بررسی ۱۰۰۰ مورد صرع در ایران

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۲ ، صفحه ۹۶ ، ۱۳۵۳

دکتر جلال بریمانی * دکتر حسن بلاغی**

یکی از بیماریهای مهم دستگاه اعصاب مرکزی که دارای تظاهرات بالینی گوناگون است و شناخت آن برای هر پزشك لازم و واجب میباشد ، صرع است، خاصه آنکه این عارضه در ایران شایع است (۱۰ تا ۱۲ تن در هرهزارتن جمعیت)، و موجب پیدایش عقدهٔ حقارت در بیمار (ترس ازبروزحمله) وظهوراختلالات شدید رفتاری وناسازگاری درخانواده ، درمحیط کار و درجامعه میشود و حتی ممکن است بیماررا بهزندان بکشاند. بعلاوه تکرارحملات میتواند زوال عقلی پدید آورد.
هدف این تحقیق بررسی شیوع صرع وخصوصیات مبتلایان بهاین عارضه درایران است.

این بررسی شامل هزار بیماری میشود که همگی دارای آزمایش E. E. G. بوده وازسال ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۰ حداقل یك بارمورد معاینه قرارگرفته‌اند و لهذا ازنظر بالینی و الکتریکی تشخیص مسجلی داشته‌اند و چون این تحقیق با روشهای آماری قدیم بسیارمشکل مینمود، ازدستگاههای کامپیوتر دانشگاه استفاده شد. البته بدلایل مختلف این پژوهش نمیتواند کامل باشد، ولی ازنظر آماری یکی ازگزارشهای نادراست که بااین تعداد بیمارمصروع تهیه شده‌است.

مواد وطریقه تحقیق :

دراین تحقیق هزاربیمار مصروع ایرانی (۵۵۵ تن ازجنس مذکر و۴۴۵ تن ازجنس مؤنث) از یکماهه تا ۷۰ ساله باتوجه بمعاینات بالینی و آزمایش الکتروآنسفالوگرافی بشرح زیر مورد بررسی قرار گرفته‌اند :

۱ـ بررسی بیماران برحسب سن وآغاز عارضه صرع.
۲ـ بررسی بیماران برحسب جنس.
۳ـ بررسی بیماران برحسب نوع عارضه صرع .
۴ـ بررسی الکتروآنسفالوگرامها:
الف ـ تراسه‌های عادی.
ب ـ بررسی تصاویر ناگهانی مرضی.
پ ـ دیسریتمی آهسته منتشر.
ت ـ بررسی ریتمهای اصلی مغز و واکنش آن بهعوامل وتحریکات مختلف .

نتایج و بحث :

بررسی بیماران صرعی ایرانی، با مقایسه بانتایج تحقیقی دومنبع آماری مهم یکی درآمریکا توسط F.A.Gibbs and E.L. Gibbs که بر ۱۱۶۱۲ تن (۹) و دیگری در انگلستان توسط Pond و همکاران (۱۵) که بر ۲۴۵ تن انجام شده مورد بحث قرار گرفته است.

۱ـ بحث از نظرشیوع بیماری صرع در ایران :

مادامیکه مراکزمجهزی برای بررسی اپی لپسی درایران تأسیس نشود تابتوان بیماران صرعی را درتمام مدت حیات آنها تحت نظر گرفت ایرادات آماری پابرجا خواهد بود ، فی‌المثل اگر آمار مشمولین خدمت نظام وظیفه را در نظر بگیریم و کسانی را که برای احتراز ازمعافیت پزشکی عارضه صرع خودرا مخفی میکنند مورد توجه قرار ندهیم باز این آمار مربوط به ۲۰ سال اولیه یك

* دانشکده پزشکی ـ دانشگاه تهران.
** دانشکده جندی شاپور ـ اهواز.

فرد است وچه بسا اتفاق خواهد افتادکه اینان بعدها دچار حمله صرعی گردند وخارج ازآمار بمانند. بنابراین برای دانستن‌تعداد بیماران صرعی درجامعه لازم است مراکز درمان مصروعین ایجاد شود تاپس‌از سالها کار و تحقیق، آمار نسبتاً صحیحی ارائه دهد. مختلف بودن‌آمار دیگران نیزبرهمین ایرادات‌استواراست. تعداد مصروعین درممالك مختلف از ۲/۵ (کمترین مقدار گزارش شده از کشور بلژیك است‌که ۲/۶۲ تن در هزار تن است) تا ۷ تن درهرهزارتن منتشرشده‌است.

یکی ازکارهای جالب دراین زمینه، بررسی‌است‌که توسط Pond وهمکارانش درسال ۱۹۶۰(۱۵) درانگلیس‌انجام شد. بدین‌ترتیب که این محققان، بیماران ۱۴ مطب شهری و روستائی‌که مجموعاً ۳۹۵۰۰تن را تحت پوشش بهداشتی داشته‌اند ازنظرصرع، بمدت ۲سال مورد بررسی قرار داده‌اند وکلیه بیماران صرعی‌که توسط پزشکان این چهارده مطب تحت درمان قرارگرفته بوده‌اند آمار گیری شده‌اند و رقم متوسط ۶/۲ تن مصروع درهزار نفر بدست آمده است.

باتوجه به‌اینکه در انگلستان که یکی ازممالك پیشرفته میباشد و شرایط بهداشتی (بویژه ازنظرزایمانی ودرمان بیماریهای عفونی کودکان) درآنجا کاملا رعایت میشود، ۶/۲ تن صرعی بین هر هزارتن جمعیت وجود دارد، درایران باید تعداد مصروعین را با درنظرگرفتن‌کم شدن مرگ و میر در ایران، رقمی بیش از آن به‌حساب‌آورد وبابرآورد تقریبی‌تعداد کل مصروعین در ایران را میتوان بین ۳۰۰۰۰۰ تا ۳۶۰۰۰۰ تن تخمین زد.

