صرع گوارشی

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۲۲ ، سال ۱۳۵۳

دکتر جلال کاظمی *

در زمانهای قدیم پزشکان اختلالات گوارشی با صفات ویژه‌ای را شرح داده بودند. درسال ۱۸۶۸ تروسو این اختلالات را به‌صرع نسبت داد و یك مورد صرع گوارشی را که حملات بشکل درد خفیف درناحیه اپی گاستر توأم بااستفراغ بود شرح داد .
در سال ۱۸۹۰، خصوصیات صرع گوارشی بوسیله Feré مشخص گردید وبعداً کارهائیکه‌انجام گرفته بود بوسیله Moore ازسال ۱۹۴۴ تا ۱۹۵۰ تکمیل وکاملاً مشخص گردید. شناختن‌این‌شکل از حمله صرع دشوار است ولی تشخیص‌آن مانع ازانجام بسیاری ازاعمال بی‌فایده جهت بیماران میگردد(۴). برای اینکه باهمیت موضوع پی‌ببریم چهار مورد جالب که درسال ۱۹۷۲ گزارش‌شده است باطلاع خوانندگان میرسانیم (۱).

شرح حال بیمارشماره ۱ :

بیمـار مردی است ۵۷ ساله، در ماه مه ۱۹۶۵ به بخش اعصاب بیمـارستان Salpetriere بعلت حملاتی مراجعـه نموده است .
شروع حملات ناگهانی، سریع وبـااحساس‌فشردگی درمچ دست چپ بوده است‌که بسرعت تمام دست چپ راگرفته وبه‌ناحیه پشت جنـاغ سینه میرسد ، درد خیلی شدید و توأم بـااضطراب وعرق فراوان میباشد . مدت این حملات غالباً کوتاه واغلب پس از آن بیمار شناسائی خود را از دست میدهد که پـانزده یابیست دقیقه طول میکشد .
حملات تونیك وکلونیك وگازگرفتن زبان وجود نداشته، امـا برعکس همراه بابی‌اختیاری دفع ادرار بوده‌است ومدتی طولانی بیمار دریك حالت گیجی بسرمیبرده وبدینطریق بیمار درهرماه ده مرتبه دچار این حملات‌که مشابه بودند میشده واغلب با از دست دادن شعور همراه ولی ثابت نبوده است .

سابقه بیمار : در سن ۲۰ سالگی دچار سیفیلیس شده که معالجه نموده، مبتلابه‌الکلیسم‌هم‌بوده‌است.درامتحان عصبی‌هیچگونه علائم غیرعادی‌که باحملات ارتباطی‌داشته باشد پیدا نشده است .
امتحان احشاء طبیعی بوده است .
درآزمایش‌های تکمیلی : اوره ـ فرمول شمارش‌خون و قند خون طبیعی بوده است .
آزمایش سرولوژی خون طبیعی بوده است . رادیوگرافی‌جمجمه وامتحان ته‌چشم‌طبیعی بوده وسه مرتبه‌الکتروآنسفالوگرافی‌بعمل آمده که اختلالی نشان نداده است. ولی بـا وجود طبیعی بودن الکتروآنسفالوگرافی باتکیه برنشانه‌هـای زیر تشخیص صرع داده شد .
شروع ناگهانی حملـه ، یکنواخت و یك شکل بوده و بخصوص از دست دادن شعور و بی‌اختیاری دفع ادرار داشته است.
بیمار را باروزی ۲۰ سانتی‌گرم فنوباربیتال تحت درمـان قرار گرفت و اختلالات کاملا برطرف شد. در مدت ده سال هیچ حمله جدیدی ظاهر نشد .
در آزمایش مجدد الکتروآنسفالوگرافی طبیعی بود .
مقداردارو بوسیله خود بیمارکم شده ودرماه مه۱۹۵۷ به۲۰سانتی گرم رسید . در ژوئیه ۱۹۶۵ بیمار دچار حملات تازه‌ای شدکه خصوصیات آن باحملات قبلی متفاوت بود.
شروع حمله بافشرده شدن مچ دست چپ همراه با درد شدیدناحیه اپی‌گاستریك بوده و دو حملـه اول با از دست دادن شناسائی و بی‌اختیاری دفع ادرار وگازگرفتن زبان توأم بود و در ماههای بعد با وجود درمـان، حملات حتی چندین مرتبه در روز تکرار میشد.

