

صرع گوارشی

دکتر جلال کاظمی *

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۳، صفحه ۲۲۲، سال ۱۳۵۳

سابقه بیمار: در سن ۲۰ سالگی دچار سیفیلیس شده که معالجه نموده، مبتلا به الکلیسم هم بوده است. در امتحان عصبی هیچگونه علائم غیر عادی که با حملات ارتباطی داشته باشد پیدا نشده است. امتحان احشاه طبیعی بوده است.

در آزمایش‌های تکمیلی: اوره - فرمول شمارش خون و قند خون طبیعی بوده است.

آزمایش سرولوژی خون طبیعی بوده است. رادیوگرافی جمجمه و امتحان ته چشم طبیعی بوده و سه مرتبه الکتروانسفالوگرافی بعمل آمده که اختلالی نشان نداده است. ولی با وجود طبیعی بودن الکتروانسفالوگرافی باتکیه بر نشانه‌های زیر تشخیص صرع داده شد.

شروع ناگهانی حمله، یکنواخت و یک شکل بوده و بخصوص از دست دادن شعور و بی‌اختیاری دفع ادرار داشته است.

بیمار را باروزی ۲۰ سانتی گرم فنوباریتال تحت درمان قرار گرفت و اختلالات کاملاً برطرف شد. در مدت ده سال هیچ حمله جدیدی ظاهر نشد.

در آزمایش مجدد الکتروانسفالوگرافی طبیعی بود. مقدار دارو بوسیله خود بیمار کم شده و در ماه ۱۹۵۷ به ۲۰ سانتی گرم رسید. در ژوئیه ۱۹۶۵ بیمار دچار حملات تازه‌ای شد که خصوصیات آن با حملات قبلی متفاوت بود.

شروع حمله با فشرده شدن مچ دست چپ همراه با درد شدید ناحیه اپی‌گاستریک بوده و دو حمله اول با از دست دادن شناسایی و بی‌اختیاری دفع ادرار و گاز گرفتن زبان توأم بود و در ماه‌های بعد با وجود درمان، حملات حتی چندین مرتبه در روز تکرار میشد.

در زمانهای قدیم پزشکان اختلالات گوارشی با صفات ویژه‌ای را شرح داده بودند. در سال ۱۸۶۸ ترسو این اختلالات را به صرع نسبت داد و یک مورد صرع گوارشی را که حملات بشکل درد خفیف در ناحیه اپی‌گاستر توأم با استفراغ بود شرح داد.

در سال ۱۸۹۰، خصوصیات صرع گوارشی بوسیله Feré مشخص گردید و بعداً کارهائیکه انجام گرفته بود بوسیله Moore از سال ۱۹۴۴ تا ۱۹۵۰ تکمیل و کاملاً مشخص گردید. شناختن این شکل از حمله صرع دشوار است ولی تشخیص آن مانع از انجام بسیاری از اعمال بی‌فایده جهت بیماران میگردد (۴). برای اینکه با اهمیت موضوع پی‌بیریم چهار مورد جالب که در سال ۱۹۷۲ گزارش شده است با اطلاع خوانندگان میرسانیم (۱).

شرح حال بیمار شماره ۱:

بیمار مردی است ۵۷ ساله، در ماه مه ۱۹۶۵ به بخش اعصاب بیمارستان Salpetriere بعلت حملاتی مراجعه نموده است. شروع حملات ناگهانی، سریع و با احساس فشرده‌گی در مچ دست چپ بوده است که بسرعت تمام دست چپ را گرفته و به ناحیه پشت جناغ سینه میرسد، درد خیلی شدید و توأم با اضطراب و عرق فراوان میباشد. مدت این حملات غالباً کوتاه و اغلب پس از آن بیمار شناسایی خود را از دست میدهد که پانزده یا بیست دقیقه طول میکشد.

حملات تونیک و کلونیک و گاز گرفتن زبان وجود نداشته، اما برعکس همراه با بی‌اختیاری دفع ادرار بوده است و مدتی طولانی بیمار در یک حالت گیجی بسر میبرد و بدین طریق بیمار در هر ماه ده مرتبه دچار این حملات که مشابه بودند میشده و اغلب با از دست دادن شعور همراه ولی ثابت نبوده است.