Lennox (۱۹۶۰) درآمریکا، تعداد مصروعین را به ۵ تن در هرهزار تن تخمین میزند.

۲- بحث ازنظرسن وشروع عارضه صرع: این بررسی درجدول شماره ۱ خلاصه شده است :

سن	کمترازیکسال	۱-۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰	مجموع درکلیه سنین
تعداد	۸	۲۶۸	۳۸۴	۱۹۷	۸۴	۳۹	۹	۱۱	۱۰۰۰

جدول۱ : سن شروع عارضه‌صرع

بطوریکه ازجدول فوق مستفاد میشود، ظهورصرع بیش‌ازهمه بین سنین ۱۰تا۲۰ سالگی است، سپس از۳۰ تا۶۰ سالگی‌بسیارکاهش یافته و بعدازاین سن اندکی فزونی میگیرد. هرچه فرد جوانتر باشد تشنج بیشتر است. این پدیده را که از زمانهای قدیم نزد انسان می‌شناخته‌اند، در انواع حیوانات نیز موجود است.

کلیه‌آمارهائی‌که دردسترس‌است شیوع تشنج‌صرعی‌رادرخردسالان بیش از بزرگسالان نشان میدهد.

دراین‌آمار۲۷/۶ درصد بیماران مصروع، کمتراز ده سال دارند وحال‌آنکه درآمار Gibbs (۹) این‌رقم به۱۱/۷۵درصد میرسد، بنابراین‌تعداد بیماران مصروع‌کمتراز ده سال دراین بررسی‌بیش از دوبرابر کودکان‌آمریکائی است ودرآمار Pond(۱۵)، ۸۸تن کمتراز ده سال دارند و بنابراین ۳۵/۹ درصد بیماران مصروع انگلیسی درگروه نامبرده کمتر از ۱۰ سال دارندکه به‌آمار ما تقریباً نزدیك است.

بیشترین تعداد مصروعین دراین تحقیق بین۲۰-۱۱ سالگی قرار دارندکه ۳۸/۳ درصد بیماران صرعی را تشکیل میدهد.

این نسبت درآمار Pond وهمکاران ۲۵/۷ درصد است‌که‌باتوجه به‌هرم سنی ساختمان جمعیت ایران و انگلیس با یافته ما تاحدی مطابقت دارد.

تعداد بیماران مصروع در سن ۵۰ تا ۷۰ سال دراین‌آمار۲درصد ودرآمار Gibbs ۲/۵درصد ودرآمار Pond ۶/۵درصد میباشد.

البته باید متذکرشدکه سن متوسط عمر درایران‌نسبت به‌انگلستان وآمریکا پائین‌تراست.

در تحقیق دیگری‌که توسط یکی‌ازنویسندگان این‌مقاله(۱۶) بر ۱۷۸ مورد از سالخوردگان ایرانی از ۶۵ تا ۱۰۵ سال انجام شده است فقط یك مرد۷۰ساله‌که گرفتار دوحمله صرع گراندمال درمدت چهارسال شده، دیده شده است.

همه متخصصین براین عقیده‌اندکه حملات صرع گراندمال با علت نامعلوم، بعد از ۶۵ سالگی کمیاب است.

۳- بحث ازنظرجنس :

دراین‌آمار همانطوریکه ذکرشد در۱۰۰۰ تن، ۵۵۵تن ازجنس مذکر و ۴۴۵ تن ازجنس مؤنث بوده‌اند. بنابراین مردان کمی بیشتر از زنان دچار عارضه شده‌اند.

درآمار Pond و همکاران تعداد بیماران مصروع انگلیس از هر دو جنس تقریباً یکسان است ولی در آمار Haddock (۱۱) مربوط به‌سال ۱۹۶۸ در اکرا پایتخت غنا که جمعاً روی ۲۰۴ بیمار صرعی بررسی نموده‌است ۷۰ درصد ازجنس مذکر گزارش شده است.

۴- بحث ازنظرانواع صرع :

انواع‌صرع به‌ترتیب‌اهمیت‌ازنظروفور درجدول۲ونمودار۱خلاصه

شده‌است ودرنمودار۲ انواع صرع نزد بیماران‌ایرانی وآمریکائی مقایسه شده است (ستونهای سیاه نمودار آمار ما و ستونهای سفید مشخص‌آمار Gibbs است).

۱ـ تعداد بیماران برحسب نوع عارضه صرع	
گراند مال	۴۹۷ تن
میوکلونی	۱۲۸ »
آبسانس	۴۹ »
رامسه هنت	۱۴ »
براوه ژاکسون	۴ »
صرع تامپورال	۲۷ »
حملات منحصراً تونیك	۵۲ »
حملات نباتی	۴۲ »
وان بگارت	۲ »
گراندمال بامیوکلونی	۱۱۳ »
میوکلونی وآبسانس	۶ »
گراند مال بامیوکلونی وآبسانس	۱۶ »
گراند مال وآبسانس	۴۶ »
گراند مال و میوکلونی وحملات‌اکینتیك	۴ »
جمع	۱۰۰۰ تن

جدول ۲

الف ـ گراندمال :

از ۱۰۰۰ بیمار ما ۴۹۷ تن یعنی ۴۹/۷ درصد فقط گراندمال بدون دیگرانواع صرع داشته‌اندکه‌کاملا باآمار Gibbs (۴۸/۲ درصد بیماران صرعی آمریکائی فقط دچار گراندمال بوده‌اند) مطابقت دارد. ۱۷۹ تن از بیماران ما گرفتار گراندمال همراه با دیگر انواع صرع بوده‌اند و بنابراین تعدادکل بیماران دچار گراندمال چه بطور انحصاری و چه توأم با دیگر انواع صرع ۶۷/۶ درصد میشود (Gibbs ۷۷/۹ درصد).

دو آمار نشان میدهد که شیوع گراندمال بسیار زیادتر از دیگر انواع صرع است.

