

صرع گوارشی

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۲۲ ، سال ۱۳۵۳

* دکتر جلال کاظمی

سازه بیمار : در سن ۲۰ سالگی دچار سیفیلیس شده که معالجه نموده، مبتلا به الکلیسم هم بوده است. در امتحان عصبی هیچگونه علامت غیرعادی که با حملات ارتباطی داشته باشد پیدا نشده است.

امتحان احساء طبیعی بوده است.

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

آزمایش سرولوژی خون طبیعی بوده است. رادیو گرافی جمجمه و امتحان ته چشم طبیعی بوده و سه مرتبه الکترو آنسفالو گرافی بعمل آمده که اختلالی نشان نداده است. ولی با وجود طبیعی بودن الکترو آنسفالو گرافی با تکیه بر نشانه های زیر تشخیص صرع داده شد.

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

بیمار را با روزی ۲۰ سانتی گرم فتو باریتال تحت درمان قرار گرفت و اختلالات کاملاً بر طرف شد. در مدت ده سال هیچ حمله جدیدی ظاهر نشد.

در آزمایش مجدد الکترو آنسفالو گرافی طبیعی بود. مقداردار و بوسیله خود بیمار کم شده و در ماه ۱۹۵۷ م به ۲۶ سانتی گرم رسید. در روزیه ۱۹۶۵ بیمار دچار حملات تازه ای شد که خصوصیات آن با حملات قبلی متفاوت بود.

شروع حمله با فشرده شدن مج دست چپ همراه با درد شدید ناحیه اپی گاستریک بوده و دو حمله اول با از دست دادن شناسایی و بی اختیاری دفع ادرار و گاز گرفتن ذبان توأم بود و در ماههای بعد با وجود درمان، حملات حتی چندین مرتبه در روز تکرار می شد.

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

در سال ۱۸۹۰، خصوصیات صرع گوارشی بوسیله Feré مشخص گردید و بعداً کارهایی که 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 بی فایده جهت بیماران میگردد(۴). برای اینکه با همیت موضوع پی بیریم چهار مورد جالب که در سال ۱۹۷۲ گزارش شده است باطلاع خوانندگان میرسانیم (۱).

شرح حال بیمار شماره ۱ :

بیمار مردی است ۵۷ ساله، در ماه مه ۱۹۶۵ به بخش اعصاب بیمارستان Salpetriere بعلت حملات مراجعت نموده است. شروع حملات ناگهانی، سریع و بالا حساس فشرده کی درمیج دست چپ بوده است که بسرعت تمام دست چپ را گرفته و بد 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 پازندگان میباشد دقیقه طول میکشد.

حملات تونیک و کلونیک و گاز گرفتن زبان وجود نداشته، اما بر عکس همراه با بی اختیاری دفع ادرار بوده است و مدتی طولانی بیمار در یک حالت گیجی بسرمیبرده و بدینظریق بیمار در هر ماه ده مرتبه دچار این حملات که مشابه بودند میشد و اغلب با از دست دادن شعور همراه و لی 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 آزمایشها متعدد از دستگاه گوارش جهت امتحان نورولوژی به بخش پروفسور گارسن در پاریس مراجعه نموده است تا در صورتیکه علت عصبی جهت آن کشف نشود مورد عمل لپاراتومی 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 چند ساعتی دچار حالت تهوع و استفراغ‌های مایع بوده که بعداً خون آلود میشده و مدت ۱۳ تا ۲۴ ساعت ادامه داشته است. گاهی بیمار در دهائی از نوع کرامپ در ناحیه اپی‌گاستر در موقع استفراغ داشته و این هماتمز گاهی زیاد و همراه با ملنای بوده و همایی بیمار به ۲۰۰۰۰ می‌رسیده و در فواصل هماتمز بیمار عالم گوارشی و دردی در ناحیه شکم نداشته است.

در ژوئن ۱۹۶۶، بیمار تحت کاوش قرار گرفت ولی نتیجه‌ای حاصل نشد لذا در بخش پروفسور Debray بستری گردید. در آزمون بالینی هیچ چیز غیرعادی دیده نشد، کبد و طحال طبیعی بود، رادیوگرافی دستگاه گوارش، گاستروسکوپی و لاباروسکوپی و آنژیوگرافی تنفس سلیاک علت این استفراغ خونی را معلوم نکرد.

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

عالائم نورولوژیک غیرعادی در موقع هماتمز یا در فواصل آن وجود نداشت و بخصوص از دست دادن شناسائی، تشنج، بی‌اختیاری ادرار و گاز گرفتن زبان وجود نداشت.

اختلال حسی - حواسی و شخصیتی وجود نداشت **منتها گاهی** قبل از بروز استفراغ، بیمار دچار سردد در ناحیه پیشانی میشد. در سوابق بیمار چیز مهمی نبوده، تولد بموضع و زایمان طبیعی بوده است. درسالهای 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 بوده‌اند.