* بخش اعصاب - دانشگاه تهران.

شرح حال بیمار شماره ۲ :

بیمار جوانی است ۱۸ ساله، که با داشتن هماتمزهای مکرر و منفی بودن آزمایشهای متعدد اذ دستگاه گوارش جهت امتحان نورولوژی به بخش پروفوسور گارسن در پاریس مراجعه نموده است تا در صورتیکه علت عصبی جهت آن کشف نشود مورد عمل لاپاراتومی قرار گیرد .

از سال ۱۹۶۳ یعنی در سن ۱۴ سالگی هماتمز برای بیمار ظاهر شده که ابتدا ماهی یکمرتبه بوده و پس از یکسال هر پانزده روز یکمرتبه هماتمز ظاهر میشده و قبل از هماتمز بیمار چندساعتی دچار حالت تهوع و استفراغهای مایع بوده که بعداً خون آلود میشده و مدت ۱۳ تا ۲۴ ساعت ادامه داشته است. گاهی بیمار دردهائی از نوع کرامپ در ناحیه اپی گاستر در موقع استفراغ داشته و این هماتمز گاهی زیاد و همراه با هلمنا بوده و هماسی بیمار به ۲۳۰۰۰۰۰ میرسیده و در فواصل هماتمز بیمار علامت گوارشی و دردی در ناحیه شکم نداشته است .

در ژوئن ۱۹۶۶، بیمار تحت کاوش قرار گرفت ولی نتیجه ای حاصل نشد لذا در بخش پروفوسور Debray بستری گردید . در آزمون بالینی هیچ چیز غیر عادی دیده نشد ، کبد و طحال طبیعی بود . رادیوگرافی دستگاه گوارش ، گاستروسکوپی و لاپاروسکوپی و آنژیوگرافی تنه سلیاک علت این استفراغ خونی را معلوم نکرد .

بالاخره بیمار مجدداً در دهم ماه مه ۱۹۶۷ در بخش پروفوسور گارسن بستری گردید . هیچگونه عوارض خونریزی دهنده در جلد و مخاط یا احشاء در فواصل هماتمز مشاهده نشد و هیچگونه فاکتور غذایی یا دوائی در پیدایش هماتمز معلوم نگردید .

علامت نورولوژیک غیر عادی در موقع هماتمز یا در فواصل آن وجود نداشت و بخصوص از دست دادن شناسائی ، تشنج ، بی اختیاری ادرار و گاز گرفتن زبان وجود نداشت .

اختلال حسی - حواسی و شخصیتی وجود نداشت منتها گاهی قبل از بروز استفراغ ، بیمار دچار سردرد در ناحیه پیشانی میشد . در سوابق بیمار چیز مهمی نبوده ، تولد بموقع و زایمان طبیعی بوده است . در سالهای اول کودکی تشنج وجود نداشته است ، سابقه ضربه سر نداشته وضع تغذیه خوب بوده و اعتیاد به الکل و دخانیات نداشته است . وضع تحصیلی بیمار خوب بوده ، پدر و مادر و شش خواهر و برادر بیمار سالم بوده اند . در امتحان عصبی علامت غیر طبیعی مشهود نبود .

این حملات همیشه شبیه بهم و پایان آنها بدون از دست دادن شعور و شناسائی بوده ، مدت حملات کوتاه و يك تا دو دقیقه و اغلب با حالت تهوع و احساس سنگینی در ناحیه معده همراه بوده است .

در امتحان عصبی علامت غیر طبیعی مشاهده نگردید .

امتحان احشاء مخصوصاً رادیوگرافی معده طبیعی بود . آزمایش الکتروانسفالوگرافی در پنجم ژوئیه ۱۹۶۵ و بیستم ژانویه ۱۹۶۶ در حدود طبیعی بود و در بیست و پنجم ژانویه ۱۹۶۸ تراسه در هنگام خواب از بیمار گرفته شد که يك عدم تقارن ریتم مغز را که نشانه سوفرانس نیمکره چپ میباشد نشان داد . آزمایش پنوموآنسفالوگرافی اختلال مهمی را نشان نداد . آزمایش مایع نخاع طبیعی بود .