جدول۳ وفورگراندمال‌رابرحسب سن،مخصوصاًقبل‌از۲۰سالگی نشان میدهد:

سن برحسب سال	۱۰ـ۳سالگی	۱۱ـ۲۰	۲۱ـ۳۰	۳۱ـ۴۰	۴۱ـ۵۰	۵۱ـ۶۰	۶۱ـ۷۰
تعداد بیماران ۶۷۶ تن	۲۷۶	۲۶۷	۶۶	۴۵	۱۶	۳	۳

جدول۳: وفورگراندمال برحسب سن

البته‌همانطوریکه‌بعضی‌ازمتخصصین‌منجمله Cadilhac و Passouant ۱۹۶۲ (۱۴) متذکر شده‌اند حملات گراند مال ، نزد کودکان ۱۵ روزه تا سه سال مشاهده نمیشود زیرا مغز کودکان کمتر از سه سال نه تنهـا از نظر حجم و شکل با بزرگسالان فرق دارد ، بلکه تشکیلات فونکسیونل که بسیار مهمتر میباشد هنوز چنانچه باید و شاید بوجود نیامده‌است ولهذا مغزکودك صرعی،چگونگی حملات را باامکانات رشدی‌که دارا شده‌است بروزمیدهد.

ب ـ میوکلونی :

دراین‌آمار۱۲/۸درصدبیماران دچارمیوکلونی پتی‌مال یابعبارت دیگـر Myoclonies Massives Communes بطـور خالص بوده‌اند. ما تقسیم‌بندی‌کلاسیك Lennox (۱۹۶۰) که‌پتی‌مال را برسه نوع : میوکلونی، آبسانس وحملات آکی‌نتیك یاآمیوتونیك میداند، بعلت سهولت طبقه‌بندی انتخاب کرده‌ایم.

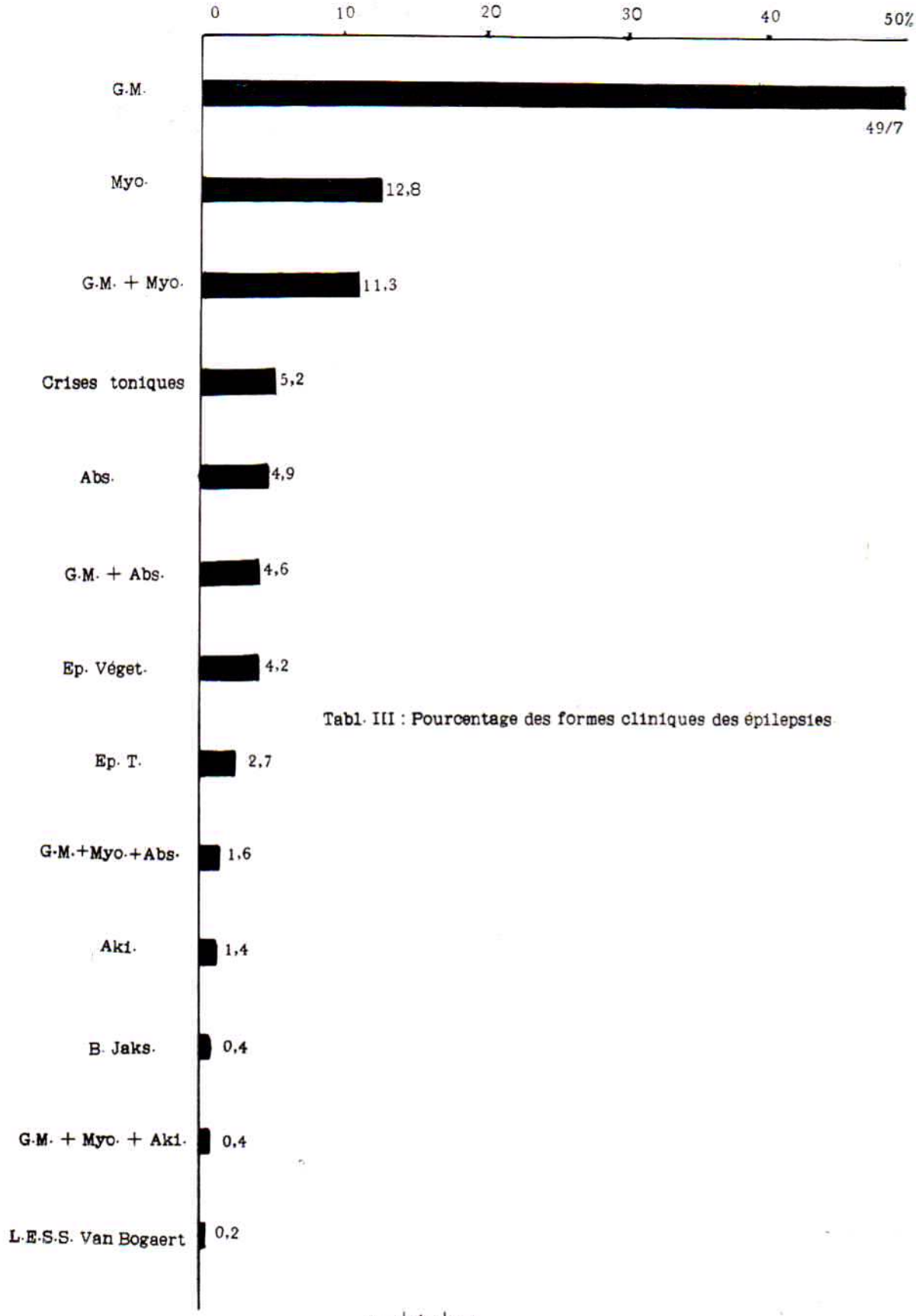
این تعداد بیمار ایرانی دچار میوکلونی پتی‌مال ، ازنظر وفور، قابل توجه‌است. زیرا آمار گیبس فقط۳/۰ درصد است . بعلاوه میوکلونی باگراند مال درآمار ما ۱۱/۳ درصد ودرآمار گیبس فقط ۵۵/۰ درصد میباشد ومیوکلونی همراه باآبسانس درآمارما ۶/۰درصد و در آمار گیبس ۰۸/۰ درصد است . بعبارت دیگر میوکلونی چه بطور خالص و چه همراه با دیگر انواع صرع ، درایران بسیار زیادتر بوده وحتی تا ۳۶ برابربیماران امریکائی میرسدکه این یکی ازخصوصیات صرع درایران میباشد.