* بخش اعصاب ـ دانشگاه تهران.

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

در امتحان عصبی علائم غیرطبیعی مشاهده نگردید .

امتحان احشاء مخصوصاً رادیوگرافی معده طبیعی بود .

آزمایش الکتروآنسفالوگرافی درپنجم ژوئیه۱۹۶۵وبیستم‌ژانویه ۱۹۶۶ در حدود طبیعی بود و در بیست و پنجم ژانویه ۱۹۶۸ تراسه در هنگام خواب از بیمار گرفته شد که یك عدم تقارن ریتم مغز را که نشانه سوفرانس نیمکره چپ میباشد نشان داد .

آزمایش پنوموآنسفالوگرافی‌اختلال مهمی را نشان نداد.

آزمایش مایع نخاع طبیعی بود.

روی همان خصوصیات بالینی حمله‌ها ، درمان ضد تشنجی شروع شد و مقدار فنوباربیتال، تا ۳۰ سانتی‌گرم در روز اضافه گردید و مدت چهار ماه حمله ظاهر نشد ولی بعداً بهمان شکل قبل حمله‌ها ظاهرشدند. داروهای دیگرمثل: پری ماکلون‌ـدی‌فنیل‌ـ هیدانتوئین را توأم کردند ولی نتیجه‌ای حاصل نشد و برعکس توأم کردن ۱۰ تا ۲۰ سانتی گرم فنوباربیتال و سه قرص Pheneturide حمله را کاملا قطع کرد.

آخرین الکتروآنسفالوگرافی درسپتامبر ۱۹۶۸ از بیمار گرفته شد، که یك اختلال خفیف باامواج تتا را نشان داد .

بطورخلاصه درسال۱۹۵۵،حملات صرعی‌نزد مردی۵۷ساله ظاهر شده‌که ابتدا مشی یك آنژین صدری کاذب را داشته است و با از دست‌دادن شناسائی همراه بوده ولی ثابت نبوده است. حملات بافنوباربیتال‌کاملاً کنترل شده است تاپس‌از ده سال‌که مقداردارو کم شده وبه ۲ سانتی‌گرم در روز رسیده است .

در سال ۱۹۶۵، حملات مجدداً وبا دفعات بیشتر ظاهر شده و با اختلالات‌گوارشی‌همراه بوده‌است. درد درناحیه پشت جناغ سینه نبوده بلکه درناحیه اپی‌گاستر، وخیلی شدید بوده است.

این‌حملات‌بطورناثابت همراه باازدست‌دادن شناسائی وبی‌اختیاری دفع ادرار بوده است.

تمام آزمایشهای لازم جهت‌کشف علت منفی بوده است .

درمانهای زیادانجام شده، که فقط توأم‌کردن فنوباربیتال‌وفنتورید حملات را قطع کرده ودرآخرین‌آزمایش الکتروآنسفالوگرافی سوفرانس نیمکره چپ را نشان داده است .

تشخیص‌مبنی برخصوصیات این‌حمله بوده‌است‌که حملات‌ناگهانی ویك شکل و مدت حمله‌کوتاه و گاهی با از دست دادن شناسائی و بی‌اختیاری دفع ادرار همراه بوده است .

شرح حال‌بیمار شماره ۲ :

بیمار جوانی است ۱۸ساله، که باداشتن هماتمزهای مکرر ومنفی بودن‌آزمایشهای‌متعدد ازدستگاه‌گوارش جهت امتحان نورولوژی به بخش پروفسورگارسن در پاریس مراجعه نموده است تا درصورتیکه علت عصبی جهت آن‌کشف نشود مورد عمل‌لاپاراتومی قرارگیرد .