روی همان خصوصیات بالینی حملهها ، درمان ضد تشنجی شروع شد و مقدار فنوباریتال ، تا ۳۰ سانتی گرم در روز اضافه گردید و مدت چهار ماه حمله ظاهر نشد ولی بعداً بهمان شکل قبل حملهها ظاهر شدند . داروهای دیگر مثل : پری ماکلون-دی فنیل-هیدانتوئین را توأم کردند ولی نتیجه ای حاصل نشد و برعکس توأم کردن ۱۰ تا ۲۰ سانتی گرم فنوباریتال و سه قرص Pheneturide حمله را کاملاً قطع کرد .

آخرین الکتروانسفالوگرافی در سپتامبر ۱۹۶۸ از بیمار گرفته شد ، که يك اختلال خفیف با امواج تتا را نشان داد .

بطور خلاصه در سال ۱۹۵۵ ، حملات صرعی نزد مردی ۵۷ ساله ظاهر شده که ابتدا مشی يك آنژین صدری کاذب را داشته است و با از دست دادن شناسائی همراه بوده ولی ثابت نبوده است . حملات با فنوباریتال کاملاً کنترل شده است تا پس از ده سال که مقدار دارو کم شده و به ۲ سانتی گرم در روز رسیده است .

در سال ۱۹۶۵ ، حملات مجدداً و با دفعات بیشتر ظاهر شده و با اختلالات گوارشی همراه بوده است . درد در ناحیه پشت جناغ سینه نبوده بلکه در ناحیه اپی گاستر ، و خیلی شدید بوده است .

این حملات بطور نا ثابت همراه با از دست دادن شناسائی و بی اختیاری دفع ادرار بوده است .

تمام آزمایشهای لازم جهت کشف علت منفی بوده است .

درمانهای زیاد انجام شده ، که فقط توأم کردن فنوباریتال و فنتورید حملات را قطع کرده و در آخرین آزمایش الکتروانسفالوگرافی سوفرانس نیمکره چپ را نشان داده است .

تشخیص مبنی بر خصوصیات این حمله بوده است که حملات ناگهانی و يك شکل و مدت حمله کوتاه و گاهی با از دست دادن شناسائی و بی اختیاری دفع ادرار همراه بوده است .

گوارشی و نورولوژی و الکتروآنسفالوگرافی قرار گرفته ولی یافته غیرطبیعی بدست نیامد .

با خصوصیات شروع ناگهانی حمله و یکنواخت بودن حملات و داشتن پریود منظم ، فکر يك شكل آتی پيك صرع شد و بخصوص تأثیر درمان ضد تشنجی و تجدید حمله‌ها با کم کردن مقدار دارو و الکتروآنسفالوگرافی بعدی که در حال خواب گرفته شد ، این تشخیص را تأیید کرد .

شرح حال بیمار شماره ۳ :

بیمار ۴۶ ساله مجرد و بعلت حملات صرعی که از زمان کودکی شروع شده به بخش اعصاب بیمارستان Bicetie در دسامبر ۱۹۷۰ مراجعه نموده است .

سابقه بیمار : نکته قابل توجه آنکه در موقع تولد کودک زایمان مشکل بوده و دیرتر از موقع راه افتاده (یعنی در ۱۸ ماهگی) و اولین حمله صرعی موقع دندان درآوردن طفل بوده و از ۲ تا ۴ سالگی هرده ماه یکمرتبه حمله شروع شده است . حملات عمومی بوده ، تحت مداوا با فنوباربیتال قرار گرفته و تا سن ۱۳ سالگی حملات ظاهر نشده است ولی در این موقع حملات مجدداً بشکل دیگری تظاهر نموده‌اند .

بدین طریق که شروع حمله بایک حالت بدحالی غیرقابل توصیف و عرق فراوان و بعد درد شکم بشکل سنگینی در ناحیه پائین ناف که خیلی شدید بوده و گاهی این کیفیات با اسهال و استفراغ همراه بوده ولی خونی نبوده است . این حملات ۲ تا ۳ دقیقه طول میکشید و حملات با تشنج و از دست دادن شناسائی و گاهی گاز گرفتن زبان همراه بوده و پس از ختم حمله بیمار به خواب عمیق فرومیرفته است .