در امتحان عصبی علامت غیرطبیعی مشهود نبود.

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

در امتحان عصبی عالم غیرطبیعی مشاهده نگردید. امتحان احتشام مخصوصاً رادیوگرافی معده طبیعی بود. آزمایش الکتروآنفالوگرافی در پنجم ژوئیه ۱۹۶۵ و بیستم زانویه ۱۹۶۶ در حدود طبیعی بود و در بیست و پنجم زانویه ۱۹۶۸ تراسه در هنگام خواب از بیمار گرفته شد که یک عدم تقارن ریتم مغز را که نشانه سوفرانس نیمکره چپ میباشد نشان داد. آزمایش پنوموآنفالوگرافی 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-دیفنیل-هیداتوئین را توانم کردند ولی نتیجه‌ای حاصل نشد و بر عکس توأم کردن ۱۰ تا ۲۰ سانتی گرم فنوباریتال و سه قرص Pheneturide حمله را کاملاً قطع کرد.

آخرین الکتروآنفالوگرافی در سپتامبر ۱۹۶۸ از بیمار گرفته شد، که یک اختلال خفیف بالمواج تنا را نشان داد.

بطور خلاصه در سال ۱۹۵۵، حملات صرعی ترد مردی ۵۷ ساله ظاهر شده که ابتدا مشی یک 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. در در ناحیه پشت جناغ سینه نبوده بلکه در ناحیه اپی‌گاستر، و خیلی شدید بوده است.

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

تمام آزمایشها 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 الکتروآنفالوگرافی سوفرانس نیمکره چپ را نشان داده است.

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

گوارشی و نورولوژی والکتروآنسفالوگرافی قرار گرفته ولی یافته غیرطبیعی بودست نیامد.

با خصوصیات شروع ناگهانی حمله و یکنواخت بودن حملات وداشت پریود منظم، فکر یک شکل آنی پیک صرع شد وخصوص تأثیر درمان ضد تشنجی و تجدید حملهای با کم کردن مقدار دارو والکتروآنسفالوگرافی بعدی که در حال خواب گرفته شد، این تشخیص را تأیید کرد.

شرح حال بیمارشماره ۳:

بیمار ۴۶ ساله مجرد و بعلت حملات ضرعی 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 دیگر از موقع راه افتاده (یعنی در ۱۸ ماهگی) واولین حمله ضرعی موقع دندان درآوردن طفل بوده و از تا ۴ سالگی هر دو ماه یکمرتبه حمله شروع شده است. حملات عمومی بوده، تحت مداوا با فنوباریتال قرار گرفته و تا سن ۱۳ سالگی حملات ظاهر نشده است ولی در این موقع حملات مجدد بشکل دیگری ظاهر نموده اند.

بدین طریق که شروع حمله با یک 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 میکشیده و حملات با تشنج و از دست دادن شناسایی و گاهی گاز گرفتن زبان همراه بوده و پس از ختم حمله بیمار به خواب عمیق فرمیرفته است.

در موارد نادری حملات بشکل یک درد شکم و عرق فراوان بوده است. این حملات همیشه شبیه بهم بوده اند و باریتم متفاوتی تا سن ۴۰ سالگی تکرار شده است و در اثر درمان از ۴۵ تا ۵۰ سالگی قطع شده اند ولی بیمار درمان را خودش قطع کرده است. مجدداً چهار حمله در بیست و چهار ساعت ظاهر شده و بیمار را در بیمارستان بستری نموده اند. اطرافیان بیمار اظهار کرده اند که مدت دو سال است که خلق بیمار تغیر نموده و تحریک یک پذیر و تاپایدار شده و چند مرتبه حملات خشم و جنون آنی با و دست داده که از آنها خطرهای 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 احساسی طبیعی بوده است.

رادیو گرافی جمجمه - اورده خون - قندخون عادی بوده و اسر من خون منفی، الکتروآنسفالوگرافی در ۱۴/۱۰/۷۰ احتلال خفیفی

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

در آزمایش‌های تکمیلی عالم غیرعادی مشهود نگردید.

امتحان ته چشم، رادیو گرافی جمجمه عادی بود. آزمایش الکتروآنسفالوگرافی در تاریخ ۷/۴/۱۹۶۷ در حدود طبیعی و امتحان مایع نخاع عادی بود.

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

معاینه بالینی که بعمل آمد یک واکنش اضطرابی را نشان داد. دو حمله هماهنگ و قرنی 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. دوین الکتروآنسفالوگرافی در ماه مه ۱۹۶۷ پس از ختم دوین حمله هماهنگ عمل 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 فنوباریتال تحت درمان قراردادیم. بیمار روز دهم ماه مه ۱۹۶۷ مرخص گردید.