پ ـ آبسانس :

آبسانس پتی‌مال درآمارما ۴/۹ درصد بطورخالص و ۴/۶ درصد توأم با گراندمال و ۱/۶ درصد همراه گراندمال ومیوکلونی و ۰/۶ درصد مشترکاً بامیوکلونی بروزمیکند. رویهمرفته باآمار گیبس(به‌ترتیب۹/۲،۶/۱۵،۰/۸۰،۰) کم‌وبیش‌هم‌آهنگ‌است.

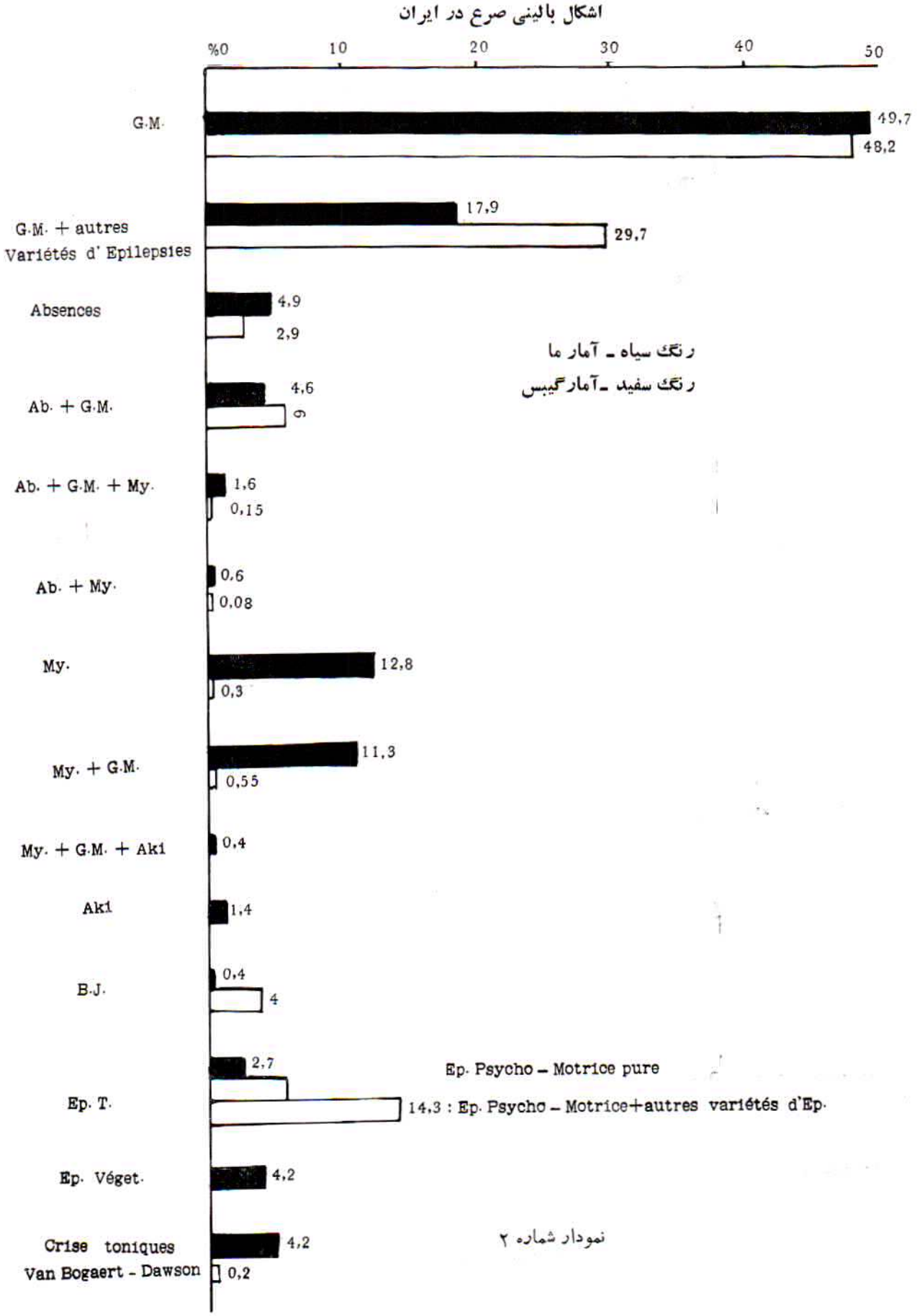
ت ـ حملات آکینتیك : Crises Akinetiques de Ramsay - Hunt یا حملات‌آمیوتونیك (Crises Amyotoniques) عبارت ازکم شدن ناگهانی تونوس ماهیچه‌های نگاهدارنده بدن است‌که ممکن است موجب سقوط وزخمی شدن نیز بشود. این‌حملات در آمار ما ۱/۴ در صد بطور خالص و۰/۴ در صد توأم با حملات گراندمال و میوکلونی بروزکرده است.

رویهمرفته صرع پتی مال (هرسه نوع آن) در سنین۱۰ـ۱سالگی شیوع بیشتری دارد واین‌شیوع را بین‌سنین۳۰ـ۱۱ سالگی‌تقریباً



Tabl. III : Pourcentage des formes cliniques des épilepsies

نمودار شماره ۱



نمودار شماره ۲

حفظ میکند سپس کاهش شدید میابد بطوریکه مابین سنین ۷۰-۳۰ سالگی هیچ موردی دربین بیماران ما یافت نشده است، بعلاوه صرع پتی‌مال بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی دنباله پتی‌مال سنین کودکی و نوجوانی بوده است.