در موارد نادری حملات بشکل يك درد شکم و عرق فراوان بوده است . این حملات همیشه شبیه بهم بوده‌اند و باریتم متفاوتی تا سن ۴۰ سالگی تکرار شده و در اثر درمان از ۴۰ تا ۴۵ سالگی قطع شده‌اند ولی بیمار درمان را خودش قطع کرده است . مجدداً چهارحمله در بیست و چهار ساعت ظاهر شده و بیمار را در بیمارستان بستری نموده‌اند . اطرافیان بیمار اظهار کرده‌اند که مدت دو سال است که خلق بیمار تغییر نموده و تحریک پذیر و ناپایدار شده و چند مرتبه حملات خشم و جنون آتی باو دست داده که از آنها خاطره‌ای برای بیمار باقی نمانده است .

در معاینه ، بیمار از نظر هوشی در سطح متوسط و دچار کندی جریان فکر و چسبندگی عاطفی بوده است . امتحان عصبی و احشائی طبیعی بوده است .

رادیوگرافی جمجمه - اوره خون - قندخون عادی بوده و واسرمن خون منفی ، الکتروآنسفالوگرافی در ۱۴ / ۱ / ۷۰ اختلال خفیفی

امتحان عمومی طبیعی بود . فشارخون $\frac{14}{8}$ و ناهنجاری عروقی روی جلد مشاهده نشد .

در آزمایش‌های تکمیلی علائم غیرعادی مشهود نگردید .

امتحان ته چشم ، رادیوگرافی جمجمه عادی بود .

آزمایش الکتروآنسفالوگرافی در تاریخ ۷ / ۴ / ۱۹۶۷ در حدود طبیعی و امتحان مایع نخاع عادی بود .

در مقابل يك چنین منظره بالینی و طبیعی بودن آزمایش انسان بفکر تمارض میافتد .

معاینه بالینی که بعمل آمد يك واکنش اضطرابی را نشان داد . دو حمله هماتمز وقتی بیمار در بیمارستان بستری بود یکی در آوریل ۱۹۶۷ و دیگری در ماه مه ۱۹۶۷ ظاهر شد .

در پایان حمله بیمار دچار حالت منگی میشد . امتحان دستگاه عصبی و گوارشی طبیعی بود .

دومین الکتروآنسفالوگرافی در ماه مه ۱۹۶۷ پس از ختم دومین حمله هماتمز بعمل آمد . تراسه کمی غیر طبیعی بود و امواج تنا فراوان و مخصوصاً در ناحیه قدامی مغز مشاهده شد که تحریک پذیر بود و منشأ تحت قشری داشت .

در مقابل این آنومالی خفیف فکر شکلی از صرع غیر طبیعی را کردیم و بیمار را با روزی ۲۰ سانتی گرم فنوباربیتال تحت درمان قرار دادیم . بیمار روز دهم ماه مه ۱۹۶۷ مرخص گردید .

بیمار تحت کنترل و حال او کاملاً رضایت بخش بود تا اینکه مقدار فنوباربیتال را به ۱۵ سانتی گرم کاهش دادند و در فوریه ۱۹۶۹ دو حمله تازه ظاهر شد که با درد ناحیه معده و استفراغ توأم بود ولی استفراغ خونی نبود و بیمار این مرتبه در بخش پروفوسور Castaigne بستری شد . امتحان بالینی طبیعی بود .

آنسفالوگرافی گازوز و گاما آنسفالوگرافی عادی بوده است . الکتروآنسفالوگرافی در ۲۴ فوریه ۱۹۶۹ يك آنومالی تحریکی و باروکسیم‌هایی در نیمکره راست و مخصوصاً در ناحیه تامپورال را نشان داد .

دو الکتروآنسفالوگرافی دیگر در حال خواب در چهارم و یازدهم مارس ۱۹۶۹ بعمل آمد که وجود اختلالاتی در ناحیه فرونتو تامپورال و يك حمله صرعی را تأیید کرد . مجدداً روزی ۲۰ سانتی گرم فنوباربیتال به بیمار داده شد و ناراحتی‌های بیمار ظاهر نشد و بیمار برای آخرین مشاوه در تاریخ بیستم ژوئن ۱۹۶۹ مراجعه کرد .