بیمار تحت کنترل وحال او کاملاً رضایت بخش بود تا اینکه مقدار فنوباریتال 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 پروفسور Castaigne بستری شد. امتحان بالینی طبیعی بود.

آنسفالو گرافی گازوز و گاما آنسفالو گرافی عادی بوده است. الکتروآنسفالو گرافی در ۲۴ فوریه ۱۹۶۹ یک آنومالی تحریکی و پاروکسیمی های در فیمکره راست و مخصوصاً در ناحیه تامپودال را نشان داد.

دو الکتروآنسفالو گرافی دیگر درحال خواب در چهارم و پنجم مارس ۱۹۶۹ بعمل آمد که وجود اختلالاتی در ناحیه فر و نتو تامپودال و یک حمله ضرعی را تأیید کرد. مجدداً ۲۰ روزی ۱۹۶۹ سانتی گرم فنوباریتال به بیمار داده شد و ناراحتی های بیمار ظاهر نشد و بیمار برای آخرین مشاوره در تاریخ بیستم ژوئن ۱۹۶۹ مراجعت کرد.

بطور خلاصه: ظهور علامت استفراغ های یورشی و درد ناحیه اپی گاستر و هماهنگ که بخصوص در صبحه ظاهر میشد و ابتدا هر ماه یکمرتبه و بعداً هر ماه دو مرتبه بطور منظم بود که در سن ۱۷ سالگی مورد آزمایش های مختلف خون شناسی و دستگاه

در موقع حملات که ۵ تا ۲۰ دقیقه طول میکشید بمسئوالت 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 بپیشک مراجعت میکند. او تقاضای الکتروآنسفالوگرافی مینماید که اختلالی نشان نمیدهد ولی بیمار را با روزی ۱۵ سانتی گرم فنوباریتال تحت درمان قرار میدهد و این حملات دیگر بروز نمیکند.

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 میشده که ابتداء بیمار احساس فشردگی مزاحم در ساق پا نموده که با سنتی اعضاء تحتانی همراه بوده و بیمار را وادار به شستن پا یادداز کشیدن میکرده است. این احساس مزاحم بسرعت بطرف شکم بالا رفته و در ناحیه اطراف ناف متمن کر 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 یادنداها را بهم فشار میدهد.

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

هر گز در جریان حمله یا در پایان حمله تیرگی شور حتی موقت هم دیده نشده و تکانهای تشنجی در اعضاء یا عضلات شکم مشاهده نگردیده است.

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

بدینظریق 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 اغماء عادی بوده علاوه صایعه موضعی نشان داده نشده است. از لحاظ احتشائی 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 ۱۴/۱۲/۷۰، روز بعد از حمله سوفرانس مغزی شدید در هر دو ناحیه فروتالها و تامپورالها نشان میدهد والکتروآنسفالوگرافی در ۱۴/۱۲/۷۰ 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 ۲۲/۱۲/۷۰ بیمارستان را ترک میکند. یکسال بعد بعلت اختلال خلق و خوی و خشم شدید که حتی یکمرتبه رادیاتور شوفاز را کنده 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 ۱۲/۱۲/۷۱ الکتروآنسفالوگرافی پاروکسیسم هائی دیده شده است. در تاریخ ۱۵/۱۲/۷۱ 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 فنوباریتال تحت درمان قرار داده اند و مرخص شده است.

خلاصه - بیماری ۴۶ ساله، که از کودکی دچار حملات صرع بوده که علت آن احتمالاً^۱ بعلت آنکسی هنگام تولد بوده است، پیدایش حملات صرع با ظاهرات گوارشی که ممکن است بطور ثانوی عمومی شود، توأم با اختلالات خلق و خوی و گاهی بشکل حمله خشم و همچنین دچار کنندی جریان فکر بوده است.

شرح حال بیمار شماره ۴:

بیمار مردی است ۳۷ ساله، که از تاریخ ۱۰/۱۰/۷۱ در بخش اعصاب بیمارستان Bicetre بعلت یک حالت اتادومال ژنرالیزه بستری شده است و بویله درمان با فنوباریتال و برومور حمله قطع شده است. بیمار ازدواج کرده و صاحب پنج فرزند میباشد. بیمار دچار حمله صرع بوده است که سالها معالجه میکرده است. تو لد بیمار طبیعی بوده، سابقه ضربه سر نداشته است. متعادله 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 بر میخاسته و پنجه ها را باز میکرده وارد اطاق بچه هایش میشده تحت خوابهای آنها را بهم میزدگاهی داخل آشپزخانه میشده و مبادرت به شستن ظروف میکرده، بعد دوباره به رختخواب میرفته و میخواهد است.