جدول ۴ تعداد بیماران را برحسب شروع عارضه پتی‌مال ازنظر سن نشان میدهد :

سن برحسب سال	۰-۱۰ سال	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۷۰
تعداد بیماران ۱۹۱ تن	۱۰۲	۷۲	۱۷	

جدول ۴: شروع عارضه پتی‌مال برحسب سن

این بررسی باآمار گیبس مطابقت دارد فقط حداکثر موارد درآمار ما ازنظر پتی‌مال ده سالگی است وحال آنکه گیبس آنرا در شش سالگی یافته است .

ث ـ صرع تامپورال:

درآمار مافقط ۲/۷ درصد بچشم میخورد درحالیکه Gibbs تحت عنوان صرع پسیکوموتور ۵/۸ درصد بطورخالص و ۱۴/۳ درصد توأم باگراندمال و یا بادیگر انواع صرع گزارش داده است . البته باید دانست معنی پسیکوموتور در فرهنگ انگلوساکسون ودرفرهنگ لاتین باهم متفاوت است :

از نظر بالینی گیبس علائم مختلفی مانند عدم تعادل، خندیدن، گریه کردن، Negativisme، جیغ کشیدن و فریاد زدن، سخنان درهم وبرهم گفتن و غیره را جزء صرع پسیکوموتور میخواند و اگر علائم فوق بادیگر انواع صرع توأم شود آنرا توأم باآن انواع ذکرمیکند بطور مثال گراندمال همراه باصرع پسیکوموتور ویا پتی‌مال همراه باپسیکوموتور، صرع ژاکسونی همراه باپسیکوموتور وغیره. درفرهنگ لاتین اغلب علائم بالا را جزء اختلالات رفتاری بیمارصرعی میدانند وفقط اتوماتیسم‌هامانند اتوماتیسم‌دهانی-حلقی (جویدن‌ویاقورت‌دادن)، اتوماتیسم جستجوئی (بیمار ناخودآگاه دنبال چیزی میگردد) ، اتوماتیسم راهروی که یك نوع از آن گریزپائی یا Fugue است جزء صرع پسیکوموتور نام‌میبرند.

ج ـ حملات منحصراً تونیك :

وجود این بیماران درآمار ما ۵/۲ درصد میباشد .
گیبس این نوع صرع را ذکر نکرده است .

چ ـ حملات نباتی :

۴/۲ درصد از بیماران ما دچار آن بوده‌اند .

ح ـ حملات براوه‌ژاکسون :

فقط ۰/۴ درصد نزد بیماران مایافت شده است که نسبتاً کم است. زیرا گیبس ۴ درصد بطورخالص و ۱/۰۳ درصد همراه باگراندمال و ۰/۴ درصد توأم باپسیکوموتور ذکر کرده است .

خ ـ انواع دیگرصرع مانند بیماری داوسن ـ وان بوگارت ، هیپساریتمی ، سندرم Sturge-Weber - Krabbe ، بیماری Schilder-Foix و Lipidose Tay- Sacks و Phenylcetonurie درآمار مابطور استثنائی آمده ویامطلقاً دیده نشده، یاتشخیص داده نشده است .

د ـ رابطهٔ انواع صرع باجنس :

همانطوریکه جدول ۵ نشان میدهد همه‌نوع صرع باستثناء آبسانس وحملات آکینتیك و توأم بودن چندنوع صرع‌درجنس مذکر بیش از جنس مؤنث است .

انواع مخلوط صرع	وان بگارت	حملات نباتی	حملات تامپورال	براوه ژاکسون	حملات تونیك	رامسه هنت	ابسانس بطور خالص	میوکلونی بطور خالص	گراندمال بطور خالص	جنس
۷۸	۱	۲۴	۱۷	۳	۳۴	۴	۱۹	۸۵	۲۹۰	مذکر ۵۵۵
۱۰۷	۱	۱۸	۱۰	۱	۱۸	۱۰	۳۰	۴۳	۲۰۷	مونث ۴۴۵

جدول ۵: رابطه انواع صرع باجنس

بررسی‌های الکتروآنسفالوگرافی :

الکتروآنسفالوگرافی مهمترین آزمایش بیمار صرعی است وهیچ بیمار مشکوك به‌صرع ویا دچار صرع نباید بدون این بررسی ، کورکورانه تحت درمان قرارگیرد . اما باید از خطای مهمی که نسبت دادن هر نوع تصویرغیرعادی به‌صرع درفواصل حملات باشد، احترازکرد. لهذا الکتروآنسفالوگرام باید باشرایط بالینی بیمار مطابقت داده شود. مثلا اگر در تراسه یك بیمار دچار سرگیجه، چند موج تتا ، حتی نوك تیز پیدا شود نباید آنرا فوراً مربوط

به‌صرع دانست وبلافاصله داروهـای ضد صرع تجویز نمود زیرا این داروها سر گیجه بیمار را شدیدتر خواهند کرد .

الف ـ تراسه‌های طبیعی :

۹/۶ درصد از بیماران ما دارای تراسه عادی بوده‌اند که همگی بعداز ۴۸ ساعت اولیه یك حمله تحت آزمـایش E.E.G قرار گرفته‌اند . این آمار با نتایج دیگران که ده درصد تراسه عادی نزد بیماران صرعی میبابند تطبیق میکند . در اینگونه مواقع باید آزمایشهای E.E.G را تکرار نمود و بویژه در ۴۸ ساعت اولیه حمله که امکان بروز اختلال زیاد است اقدام به‌تهیه آنسفالوگرام کنترل کرد .

