

## بررسی ۱۰۰۰ مورد صرع در ایران

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۲ ، صفحه ۹۶ ، ۱۳۵۳

دکتر جلال برمانی \* دکتر حسن بالاغی \*

- ۱- بررسی بیماران بر حسب سن و آغاز عارضه صرع.
- ۲- بررسی بیماران بر حسب جنس.
- ۳- بررسی بیماران بر حسب نوع عارضه صرع.
- ۴- بررسی الکتروآنفالوگرامها:
  - الف - تراشهای عادی.
  - ب - بررسی تصاویر ناگهانی مرضی.
  - پ - دیسربتیمی آهسته منتشر.
- ت - بررسی دینمهای اصلی مغز و واکنش آن به عوامل و تحریکات مختلف.

### نتایج و بحث :

بررسی بیماران صرعی ایرانی، با مقایسه با نتایج تحقیقی دو منبع آماری مهم یکی در آمریکا 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.

### ۱- بحث از نظر شیوع بیماری صرع در ایران :

مادامیکه مراکز مجهزی برای بررسی اپی لپسی در ایران تأسیس نشود تابتوان بیماران صرعی را در تمام مدت حیات آنها تحت نظر گرفت ایرادات آماری پابرجا خواهد بود، فی المثل اگر آمار مشمولین خدمت نظام وظیفه را در نظر بگیریم و کسانی را که برای احتراز از معافیت پزشکی عارضه صرع خود را مخفی میکنند مورد توجه قرار ندهیم باز این آمار مربوط به ۲۰ سال اولیه یک

یکی از بیماریهای مهم دستگاه اعصاب مرکزی که دارای تظاهرات بالینی گوناگون است و شناخت آن برای هر پزشک لازم و واجب میباشد، صرع است، خاصه آنکه این عارضه در ایران شایع است (۱۰ تا ۱۲ تن در هر هزار تن جمعیت)، و موجب پیدایش عقدۀ حفارت در بیمار (ترس اذربوژحمله) و ظهور اختلالات شدید رفتاری و ناسازگاری در خانواده، در محیط کار و در جامعه میشود و حتی ممکن است بیمار را به زندان بکشاند. بعلاوه تکرار حملات میتواند زوال عقلی پدید آورد.

هدف این تحقیق بررسی شیوع صرع و خصوصیات مبتلایان به این عارضه در ایران است.

این بررسی شامل هزار بیماری میشود که همگی دارای آزمایش E. E. G. بوده و از سال ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۰ حداقل یک بار مورد معاینه قرار گرفته اند و لهذا از نظر بالینی و الکتریکی تشخیص مسجلی داشته اند و چون این تحقیق با روشهای آماری قدیم بسیار مشکل مینمود، از دستگاههای کامپیوتر دانشگاه استفاده شد. البته بدلا لیل مختلف این پژوهش نمیتواند کامل باشد، ولی از نظر آماری یکی از گزارشهای نادر است که با این تعداد بیمار مصروف تهیه شده است.

### مواد و طریقه تحقیق :

در این تحقیق هزار بیمار مصروف ایرانی (۵۵۵ تن از جنس مذکور ۴۴۵ تن از جنس مؤنث) از یکماهه تا ۷۰ ساله با توجه به معاینات بالینی و آزمایش الکتروآنفالوگرافی بشرح زیر مورد بررسی قرار گرفته اند :

\* دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

\*\* دانشکده جندی شاپور - اهواز.

گیری شده‌اند و رقم متوسط  $6/2$  تن مصروف در هزار نفر بدست آمده است.

بایوجه باینکه در انگلستان که یکی از ممالک پیشرفته میباشد و شرایط بهداشتی (بویژه از نظر زایمانی و درمان بیماریهای عفونی کودکان) در آنجا کاملاً رعایت میشود،  $6/2$  تن صرعی بین هر هزار تن جمعیت وجود دارد، در ایران باید تعداد مصروفین را با در نظر گرفتن کم شدن مرگ و میر در ایران، رفعی بیش از آن بهساب آورده با برآورد تقریبی تعداد کل مصروفین در ایران را میتوان بین  $30000$  تا  $36000$  تن تخمین زد.