ددموار دیگر اختلالات گوارشی تنها باشد تشخیص فوق العاده مشکل و اغلب اعمال جراحی بی فایده‌ای مانند عمل برداشتن آپاندیس یا کیسه صفراء درباره بیمار صورت می‌گیرد اما عکس تشخیص همچو کندری جهت بیمار داده می‌شود.

الکتروآنفالوگرافی 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 تنا در بعضی مناطق یانوک 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 ظاهرآ سالم هستند مشاهده شود. متذکر می‌شویم که نباید افرادی را که دچار صرع گوارشی هستند مورد اعمال جراحی غیرمفید قرار دهیم و البته نباید بسادگی نزد شخصی که دردهای شکمی و اختلالی هم در الکتروآنفالوگرافی دارد که مشخص نیست، تشخیص صرع گوارشی بدھیم و باز باید در قتلر داشته باشیم که امکان دارد حمله صرع باعواضی مانند آپاندیسیت یا تورم کیسه صفراء وغیره همراه باشد.

بنابراین متوجه می‌شویم که باز هم علائم بالینی مقام و ارزش خود را در تشخیص حمله صرع حفظ نموده‌اند.

محققان انگلیسی زبان هم مخصوصاً نزد کودکانی که دچار صرع های شکمی بوده‌اند مطالعه نموده‌اند و باین نتیجه رسیده‌اند (۵) : که از نظر بالینی آنچه مهم است شروع و ختم دردهای ناحیه شکم مخصوصاً ناحیه اپی‌گاستر می‌باشد و از طرف دیگر در سوابق خانوادگی این بیماران بطور شیوع سندرمهای پارو-کسیستیک از قبیل میگرن باشروع و ختم ناگهانی و همچنین حمله‌های صرعی خفیف یا حمله بزرگ دیده می‌شود.

باید در قتلر داشت که مخصوصاً پیدایش حمله‌های دردهای شکمی بورشی با شروع و ختم ناگهانی در نزد بچه‌ها ممکن است منشاء صرعی داشته باشد و این تشخیص وقتی مسجل می‌شود که دقیقاً بفکر آن باشیم و از آزمایش الکتروآنفالوگرافی کمک بگیریم. بخصوص آزمون درمان یعنی قطع حمله بادمان ضدصرع وبر گشت مجدد حمله باقطع دارو دلیل بسیار خوبی جهت تشخیص می‌باشد.

قند - کلسیم - اوره خون طبیعی بوده است، و اسرمن منفی، الکتروآنفالوگرافی در تاریخ ۷۱/۱۰/۸ سو فرانس ناحیه تامپوروباریتال راست را نشان داده است.

در روزهای بعداز اتادومال بیمار دچار چندین حمله گوارشی بدون اذ دست دادن شناسایی شده است که بالاضافه کردن مقدار قفو باریتال و رساندن آن بمقدار ۳۰ سانتی گرم در روزانه حملات قطع شده‌اند. خلاصه:

بیمار در ۲۷ ساله، که حملات صرعی از ۲۲ سالگی شروع شده است. حملات بشکل انواع مختلف یعنی ژنرالیز-پسیکوموتور و بالآخره گوارشی بوده‌اند و متعاقب آخرین حمله بیمار دچار یک اتادومال ژنرالیزه شده است. علت عارضه جز یک اتساع شاخ تامپورال بطن راست معلوم نشده است.

بطوریکه ملاحظه می‌شود در هر چهار مورد علائم گوارشی بصورت درد شدید ناحیه شکم واستفراغ مشترک می‌باشد. در صرع گوارشی درد علامت مهمی است که محل آن معمولاً در ناحیه اپی‌گاستر می‌باشد اما ممکن است در قسمت زیر دندنه‌های 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 یک احساس مزاحم است و بیمار بزحمت می‌تواند آنرا توجیه کند. معمولاً این درد با حالت تهوع - آروغ زدن و غیر شکم همراه می‌باشد. بندرت ممکن است بیمار دچار اسهال یا استفراغ خونی شود. بیمار دچار رنگ پریدگی و عرق فراوان می‌گردد. از خصوصیات عمدۀ این حملات آنست که شروع و ختم آنها ناگهانی و مدت حمله کوتاه است و همیشه به یک شکل نزد بیمار ظاهر می‌شود و اگر از سوابق بیمار جویا شویم عواملی مانند: زایمان سخت، وجود تشنج دوران اول کودکی، ضربه‌های مغزی به فرع تشخیص صرع می‌باشد. همینطور پیدایش تکانه‌ای در عضلات جدار شکم یادربیکی 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 دلایلی به فرع تشخیص حمله صرع می‌باشند ولی همه علائم فوق ممکن است وجود نداشته باشند و تهها 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) Encyclopedie Medicochir. Tome 1: 17045, A 20.
- 5- B. Sheeby, L. Stonej, (1960) J. Ped., 56:355.