ب ـ بررسی تصاویر ناگهانی مرضی :

این تصاویر که بصورت تصاویر سوزنی (Pointes) سریع یا آهسته که یکی از انواع اخیر موج سخت پیشانی Ondes à front raide میباشد وتصاویر چند سوزنی (Polypointes) وتصاویر سوزنی ـ موجی (Pointes-Ondes) وتصاویر چند سوزنی ـ موجی (poly-pointes-Ondes) و کمپلکس‌های نوك تیز نامشخص (Non spec-ifiques) متشکل از امواج بسیار همزمان (Hypersynchrones) بادامنه بلند، کم وبیش نوك تیز ، معمولا در باندتتا و گاهی دلتا، درمیآید ، جمعاً در ۶۷۷ مورد بطورخالص یعنی بدون دیسریتمی آهسته منتشر بشرح زیر یافت شده است: (جدول ۶)

تصاویر ناگهانی مرضی	بطور خالص	مخلوط بادیگر تصاویر صرع	تعداد بیماران
۱ـ تصویر سوزنی ـ موجی	۲۳۶	۳۸۴	۶۲۰
۲ـ تصویر چند سوزنی ـ موجی	۱۴۰	۱۰۲	۲۴۲
۳ـ تصویر سوزنی یا پیکانی (سریع ـ آهسته ـ سخت پیشانی)	۹۸	۳۹	۱۳۷
۴ـ تصویر چند سوزنی	۲۲	۷	۲۹
۵ـ کمپلکس‌های نوك تیز نامشخص	۱۸۱	۳۷۲	۵۵۳
جمع	۶۷۷	۹۰۴	

جدول ۶: نمودار انواع تصاویر ناگهانی مرضی در تراسه‌ها *

بعلاوه اگر شکل دیسریتمی آهسته منتشر را نیز درنظر بگیریم جمع تراسه‌ها بصورت زیر در میآید :

	تعداد بیماران
۱ـ تراسه طبیعی	۹۶
۲ـ تصاویر ناگهانی مرضی خالص (بدون دیگر علائم صرعی)	۶۷۷
۳ـ دیسریتمی آهسته منتشر توأم بادیگر تصاویر ناگهانی	۲۲۷
جمع	۱۰۰۰

۱ـ تصویر سوزنی ـ موجی:

مهمترین تصویر صرعی است، ۶۲۰ تن از بیماران ما دارای این تصویر بوده‌اند که ۲۳۶ تن از آنان بطور انحصاری و ۳۸۴ تن توأم باسایر تصاویر صرعی داشته‌اند. جدول ۷ وفور این تصویر را برحسب نوع عارضه صرع نشان میدهد :

انواع صرع	براوه ژاکسون	حملات نباتی	حملات تامپورال	حملات تونیك	حملات آکینتیك	ابسانس	میوکلونی	گراندمال	جمع بیماران
تعداد بیماران	۲	۵	۵	۱۳	۱۴	۱۱۷	۱۱۹	۳۴۵	۶۲۰

جدول ۷ : پخش تصویرسوزنی ـ موجی برحسب انواع بالینی صرع .

* تعداد بیماران در جدول ۶ بیش‌ازهزار است زیرا دریك تراسه گاهی بیش از دونوع تصویر وجود دارد و کمپلکس‌های نوك تیز مخلوط بادیگر تصاویر صرع ، خاص گراندمال نمی‌باشد .

۲- تصویر چند سوزنی موجی:

در تراسه ۲۴۲ تن این تصویر یافت شده است که در ۱۴۰ تن بطور خالص و ۱۰۲ تن همراه دیگر تصاویر صرع بوده است . در جدول شماره ۸ شیوع این تصویر برحسب نوع صرع نوشته شده است :

انواع صرع	براوه ژاکسون	حملات نباتی	حملات اکینتیک	حملات تونیک	ابسانس	میوکلونی	گراندمال	جمع بیماران
تعداد بیماران	-	۳	۵	۲	۲۴	۸۸	۱۲۰	۲۴۲

جدول۸: پخش تصویر چند سوزنی ـ موجی برحسب انواع بالینی‌صرع

۳- تصویر سوزنی یا پیکانی :

این تصویر متشکل از تك موجهای یك یـا دو ، یا بطور استثناء چند فـازی است که جمعاً ۱۳۷ نفر دارای آن بوده‌اند . از آن میان ۶۹ نفر تصویر سوزنی آهسته و۲۹ نفر سوزنی سریع و۳۹ نفر موج سخت پیشانی داشته‌اند .

۴- تصویر چند سوزنی :

در ۲۹ مورد مشاهده شده است که بترتیب شیوع اول درگراندمال سپس درمیوکلونی است :

۵- تصویر کمپلکس‌های نوك تیز نامشخص :

این تصویر که چگونگی آنرا در بالا توضیح داده‌ایم در بیماران ما زیاد دیده میشود . درممالك دیگر نسبتاً کم گزارش شده‌است.

۵۵۳ نفر دارای این تصویر بشرح زیر بوده‌اند :

انواع صرع	براوه ژاکسون	حملات نباتی	حملات تامپورال	حملات تونیك	حملات آکینتیك	ابسانس	میوکلونی	گراندمال	جمع
تعداد بیماران	۲	۱۷	۸	۳۶	۵	۲۵	۷۸	۳۸۲	۵۵۳

جدول ۹ : پخش کمپلکس‌های نوك تیز نامشخص برحسب انواع بالینی صرع.

در آمـار Nuffield (۱۳) که روی ۳۲۲ بیمار صرعی کمتر از ۱۶ سال در Maudsley Hospital انجام گرفته است فقط ۱۲ در صد ، تحت عنوان تصاویر غیر مشخص ذکر شده است وحال آنکه درموارد ما ۵۵/۳ درصد دارای این‌تصویر بوده‌اند. البته بـاید گفته شود که فقط در ۱۸/۱ درصد بیماران ما این تصویر بطور خالص‌بدون توأم بودن‌بادیگر تصاویر صرعی‌مشاهده‌شده‌است‌وبعلاوه Nuffield متذکر نشدکه چه امواجی‌را تصاویر نامشخص میخواند.

