نخستین بار دچار تشنج صرعی میشود

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۱-۲، صفحه ۷۸، ۱۳۵۰

دکتر صادق صبا *

حال باید دانست که در برابر بیماری که برای نخستین بار دچار يك تشنج صرعی میشود، چه اقدامی باید کرد. در این موارد همیشه کسان بیمار شتاب زده به مطبها و بیمارستانهای خصوصی روی میآورند.

خوشبختانه در بیشتر موارد، تا هنگام رسیدن پزشک، بیمار بهوش می آید و پزشک هم روحیه بیمار و کسان او را تقویت میکند و احیاناً يك دواي کرم هم برای بیمار تجویز میکند.

برخی دیگر، بیمار را در بیمارستان خصوصی بستری می کنند و زیر چادر اکسیژن میگذارند و همینقدر که بهوش آمد، که خوشبختانه اغلب خود بخود میسر میشود، او را مرخص میکنند. در صورتیکه بیمار هم چنان دچار حملات پی در پی تشنجی باشد (Etat de Mal)، پدرمان او ادامه میدهند تا بهوش آید.

در این موارد وظیفه پزشک همواره این است که از خود سوال کند آیا این حمله دیگر تکرار نمیشود؟ و فردائی در پیش ندارد؟ اگر حمله تشنجی با گاز گرفتن زبان و رها شدن ادرار همراه باشد عضوی بودن حمله مسلم است. مسئله مهم پیدا شدن حمله ناگهانی نزد بیماری است که سابقه تشنج نداشته و برای اولین بار دچار حمله شده است. در این موارد، خواه حمله، بصورت حمله بزرگ و خواه بصورت حمله کوچک پیدا شده باشد، باید سرعت يك معاینه عمومی و يك معاینه عصبی از بیمار بعمل آورد و سابقه ابتلای به حمله را در فرامیل بیمار تحقیق کرد و هر چه زودتر تا فاصله ۴۸ ساعت از بیمار يك امتحان EEG معمول داشت.

در امتحان بالینی، علیی مانند سندرم Epiloia و Sturge-Weber و فلج مغزی دوران کودکی (پارالیزی سر برال) و غیره غالباً بسادگی تشخیص داده میشوند و در نمودار EEG تشخیص علیی مانند انواع

مقاله همکار ارجمند آقای دکتر مسعود عزیزی، در مورد تشنج نوزادان و کودکان و درمان آن، در شماره چهارم سال اول مجله نظام پزشکی، مرابباد بیماری انداخت که گرچه بزرگ سال بود ولی پس از سه بار حمله درگذشت. این موضوع اگرچه مربوط به ۱۵ یا ۱۶ سال پیش است ولی نگارش شرح حال بیمار مذکور میتواند آموزنده باشد.

تاجری پرکار و پردرآمد، در سرکار خود، برای اولین بار دچار تشنج و بیهوشی میشود و او را در حال اغما بيك بیمارستان خصوصی میبرند. در آنجا جلسه مشاوره تشکیل میشود ولی قبل از اینکه درباره بیمار اقدامی بعمل آید، بیمار بهوش می آید و حاضر به ماندن در بیمارستان نمیشود و به سرکار خود بر میگردد. تشنج بار دیگر دو هفته بعد تکرار میشود و این بار نیز بیمار پس از چند ساعتی که در بیمارستان بوده بازم بمیل خویش بیمارستان را ترک میکند. يك ماه بعد برای بار سوم دچار تشنج و بیهوشی میشود. این دفعه بیمار چندین روز در بیمارستان بحال اغما میماند و چون نشانه های عصبی و سه چشمی نداشته، برای اینکه در بیمارستان خصوصی فوت نشود، او را بيك بیمارستان دانشگاهی منتقل میکنند و آنجا فوت میشود.

در بیمارستان، از بیمار که در حال اغما بود، EEG بعمل آمد. آسیب فضاگیری در ناحیه تامپورال جلو، در نیمکره راست مغز داشت. وقتی نظر جراح اعصاب در مورد عمل او خواسته شد بعلت طول مدتی که بیمار در اغما گذرانیده بود اقدام جراحی را صلاح ندید و فرصت را از دست رفته تلفی کرد و روز بعد هم بیمار درگذشت و متأسفانه اتوپسی هم نشد زیرا کسان او مانع این امر بودند.