از سال ۱۹۶۳ یعنی درسن۱۴ سالگی هماتمز برای بیمار ظاهر شده که ابتدا ماهی یکمرتبه بوده و پس از یکسال هر پانزده روز یکمرتبه‌هماتمز ظاهرمیشده وقبل از هماتمز بیمارچندساعتی دچار حالت تهوع و استفراغ‌های مایع بوده که بعداً خون آلود میشده ومدت۱۳ تا۲۴ساعت ادامه داشته‌است. گاهی‌بیماردردهائی از نوع کرامپ در ناحیه اپی‌گاستر در موقع استفراغ داشته واین هماتمز گاهی زیاد و همراه با ملنا بوده و هماسی بیمار به ۲۳۰۰۰۰۰ میرسیده ودر فواصل هماتمز بیمار علائم‌گوارشی ودردی درناحیه شکم نداشته است .

در ژوئن۱۹۶۶، بیمارتحت کاوش قرارگرفت ولی‌نتیجه‌ای‌حاصل نشد لذا دربخش پروفسور Debray بستری‌گردید . در آزمون بالینی هیچ چیز غیرعادی دیده نشد ، کبد و طحال طبیعی بود . رادیوگرافی دستگاه گوارش ، گاستروسکوپی و لاپاروسکوپی و آنژیوگرافی تنه سلیاك 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 احشاء در فواصل هماتمز مشاهده نشد و هیچگونه فاکتور غذائی یا دوائی در پیدایش هماتمز معلوم نگردید .

علائم نورولوژیك غیرعادی درموقع هماتمز یا درفواصل‌آن وجود نداشت و بخصوص از دست دادن شناسائی ، تشنج ، بی‌اختیاری ادرار وگاز گرفتن زبان وجود نداشت.

اختلال حسی ـ حواسی و شخصیتی وجود نداشت منتها گاهی قبل‌از بروز استفراغ ، بیمار دچار سردرد درناحیه پیشانی‌میشد.

در سوابق بیمار چیز مهمی نبوده ، تولد بموقع و زایمان طبیعی بوده است. درسالهای اول‌کودکی‌تشنج وجود نداشته است، سابقه ضربه سر نداشته وضع تغذیه خوب بوده واعتیاد به‌الکل ودخانیات 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.

امتحان عمومی طبیعی بود . فشارخون $\frac{۱۴}{۸}$ و ناهنجاری عروقی روی جلد مشاهده نشد .
درآزمایش‌های تکمیلی علائم غیرعادی مشهود نگردید.
امتحان ته چشم ، رادیوگرافی جمجمه عادی بود.
آزمایش الکتروآنسفالوگرافی در تاریخ ۱۹۶۷/۴/۷ درحدود طبیعی وامتحان مایع نخاع عادی بود .
درمقابل یك چنین منظره بالینی وطبیعی بودن آزمایش انسان بفکر تمارض میافتد .
معاینه بالینی که بعمل آمد یك واکنش اضطرابی را نشان داد. دو حمله هماتمز وقتی بیمار دربیمارستان بستری بود یکی درآوریل ۱۹۶۷ودیگری درماه مه۱۹۶۷ ظاهر شد.
در پایان حمله بیمار دچـار حالت منگی میشد . امتحان دستگاه عصبی و گوارشی طبیعی بود .
دومین الکتروآنسفالوگرافی درماه مه ۱۹۶۷ پس از ختم دومین حمله همـاتمز بعمل آمد . تراسه کمی غیر طبیعی بود وامواج تتا فراوان ومخصوصاً درناحیه قدامی‌مغز مشاهده شدکه تحریك‌پذیر بود ومنشأ تحت قشری داشت .
در مقابل این آنومـالی خفیف فکر شکلی ازصرع غیر طبیعی را کردیم وبیمار را باروزی ۲۰سانتی‌گرم فنوباربیتال تحت درمان قرار دادیم. بیمار روز دهم ماه مه ۱۹۶۷مرخص گردید.
بیمار تحت‌کنترل وحال اوکاملا رضایت بخش بود تا اینکه مقدار فنوباربیتال را به ۱۵ سانتی‌گرم کاهش دادند و درفوریه ۱۹۶۹ دو حملـه تازه ظاهر شد که با درد ناحیه معـده و استفراغ توأم بود ولی استفراغ خونی نبود وبیمار این مرتبه دربخش‌پروفسور Castaigne بستری شد. امتحان بالینی طبیعی بود.
آنسفالوگرافی گازوز و گاماآنسفالوگرافی عادی بـوده است .
الکتروآنسفالوگرافی در ۲۴ فوریه۱۹۶۹ یك آنومالی‌تحریکی وپاروکسیم‌هائی درنیمکره راست ومخصوصاً درناحیه تامپورال را نشان داد .
دوالکتروآنسفالوگرافی دیگر درحال خواب درچهارم ویازدهم مارس۱۹۶۹ بعمل آمدکه وجود اختلالاتی‌درناحیه‌فرونتوتامپورال ویك حمله صرعی را تأیید کرد . مجدداً روزی ۲۰ سانتی‌گرم فنوباربیتال به بیمـار داده شد و ناراحتی‌های بیمار ظاهر نشد و بیمـار بـرای آخرین مشاوره در تـاریخ بیستم ژوئن ۱۹۶۹ مراجعه‌کرد.