پـ دیسریتمی آهسته منتشر :

این‌نوع تراسه نیز نسبتاً زیاد است زیرا درنزد۲۲۷نفر دیده شده است.جدول۱۰ انواع تصاویررا برحسب‌انواع‌صرع نشان میدهد.

تعداد بیماران	وان بگارت	حملات نباتی	حملات تامپورال	براوه ژاکسون	حملات تونیك	حملات آکینتیك	آبسانس	میوکلونی	گراندمال	انواع صرع / انواع تصاویر	
۶۲۰	-	۵	۵	۲	۱۳	۱۴	۱۱۷	۱۱۹	۳۴۵	سوزنی ـ موجی	
۲۴۲	-	۳	-	-	۲	۵	۲۴	۸۸	۱۲۰	چند سوزنی ـ موجی	
۲۹	-	-	-	-	۱۳	-	-	-	۱۶	سریع	سوزنی یا پیکانی
۶۹	-	۲	-	-	۳	-	۸	۷	۴۹	آهسته	
۳۹	-	۶	-	-	-	-	-	۵	۲۸	سخت پیشانی	
۲۹	-	-	۱	-	۲	۱	۲	۶	۱۷	چند سوزنی	
۵۵۳	-	۱۷	۸	۲	۳۶	۵	۲۵	۷۸	۳۸۲	کمپلکس‌های نوك‌تیز نامشخص	
۲۲۷	۱	۲	۱	۱	۴	۳	۱۳	۳۲	۱۷۰	دیسریتمی آهسته منتشر	

جدول ۱۰ : انواع تصاویر برحسب انواع صرع.

ت- بررسی ریتمهای اصلی مغز و واکنش آنان بعوامل وتحریکات مختلف :

۱- ریتم آلفا : مشخصات ریتم آلفا از نظر دامنه ، شکل ، وفور وفرکانس در ۴۸ ساعت اولیه (هرنوع حمله صرعی) وبعد از ۴۸ ساعت ، در جداول ۱۱ و۱۲ خلاصه شده است .

درباره چگونگی مشخصات موج آلفا بابروزحمله صرع بایدمتذکر شدکه این مشخصات در ۴۸ ساعت اولیه حمله بازمان بعداز این ۴۸ ساعت تغییراتی بشرح زیر نشان میدهد :

مشخصات ریتم آلفا در۴۸ ساعت اولیه حمله :

بطوریکه از جدول شماره ۱۱ مستفاد میشود تراسه‌هائیکه خیلی خراب بوده‌اند دارای ریتم آلفای نامنظم میباشد . در تراسه‌های خراب ومتوسط نیز نامنظم بودن ریتم آلفا بیشتر از منظم بودن بچشم میخورد . نوك تیزی ریتم آلفا باخرابی تراسه نسبت‌مستقیم دارد یعنی به‌همان نسبت‌که تراسه خراب‌تر است نوك تیزی ریتم آلفا بیشتر است وبعلاوه فرکانس ریتم آلفا کمتر است .

مشخصات ریتم آلفا بعد از ۴۸ ساعت بروزحمله :

از این مشخصات که در جدول ۱۲ خلاصه شده است چنین نتیجه میگیریم که دراغلب موارد ریتم آلفا نوك‌تیز، نامنظم وبادامنه بلند بوده و مقدار آن نیز زیاد است ولی بامقایسه با تراسه‌های ۴۸ ساعت اولیه حمله، فرکانس آن اندکی زیادتر ازحالت قبلی‌است. رویهمرفته همانطوریکه از جداول مستفاد میشود ریتم آلفا نزد بیماران صرعی مادر ۶۲/۴ درصد موارد نامنظم و۵۸/۳ درصد موارد نوك‌تیز است‌که قابل توجه میباشد .

۲- ریتم بتا : این ریتم در۷ مورد ازبیماران ماوجود داشته‌وهمه این موارد دچار گراندمال بوده‌اند .

فرکانس ریتم آلفا : تعداد سیکل درثانیه						شکل			دامنه				
۱۱-۱۳	۱۰-۱۱	۹-۱۰	۸-۹	۷/۵-۸	قرینه بودن	وفور	نوك تیز	منظم	نامنظم	حدود طبیعی	بلند	کوتاه	تعداد تراسه	نوع تراسه
-	-	۱۴ مورد	۱۰ مورد	۱۲ نفر	-	۵ نفر	۲۴ نفر	-	۲۳ نفر	۲۰ نفر	۱۵ نفر	۱ نفر	۳۶	خیلی‌خراب
۴	۲۲	۳۷	۳۰	۱۹	۵	۲۰	۶۱	۲۲	۶۱	۷۹	۲۷	۶	۱۱۲	خراب
۵	۲۹	۳۵	۲۹	۱۷	۹	۱۸	۶۷	۳۰	۶۷	۶۵	۴۱	۹	۱۱۵	متوسط
۹	۵۱	۸۶	۶۹	۴۸	۱۴	۴۳	۱۵۲	۵۲	۱۵۱	۱۶۴	۸۳	۱۶	۲۶۳	جمع

جدول ۱۱ : مشخصات موج آلفا در ۴۸ ساعت اولیه حمله (هرنوع‌حمله صرعی)