بطور خلاصه : ظهور علامت استفراغ‌های یسورشی و درد ناحیه اپی گاستر و هماتمز که بخصوص در صبحها ظاهر میشد و ابتدا همراه یکمرتبه و بعداً هر ماه دو مرتبه بطور منظم بود که در سن ۱۷ سالگی مورد آزمایش‌های مختلف خون شناسی و دستگاه

درموقع حملات که ۵ تا ۲۰ دقیقه طول میکشید به سئوالات همسر خود توجهی نداشته و فردای آنروز فراموشی کامل داشته است . در طی سال ۱۹۶۳ چهار یا پنج حمله به همین طریق برای بیمار ظاهر شده است . بیمار به پزشک مراجعه می کند . او تقاضای الکتروآنسفالوگرافی مینماید که اختلالی نشان نمیدهد ولی بیمار را با روزی ۱۵ سانتی گرم فنوباربیتال تحت درمان قرار میدهند و این حملات دیگر بروز نمی کند .

در بین سالهای ۱۹۶۳ و ۱۹۶۸ چند حمله عمومی شبانه برای بیمار ظاهر میشود . و بالاخره از ۱۹۶۸ به بعد حملات روزانه هم که با حملات قبلی متفاوت بوده اند ظاهر میشوند . این حملات جدید باین شکل شروع میشود که ابتداء بیمار احساس فشردگی مزاحم در ساق پا نموده که با سستی اعضاء تحتانی همراه بوده و بیمار را وادار به شستن پا یا دراز کشیدن میکرده است . این احساس مزاحم سرعت بطرف شکم بالا رفته و در ناحیه اطراف ناف متمرکز و بصورت درد شدید و حالت فشردگی احساس میشود بطوریکه تنفس بیمار را قطع مینماید حالت زور به بیمار می نشیند ناله میکند خمیازه میکشد و یادند آنها را بهم فشار میدهد .

بسیاری از مواقع بیمار به یک حالت رنگ پریدگی ، یا برعکس به قرمزی شدید در صورت دچار میشود . این حملات گاهی با حالت استفراغ غیرخونی همراه میشوند .

هرگز در جریان حمله یا در پایان حمله تیرگی شعور حتی موقت هم دیده نشده و تکانه های تشنجی در اعضاء یا عضلات شکم مشاهده نگردیده است .

مدت حملات درست برای بیمار معلوم نشده زیرا به محض شروع علائم ، بیمار یک قرص فنوباربیتال مصرف کرده و حمله پس از چند دقیقه قطع میشود و بیمار به خواب میرفته است .

بدین طریق بیمار تا ژوئیه ۱۹۷۱ ، تقریباً ماهی یکمرتبه دچار حمله میشده و از آن تاریخ با وجود ادامه درمان و بدون علت ظاهری حملات شدید شده و روزی ۳-۴ بار ظاهر شده اند و بعلت حالت اتادومال ژنرالیزه در بیمارستان بستری میشود .

امتحان عصبی در جریان اغماغ عادی بوده علائم ضایعه موضعی نشان داده نشده است . از لحاظ احشائی یک هپاتومگالی خفیف وجود داشته است . امتحان رادیوگرافی جمجمه و امتحان ته چشم طبیعی بوده است .

گاما آنسفالوگرافی عدم تقارن مخصوصاً در طرف راست و قسمت خلفی را نشان داده است . پنومو آنسفالوگرافی اتساع شاخ تامپورال راست بطن طرفی مغز را نشان داده است .

در ناحیه تامپورال چپ نشان داده است . الکتروآنسفالوگرافی در ۷۰/۱۲/۱۴ ، روز بعد از حمله سو فرانس مغزی شدید در هر دو ناحیه فرونتال ها و تامپورالها نشان میدهد و الکتروآنسفالوگرافی در ۷۰/۱۲/۱۴ دشارژهای متعدد بشکل سوزنی موجی در دو ناحیه تامپورال مخصوصاً طرف چپ را نشان میدهد .

بیمار را تحت درمان فینیتوئین و Alepsal قرار میدهند و در تاریخ ۷۰/۱۲/۲۲ بیمارستان را ترک میکند . یکسال بعد بعلت اختلال خلق و خوی و خشم شدید که حتی یکمرتبه رادیاتور شوفاژ را کزده است مجدداً بستری میشود . در این مدت یکسال سه حمله بشکل عرق کردن و درد ناحیه شکم در او ظاهر شده است . امتحان عصبی طبیعی بوده ، در تاریخ ۷۱/۱۲/۱۵ الکتروآنسفالو-گرافی پاروکسیسم هائی دیده شده است . در تاریخ ۷۱/۱۲/۱۵ الکتروآنسفالوگرافی در خواب بعمل آمده و یک صرع تی پیک را نشان داده است .