بطورخلاصه : ظهور علامت استفراغ‌های یـورشی و درد ناحیه اپی‌گاستر و هماتمز که بخصوص در صبحهـا ظاهر میشد و ابتدا هرماه یکمرتبه و بعداً هر ماه دو مرتبه بطور منظم بود که در سن ۱۷ سالگی مورد آزمایش‌های مختلف خون شناسی و دستگاه گوارشی ونورولوژی والکتروآنسفـالوگرافی قرارگرفته ولی یافته غیرطبیعی بدست نیامد .
با خصوصیات شروع نـاگهانی حمله و یکنواخت بودن حملات وداشتن پریود منظم ، فکر یك شکل‌آتی‌پیك صرع شد وبخصوص تأثیر درمان ضد تشنجی و تجدید حمله‌ها با کم‌کردن مقدار دارو و الکتروآنسفالوگرافی بعدی که درحال خواب گرفته شد ، این تشخیص را تأیید کرد .

شرح حال بیمارشماره ۳ :

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

سابقه بیمار : نکته قابل توجه آنکه در موقع تولدکودك زایمان مشکل بوده و دیـرتر از موقع راه افتاده (یعنی در ۱۸ ماهگی) واولین حمله صرعی موقع دندان درآوردن طفل بوده واز ۲تا ۴ سالگی هردوماه یکمرتبه حمله شروع شده است . حملات عمومی بوده ، تحت مداوا بافنوباربیتال قرارگرفته و تا سن ۱۳ سالگی حملات ظاهر نشده است ولی دراین موقع حملات مجدداً بشکل دیگری تظاهر نموده‌اند .

بدین طریق که شروع حمله بایك 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 دقیقـه طول میکشیده وحملات با تشنج و از دست دادن شناسائی وگاهی گازگرفتن زبان همراه بوده و پس از ختم حمله بیمار بخواب عمیق فرومیرفته است .
در موارد نادری حملات بشکل یك درد شکم و عرق فراوان بوده است . این حملات همیشه شبیه بهم بوده‌اند وباریتم متفاوتی تاسن ۴۰ سالگی تکرار شده است ودر اثر درمان از ۴۰ تا۴۵سالگی قطع شده‌اند ولی بیمار درمان را خودش قطع‌کرده است. مجدداً چهارحمله دربیست وچهارساعت ظاهرشده وبیمار را دربیمارستان بستری نموده‌اند. اطرافیان بیمار اظهارکرده‌اندکه مدت دو سال است‌که خلق بیمار تغیر نموده وتحریك پذیر وناپایدارشده‌وچند مرتبه حملات خشم وجنون‌آنی باو دست داده‌که ازآنهاخاطره‌ای برای بیمار باقی نمانده است .
در معاینه ، بیمار از نظر هوشی درسطح متوسط و دچـار کندی جریـان فکر و چسبندگی عاطفی بوده است . امتحان عصبی و احشائی طبیعی بوده است .
رادیوگرافی‌جمجمه ـ اوره‌خون ـ قندخون عادی بوده‌وواسرمن خون منفی،الکتروآنسفالوگرافی در ۱۹۷۰/۱/۱۴ اختلال‌خفیفی

درناحیه تامپورال چپ نشان داده‌است. الکتروآنسفالوگرافی در ۷۰/۱۲/۱۴ ، روز بعداز حمله سوفرانس مغزی شدید درهردو ناحیه‌فرونتال‌ها وتامپورالها نشان میدهد والکتروآنسفالوگرافی در ۷۰/۱۲/۱۴ دشارژهای متعدد بشکل سوزنی موجی در دو ناحیه تامپورال مخصوصاً طرف چپ را نشان میدهد.