فرکانس ریتم آلفا : تعداد سیکل درثانیه						شکل			دامنه				
۱۱-۱۳	۱۰-۱۱	۹-۱۰	۸-۹	۷/۵-۸	قرینه بودن	وفور	نوك تیز	منظم	نامنظم	حدود طبیعی	بلند	کوتاه	تعداد تراسه	نوع تراسه
۲۱ مورد	۸۶ مورد	۱۱۴ مورد	۷۸ مورد	۵۴مورد	۳۰ نفر	۱۱۷ نفر	۲۰۴ نفر	۱۲۲ نفر	۲۳۱ نفر	۲۰۷ نفر	۹۱ نفر	۵۵ نفر	۳۵۳	خیلی‌خراب
-	۱۴	۱۵	۱۷	۱۴	۳	۱۳	۳۰	۸	۳۵	۴۴	۱۵	۱	۶۰	خراب
۱۸	۶۹	۸۱	۲۹	۳۱	۱۷	۷۸	۱۲۸	۶۸	۱۴۲	۱۳۹	۵۱	۳۸	۲۲۸	متوسط
۷	۲۶	۴۵	۶	۱۲	۶	۲۷	۶۹	۳۱	۶۵	۶۷	۲۰	۹	۹۶	طبیعی
۴۶	۱۹۵	۲۵۵	۱۳۰	۱۱۱			۴۳۱		۴۷۳				۷۳۷	جمع

جدول ۱۲ : مشخصات موج آلفا بعداز ۴۸ ساعت حمله (هرنوع حمله صرعی)

۳ـ ریتم تتا در ۱۴۸ مورد از بیماران بزرگسال بیدار ما یافت شده است .

۴ـ ریتم دلتا : در۳۹ مورد ازبیماران بزرگسال بیدارماموجود بوده است.

۵ـ بررسی واکنش توقف‌بینائی : این بررسی روی ۸۹۲ تن بیمار بیدار انجام شد ، واکنش مذکور در ۵۰۱ مورد خوب و ۱۹۸ مورد ناکامل و۷۵مورد ناپایدار و۱۰۳ مورد مختصر و۱۵ مورد بی‌جواب بوده است .

۶ـ آزمون تنفس عمیق: در ۹۶ تن ازبیماران بیدارعکس‌العمل مشاهده نشده است ودرمابقی واکنش کم‌وبیش شدید بوده است .

۷ـ تحریکات نوری پی‌درپی : پدیده تداخل در ۷۱ مورد از بیماران بیدار وجود نداشت ودر۵۴ مورد بسیار شدید ودر مابقی کم‌وبیش‌برای بعضی‌فرکانس‌های نوری یافت شده است.رویهمرفته این آزمون در اغلب موارد بیش از آزمون تنفس عمیق، تصاویر پاتولوژیك ظاهر میسازد .

۸ـ اکتیواسیون باخواب: ۱۰۸ مورد ازبیماران مادارای تراسه درحال خواب بوده‌اندکه در ۸۸ تن‌آنان‌کم وبیش تصاویرصرعی آشکار شده است .

نتیجه :

بررسی‌هزارموردصرع درایران‌باکمك ماشینهای‌کامپیوتر اطلاعات جالبی ازنظر شیوع انواع این عارضه در مملکت مابدست میدهد بویژه نوع میوکلونی‌درایران بسیار شایع‌تر ازکشورهای‌اروپای غربی‌وآمریکا است . بعلاوه وفوربعضی تصاویر مانندکمپلکس‌های نوك تیز نامشخص از خصوصیات الکتریکی این منطقه است که بطور تفصیل‌مورد مداقه قرارگرفته است. باید ازارتکاب‌به‌خطای بزرگی‌که نسبت دادن هرعلامت مختصر الکتریکی به‌صرع باشد پرهیز کرد زیرا تشخیص صرع مانند تشخصی اسکیزوفرنی مسئولیتهای سنگینی درمدت حیات بیمار پدید خواهد آورد .

REFERENCES:

1- BRIMANI. Dj. Etude de 15 cas atteints de l'encephalite sclérosante Subaiguë de Van Bogaert Revue Neurologique, Paris, 124: 143-158,1971.

2- BRIMANI-Dj., L' E.E.G. et la nouvelle cassification des épilepsies, in Revue de l' Institut de Neuropsychiartie, Téhéran 1970, Tome 2. No. 3, P. 293-300.

3- BRIDJE- E.M . Epilepsy and convulsive disorders in children, London 1949 Mac Graw Hill.

4- DELAY-J. et VERDEAUX, Eléetro_encephalographie clinique, 2 Edition, Paris 1969, Masson P.134-136.

5- FISCHGOLD -H et DREYFUS-BRISAC-C., Savoir interprêter un Eléctro _encephalogramme I Vol. Les Editions de visscher. Bruxelles _ Paris 1960.

6- GASTAUT_H., Epilepsies, Encycopedie Medicochirurgicale, Neurologie, Paris 1963. 17045 A10_A40.

7- GASTAUT-H. et REMOND. A., Etude éléctro _ encephalographique des myoclonies, Rev. Neurol. Paris, 86: 64-77. 1952.

8- GASTAUT-H., ROGER-J. et LOB_H., Les états de mal épileptiques Paris, 1967, Masson Ed.

9- GIBBS-F.A. and GIBBS-E.L., Atlas of electroencephalography (Vol I and 2) 1952, Reading, Massachusetts and London, Addison_Wesley.

10- GRASSET-A., L'enfant épileptique P.U.F. Paris 1968.

11- HADDOCK-D., Epilepsy in Accra. International Bureau for Epilepsy London 1968 Nov., Newsletter No. 16.

12- NUFFIELD-E.J.A., Electroclinical correlations in childhood epilepsy. Epilepsia 2: 178, 1961.

13- NUFFIED - E.J.A., Neurophysiology and behaviour disorders in epileptic children. J. ment. Sci., 107, 438, 1961.

14- PASSOUANT_ P. and CADILHAC_J., Electroencephalographic and clinical study of epilepsy, during maturation in man, Epilepsia 1962. 3 P. 14-43.

15- POND - D.A., BIDWELL- B. H. and STEIN - L., A survey of epilepsy in fourteen general pratices; Demographic and medical data, Psychiat. Neurol. Neurochir, 63, 217_236. 1960.

۱۶ـ دکتر جلال بریمانی : اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران ، مجله نظام پزشکی ، ۱۳۵۱ ، سال دوم ، شماره ۶، صفحه ۴۳۰ـ۴۲۴.