از نظر امتحان روانشناسی بیمار پائین تر از حد متوسط بوده است . بیمار را با روزی ۱۵ سانتی گرم فنوباربیتال تحت درمان قرار داده اند و مرخص شده است .

خلاصه - بیماری ۴۶ ساله ، که از کودکی دچار حملات صرع بوده که علت آن احتمالاً بعلت آنو کسی هنگام تولد بوده است ، پیدایش حملات صرع با تظاهرات گوارشی که ممکن است بطور ثانوی عمومی شود ، توأم با اختلالات خلق و خوی و گاهی بشکل حمله خشم و همچنین دچار کندی جریان فکر بوده است .

شرح حال بیمار شماره ۴ :

بیمار مردی است ۳۷ ساله ، که از تاریخ ۷۱/۱۰/۴ در بخش اعصاب بیمارستان Bicetre بعلت یک حالت اتادومال ژنرالیزه بستری شده است و بوسیله درمان با فنوباربیتال و برومورحمله قطع شده است . بیمار ازدواج کرده و صاحب پنج فرزند میباشد . بیمار دچار حمله صرع بوده است که سالها دهالجه میکرده است . تولد بیمار طبیعی بوده ، سابقه ضربه سرد نداشته است . معتاد به الکل بوده و ترک کرده است .

حمله صرعی از سن ۲۲ سالگی شروع شده ، حملات عمومی و همیشه شبانه بوده و ریتم حملات متغیر بوده است . در سال ۱۹۶۳ چند حمله برای بیمار ظاهر شده که همه آنها شبانه بوده و بصورت اتوماتیسم پسیکوموتور بوده اند . بیمار شب برمیخاسته و پنجره ها را باز میکرده و وارد اطاق بچه هایش میشده تخت خوابهای آنها را بهم میزده گاهی داخل آشپزخانه میشده و مبادرت به شستن ظروف میکرده ، بعد دوباره به رختخواب میرفته و میخوابیده است .

در مواردیکه اختلالات گوارشی تنها باشند تشخیص فوق العاده مشکل و اغلب اعمال جراحی بی فایده‌ای مانند عمل برداشتن آپاندیس یا کیسه صفرا درباره بیمار صورت میگیرد یا برعکس تشخیص هیپو کندری جهت بیمار داده میشود.

الکتروآنسفالوگرافی مخصوصاً در موقع خواب باید گرفته شود که ممکنست مانند موارد دیگر صرع ۲۰٪ طبیعی نشان دهد که باز تشخیص را رد نمیکند (۲).

اختلالات مخصوصاً بصورت امواج تتا در بعضی مناطق یا نوك تیز بودن امواج باریتم سریع خیلی فراوان است. باین اختلالات کوچک باید توجه زیاد داشته باشیم و خوب تفسیر شود زیرا ممکن است در افرادیکه ظاهراً سالم هستند مشاهده شود. متذکر میشویم که نباید افرادی را که دچار صرع گوارشی هستند مورد اعمال جراحی غیر مفید قرار دهیم و البته نباید بسادگی نزد شخصی که دردهای شکمی و اختلالی هم در الکتروآنسفالوگرافی دارد که مشخص نیست، تشخیص صرع گوارشی بدهیم و باز باید در نظر داشته باشیم که امکان دارد حمله صرع با عوارضی مانند آپاندیسیت یا تورم کیسه صفرا و غیره همراه باشد.

بنابراین متوجه میشویم که بازم علائم بالینی مقام ارزش خود را در تشخیص حمله صرع حفظ نموده اند.

محققان انگلیسی زبان هم مخصوصاً نزد کودکانی که دچار صرع های شکمی بوده اند مطالعه نموده اند و باین نتیجه رسیده اند (۵):

که از نظر بالینی آنچه مهم است شروع و ختم دردهای ناحیه شکم مخصوصاً ناحیه اپی گاستر میباشد و از طرف دیگر در سوابق خانوادگی این بیماران بطور شیوع سندرم های پاروکسیستیک از قبیل میگرن با شروع و ختم ناگهانی و همچنین حمله های صرعی خفیف یا حمله بزرگ دیده میشود.