بیمـار را تحت درمان فینیتوئین و Alepsal قـرار میدهنـد و در تاریخ ۷۰/۱۲/۲۲ بیمـارستان را ترك میکند . یکسال بعد بعلت اختلال خلق وخوی و خشم شدیدکه حتی یکمرتبه راد‌یاتور شوفاژ راکنده است مجدداً بستری میشود . در این مدت یکسال سه حمله بشکل،عرق کردن و درد ناحیه شکم دراوظاهرشده‌است. امتحان عصبی طبیعی‌بوده، درتاریخ۷۱/۱۲/۱ الکتروآنسفالو- گرافی پاروکسیسم‌هائی دیده شده‌است. در تاریخ ۷۱/۱۲/۱۵ الکتروآنسفالوگرافی در خواب بعمل آمده ویك صرع تی‌پیك‌را نشان داده است .

ازنظرامتحان روانشناسی بیمار پائین‌تر ازحد متوسط بوده است. بیمار را با روزی ۱۵ سانتی‌گرم فنوباربیتال تحت درمان قرار داده‌اند ومرخص شده است .

خلاصه - بیماری ۴۶ ساله، که ازکودکی دچار حملات صرع بوده که علت‌آن‌احتمالاً بعلت‌آنوکسی‌هنگام‌تولدبوده‌است، پیدایش حملات صرع باتظاهرات گوارشی که ممکن‌است‌بطورثانوی‌عمومی شود، توأم با اختلالات خلق وخوی و گاهی بشکل حملـه خشم وهمچنین دچارکندی جریان فکر بوده است .

شرح حال بیمارشماره ۴ :

بیمار مردی است ۳۷ ساله ، که از تاریخ ۷۱/۱۰/۴ در بخش اعصاب بیمارستان Bicetre بعلت یك حالت اتادومال ژنرالیزه بستری شده است وبوسیله درمان بافنوباربیتال وبرومورحمله‌قطع شده است . بیمار ازدواج‌کرده وصاحب پنج فرزند میباشد. بیمار دچار حمله صرع بوده است‌که سالها معالجه میکرده است .

تولد بیمار طبیعی بوده، سابقه ضربه سر نداشته‌است. معتادبه‌الکل بوده و ترك کرده است .

حملـه صرعی از سن ۲۲ سالگی شروع شده ، حملات عمومی و همیشه شبانـه بوده و ریتم حملات متغیر بـوده است . در سال ۱۹۶۳ چند حمله برای بیمار ظاهر شده که همه‌آنها شبانه بوده و بصورت اتوماتیسم پسیکوموتور بوده‌اند . بیمار شب برمیخاسته و پنجره‌ها را بـاز میکرده وارد اطاق بچـه‌هایش میشده تخت خوابهای‌آنهارا بهم میزده گاهی‌داخل آشپزخانه میشده ومبادرت بـه شستن ظروف میکرده ، بعد دوبـاره به رختخواب میرفته ومیخوابیده است .

درموقع حملات‌که ۵ تا ۲۰ دقیقه طول میکشید به‌سئوالات همسر خود توجهی نداشته و فردای آنروز فراموشی‌کامل داشته است . درطی سال ۱۹۶۳ چهار یاپنج حمله به همین طریق برای بیمار ظاهر شده است . بیمـار به‌پزشك مراجعه می‌کند. او تقـاضای الکتروآنسفالوگرافی‌مینمایدکه‌اختلالی‌نشان نمیدهد ولی‌بیماررا با روزی۱۵ سانتی‌گرم فنوباربیتال‌تحت درمان قرار میدهدواین حملات دیگر بروز نمی‌کند.