* تهران - خیابان بهار - کوی شقایق شماره ۱۵

بدرجه اهمیت و لزوم عبارتند از :

- ۱- آنژیوگرافی : بررسی شاخه‌های شریان کاروتید
 - ۲- پنوموگرافی : مطالعه وضع و انتریکولهای مغز
- اگر بررسی و معاینه بیمار بدین طریق عملی شود ، هیچگونه علتی از نظر دور نمی‌ماند و بیمار را میتوان پس از کشف علت درمان کرد .
- بطور کلی یاد آور میشود که از نظر سن بیمار ، باید نکات زیر را در نظر داشت :
- ۱- سرع‌های کانونی نزد نوزادان و کودکان غالباً وخیم است .
 - ۲- نزد شیرخواران ، آنسفالوپاتی و سپاسم‌های آن فلکسیون پس از ماه ششم پیدا میشود .
 - ۳- برخی کودکان قبل از سه سالگی در هنگام شب دچار تشنج میشوند .
 - ۴- حملات کوچک صرعی بعد از سه سالگی پدید می‌آید .
 - ۵- در سنین دوم کودکسی و سنین بلوغ ، حملات پسیکوموتور و حملات بزرگ ظاهر میشود .
 - ۶- در بزرگسالان ، گاهی نخستین حمله پس از ضرب سر پیدا میشود .
 - ۷- اگر بیمار بیش از ۲۵ سال سن دارد ، باید يك آسیب‌فضاگیر و پیش‌رونده مغز در کار باشد .
 - ۸- اگر بیمار بیشتر از ۵۰ سال دارد ، نخستین حمله از نشانه‌های آسیب‌های عروقی مغز یا مسمومیت مزمن با الکل حکایت میکنند .
- بهر حال امتحانات منظم (سیستما تیک) بشرحی که ذکر شد همواره راهنمای پزشک خواهد بود و او را از هرگونه خطا و اشتباهی بر حذر خواهد داشت .

حملات صرعی دیانسفالیک یا سپاسم آن فلکسیون و غیره میسر خواهد شد و پس از امتحانات آزمایشگاهی خون نیز میتوان بدرمان اختصاصی هریک از این بیماریها پرداخت .

در صورتیکه نمودار EEG بیمار طبیعی باشد ، گرچه پزشک باز هم در مورد بازگشت حمله نمیتواند اظهار نظر کند . ولی نمودار طبیعی EEG خاطر پزشک و بیمار هر دو را راحت میکند . پزشک با توجه با امتحانات بالینی ، بدرمان ضد صرعی می‌پردازد و بیمار خود را زیر نظر میگیرد و در صورت بروز حمله مجدد بلافاصله يك آزمایش دیگر EEG تقاضا میکند که در تشخیص نوع بیماری و درمان و عاقبت بیماری ، راهنمای خوبی خواهد بود . اگر نمودار EEG نشانه‌های کانونی داشته باشد و حکایت از پیشرفت آسیب‌فضاگیری در مغز کند ، تحقیقات و مطالعات بیشتری لازم می‌آید که به ترتیب اهمیت و لزوم یادآوری میشوند .

- ۱- امتحان ته‌چشم : برای مطالعه تغییرات پایی و عروق
- ۲- رادیوگرافی جمجمه و سینیه : برای دیدن نشانه‌های فشار درون کاسه سروتومرهای ریه .

- ۳- اکو آنسفالوگرافی (Echo-encephalographie) : برای بررسی انحراف در ساختمانهای میانی مغز

- ۴- Scintigraphie با مواد ایزوتوپ و بررسی جذب مواد مزبور در کانونهای مرضی .

این آزمایش‌ها غالباً احتیاج به بستری ساختن بیمار ندارد و همه آنها را میتوان بطور سرپائی و در مان‌نگاهی انجام داد تا هیچ‌گونه اضافه‌ای برای بیمار ایجاد نکند . در صورتیکه این امتحانات ما را متوجه آسیب‌فضاگیری درون کاسه سر نمایند آنوقت میتوان بیمار را بستری کرد و در درجه دوم به آزمایش‌های زیر پرداخت که نسبت

REFERENCES:

- 1- Gastaut: Les épilepsies. 1962.
- 2- Fichgold: Savoir interpréter un Electroencéphalogramme.
- 3- Sutherland and Tait, The Epilepsies, 1969.