باید در نظر داشت که مخصوصاً پیدایش حمله های دردهای شکمی یورشی با شروع و ختم ناگهانی در نزد بچه ها ممکن است منشاء صرعی داشته باشد و این تشخیص وقتی مسجل میشود که دقیقاً ب فکر آن باشیم و از آزمایش الکتروآنسفالوگرافی کمک بگیریم. بخصوص آزمون درمان یعنی قطع حمله با درمان ضد صرع و برگشت مجدد حمله با قطع دارو دلیل بسیار خوبی جهت تشخیص میباشد.

قند - کلسیم - اوره خون طبیعی بوده است، واسرمن منفی، الکتروآنسفالوگرافی در تاریخ ۸/۱۰/۷۱ سو فرانس ناحیه تامپور و پاریتال راست را نشان داده است.

در روزهای بعد از اتادومال بیمار دچار چندین حمله گوارشی بدون از دست دادن شناسائی شده است که با اضافه کردن مقدار فنوباریتال و رساندن آن بمقدار ۳۰ سانتی گرم در روز این حملات قطع شده اند.

خلاصه:

بیمار مردی است ۲۷ ساله، که حملات صرعی از ۲۲ سالگی شروع شده است. حملات بشکل انواع مختلف یعنی ژنرالیزه - پسپیکو موتور و بالاخره گوارشی بوده اند و متعاقب آخرین حمله بیمار دچار يك اتادومال ژنرالیزه شده است. علت عارضه جز يك اتساع شاخ تامپورال بطن راست معلوم نشده است.

بطوریکه ملاحظه میشود در هر چهار مورد علائم گوارشی بصورت درد شدید ناحیه شکم و استفراغ مشترك میباشد. در صرع گوارشی درد علامت مهمی است که محل آن معمولاً در ناحیه اپی گاستر میباشد اما ممکن است در قسمت زیر دنده های طرف راست - ناحیه فوس ایلیاک راست یا قسمت پائین شکم نیز باشد.

شدت درد متغیر و اغلب شدید و نیز گاهی سبک و گاهی بشکل يك احساس مزاحم است و بیمار بزحمت میتواند آنرا توجه کند. معمولاً این درد با حالت تهوع - آروغ زدن و غرغر شکم همراه میباشد. بندرت ممکن است بیمار دچار اسهال یا استفراغ خونی شود.

بیمار دچار رنگ پریدگی و عرق فراوان میگردد. از خصوصیات عمده این حملات آنست که شروع و ختم آنها ناگهانی و مدت حمله کوتاه است و همیشه به يك شکل نزد بیمار ظاهر میشود و اگر از سوابق بیمار جو یا شویم عواملی مانند: زایمان سخت، وجود تشنج دوران اول کودکی، ضربه های مغزی به نفع تشخیص صرع میباشد. همینطور پیدایش تکانهائی در عضلات جدار شکم یا در یکی از اعضاء تحتانی و یا یک تیرگی شعور، بی اختیاری دفع ادرار، تغییر خلق و رفتار بیمار در روزها یا ساعتها قبل از بروز حمله. اینها باز دلالی به نفع تشخیص حمله صرع میباشد ولی همه علائم فوق ممکن است وجود نداشته باشند و تنها همان علائم بالینی بشکل شروع و ختم ناگهانی و کوتاه بودن مدت حمله و تکرار آنها بوضع مشابه ما را بطرف تشخیص راهنمایی میکند (۳).

REFERENCES:

- 1- J. Lapresie, J P. Sicard, (1972) Sem. Hop. Paris, 48: 2232-2234.
- 2- P. Drutel, (1973) Press. Med., 2, 113.
- 3- E. Contamine, O. Sabouraud, (1968) Element de Neurologie, Tome 1, 398-399, Masson et Cie, Paris.
- 4- H. Gastaut, (1962) Encycopedie Medicochir. Tome 1 : 17045, A 20.
- 5- B. Sheeby, L. Stonej, (1960) J. Ped., 56:355.