در بین سالهای ۱۹۶۳ و ۱۹۶۸ چند حملـه عمومی شبانه برای بیمار ظاهر میشود . و بالاخره از ۱۹۶۸ به‌بعد حملات روزانه هم‌که باحملات قبلی متفاوت بوده‌اند ظاهر میشوند. این حملات جدید باین شکل شروع میشده که ابتداء بیمار احساس فشردگی مزاحم در ساق پا نموده که با سستی اعضاء تحتانی همـراه بوده وبیماررا وادار به‌شستن‌پا یادراز کشیدن میکرده‌است. این‌احساس مزاحم‌بسرعت بطرف‌شکم بالا رفته ودرناحیه اطراف‌ناف متمرکز وبصورت درد شدید وحالت فشردگی‌احساس میشودبطوریکه تنفس بیمـار را قطع مینماید حالت زور به بیمـار می‌نشیند ناله میکند خمیازه میکشد ویادندانها را بهم فشار میدهد .

بسیاری‌ازمواقع بیمار به‌یك‌حالت‌رنگ‌پریدگی، یابرعکس‌به‌قرمزی شدید درصورت دچارمیشود. این حملات گاهی با حالت استفراغ غیرخونی همراه میشوند .

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

مدت حملات درست برای بیمار معلوم نشده زیرا به محض شروع علائم، بیمار یك قرص فنوباربیتال مصرف‌کرده وحمله پس ازچند دقیقه قطع میشده وبیمار به‌خواب میرفته است .

بدینطریق‌بیمار تا ژوئیه۱۹۷۱، تقریباً ماهی یکمرتبه دچارحمله میشده و از آن تاریخ با وجود ادامه درمان و بدون علت ظاهری حملات شدید شده وروزی ۳-۴ بار ظاهر شده‌اند وبعلت حـالت اتادومال ژنرالیزه در بیمارستان بستری میشود .

امتحان عصبی درجریان‌اغماء عادی بوده علائم ضایعه موضعی‌نشان داده نشده است . از لحاظ احشائی یك هپاتومگالی خفیف وجود داشته‌است. امتحان رادیوگرافی جمجمه و امتحان ته چشم طبیعی بوده است .

گاماآنسفالوگرافی عدم تقارن مخصوصاً در طرف راست وقسمت خلفی‌را نشان‌داده‌است. پنوموآنسفالوگرافی اتساع شاخ‌تامپورال راست بطن طرفی مغز را نشان داده است .

قند ـ کلسیم ـ اوره خون طبیعی بوده است ، واسرمن منفی ، الکتروآنسفالوگرافی در تاریخ ۷۱/۱۰/۸ سوفرانس ناحیه تامپوروپاریتال راست را نشان داده است .

در روزهای‌بعداز اتادومال بیمار دچار چندین حمله گوارشی‌بدون از دست‌دادن شناسائی شده است که بااضافه‌کردن‌مقدارفنوباربیتال ورساندن‌آن بمقدار ۳۰ سانتی گرم در روزاین‌حملات قطع‌شده‌اند.

خلاصه:

بیمارمردی‌است۲۷ ساله، که حملات صرعی از ۲۲ سالگی شروع شده‌است. حملات بشکل‌انواع‌مختلف‌یعنی ژنرالیزه‌ـپسیکوموتور وبالاخره گوارشی بوده‌اند ومتعاقب آخرین حمله بیمار دچار یك اتادومال ژنرالیـزه شده است . علت عارضه جز یك اتساع شاخ تامپورال بطن راست معلوم نشده است .

بطوریکه ملاحظه میشود در هرچهار مورد علائم گوارشی بصورت درد شدید ناحیه شکم واستفراغ مشترك میباشند. درصرع گوارشی درد علامت مهمی‌است که‌محل‌آن معمولا درناحیه اپی گاستر میباشد اما ممکن است درقسمت زیر دنده‌های طرف راست ـ ناحیه فوس ایلیاك راست یاقسمت پائین شکم نیز باشد .

شدت درد متغیر واغلب شدید و نیز گاهی سبك و گاهی بشکل یك احساس مزاحم است و بیمار بزحمت میتواند آنرا توجیه کند . معمولا این درد با حالت تهوع ـ آروغ زدن و غرغر شکم همراه میباشد. بندرت ممکن‌است‌بیماردچار اسهال یااستفراغ خونی‌شود. بیمار دچاررنگ پریدگی وعرق فراوان میگردد . ازخصوصیات عمده این‌حملات آنست‌که شروع وختم آنها ناگهانی ومدت‌حمله کوتـاه است وهمیشه به‌یك‌شکل‌نزد بیمار ظاهر میشود و اگر از سوابق بیمار جویا شویم عواملی مانند : زایمـان سخت ، وجود تشنج دوران اول‌کودکی ، ضربه‌های مغزی به نفع تشخیص صرع میباشد . همینطور پیدایش تکانهائی درعضلات جدارشکم یادریکی ازاعضاء تحتانی‌ویایك‌تیرگی‌شعور، بی‌اختیاری‌دفع‌ادرار، تغییرخلق ورفتار بیمار در روزها یاساعت‌ها قبل از بروز حمله . اینهـا باز دلایلی‌به‌نفع تشخیص حمله صرع میباشند ولی‌همه علائم فوق‌ممکن است وجود نداشته‌باشند وتنها همان‌علائم بالینی‌بشکل شروع‌وختم ناگهانی وکوتاه بودن مدت حمله وتکرارآنها بوضع مشابه ما را بطرف تشخیص راهنمائی میکند (۳).

درمواردیکه اختلالات گوارشی‌تنها باشند تشخیص فوق‌العاده‌مشکل و اغلب اعمال جراحی بی‌فایده‌ای مانند عمل‌برداشتن‌آپاندیس یا کیسه‌صفرا درباره بیمارصورت‌میگیردیابرعکس‌تشخیص‌هیپو کندری جهت بیمار داده میشود .

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

اختلالات مخصوصاً بصورت امواج تتا در بعضی مناطق یانوك تیز بودن‌امواج باریتم سریع‌خیلی‌فراوان‌است. باین اختلالات کوچك باید توجه زیاد داشته باشیم و خوب تفسیر شود زیرا ممکن است در افـرادیکه ظاهراً سالم هستند مشاهده شود. متذکر میشویم‌که نبایـد افرادی را که دچـار صرع گوارشی هستند مورد اعمال جراحی غیرمفید قـرار دهیم و البته نباید بسادگی نزد شخصی‌که دردهای شکمی و اختلالی هم در الکتروآنسفالوگرافی دارد که مشخص نیست ، تشخیص صرع گوارشی بدهیم و باز باید در نظر داشته باشیم‌که امکان دارد حمله صرع باعوارضی مانند آپاندیسیت یاتورم‌کیسه صفرا وغیره همراه‌باشد.

بنابراین متوجه میشویم‌که بازهم علائم بالینی مقام وارزش‌خود را درتشخیص حمله صرع حفظ نموده‌اند .

محققان انگلیسی زبان‌هم مخصوصاً نزد کودکانی‌که دچارصرع‌های شکمی بوده‌اند مطالعه نموده‌اند وباین نتیجه رسیده‌اند (۵):

که از نظربالینی آنچه مهم است شروع وختم دردهای ناحیه شکم مخصوصاً نـاحیه اپی‌گاستر میباشد و از طرف دیگر در سوابق خانوادگی این بیماران بطور شیوع سندرم‌های پاروکسیستیك از قبیل میگرن باشروع و ختم ناگهانی و همچنین حمله‌های صرعی خفیف یاحمله بزرگ دیده میشود .

باید در نظر داشت که مخصوصاً پیدایش حمله‌های دردهای شکمی یورشی با شروع و ختم ناگهانی در نزد بچه‌ها ممکن‌است منشاء صرعی داشته باشد و این تشخیص وقتـی مسجل میشود که دقیقاً بفکرآن باشیم و از آزمایش الکتروآنسفالوگرافی کمك بگیریم. بخصوص‌آزمون درمان یعنی‌قطع حمله بادرمان ضدصرع وبرگشت مجدد حمله باقطع دارو دلیل بسیار خوبی جهت تشخیص میباشد .

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.