**Lennox (۱۹۶۰)** در آمریکا، تعداد مصروفین را به  $5$  تن در هزار تن تخمین میزند.

**۳- بحث از نظر سن و شروع عارضه صرع:** این بررسی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است:

سن	کمتر از دیکسال	۱-۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰	مجموع در کلیه سنین
تعداد	۸	۲۶۸	۳۸۴	۱۹۷	۸۴	۳۹	۹	۱۱	۱۰۰

جدول ۱: سن شروع عارضه صرع

البته باید متذکر شد که سن متوسط عمر در ایران نسبت به انگلستان و آمریکا پائین تر است.

در تحقیق دیگری که توسط یکی از نویسندهای این مقاله (۱۶) بر  $128$  مورد از سالخوردهای ایرانی از  $65$  تا  $105$  سال انجام شده است فقط یک مرد  $70$  ساله که گرفتار در حمله صرع گردید ممکن است چهار سال شده باشد.

همه متخصصین براین عقیده اند که حملات صرع گراندیمال با علت نامعلوم، بعد از  $65$  سالگی کمیاب است.

### ۳- بحث از نظر جنس:

در این آمار همانطوری که ذکر شد در  $1000$  تن،  $555$  تن از جنس مذکور و  $445$  تن از جنس مؤنث بوده‌اند. بنابراین مردان کمی بیشتر از زنان دچار عارضه شده‌اند.

در آمار **Pond** و همکاران تعداد بیماران مصروف انگلیس از هر دو جنس تقریباً یکسان است ولی در آمار **Haddock** (۱۱) مربوط به سال  $1968$  در اکرا پایتحث غنا که جمیعاً روی  $204$  بیمار صرعی بررسی نموده است،  $70$  درصد از جنس مذکور گزارش شده است.

### ۴- بحث از نظر انواع صرع:

انواع صرع به ترتیب اهمیت از نظر وفور در جدول ۲ و نمودار ۱ خلاصه

فرد است و چه بسا اتفاق خواهد افتاد که اینان بعدها دچار حمله صرعی گردند و خارج از آمار بمانند. بنابراین برای دانستن تعداد بیماران صرعی در جامعه لازم است مراکز درمان مصروفین ایجاد شود تا پس از سالها کار و تحقیق، آمار نسبتاً صحیحی ارائه دهد.

مختلف بودن آمار دیگران نیز بر همین ایرادات استوار است. تعداد مصروفین در ممالک مختلف از  $2/5$  (کمترین مقدار گزارش شده از کشور بلژیک است که  $2/62$  تن در هزار تن است) تا  $7$  تن در هر هزار تن منتشر شده است.

یکی از کارهای جالب در این زمینه، بررسی است که توسط Pond و همکارانش در سال  $1966$  (۱۵) در انگلیس انجام شد. بدین ترتیب که این محققان، بیماران  $14$  مطب شهری و روستایی که مجموعاً  $39500$  تن را تحت پوشش بهداشتی داشته‌اند از نظر صرع، بمدت  $۲$  سال مورد بررسی قرار داده‌اند و کلیه بیماران صرعی که توسط پزشکان این چهارده مطب تحت درمان قرار گرفته بوده‌اند آمار.

بطوریکه از جدول فوق مستفاد میشود، ظهور صرع بیش از همه بین سنین  $10$  تا  $20$  سالگی است، سپس از  $30$  تا  $60$  سالگی بسیار کاهش یافته و بعد از این 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.

کلیه آمارهایی که در دسترس است شیوه تشنج صرعی را در خرداد سالان بیش از بزرگسالان نشان میدهد.

در این آمار  $27/6$  درصد بیماران مصروف، کمتر از ده سال دارند و حال آنکه در آمار Gibbs (۹) این رقم به  $11/75$  می‌رسد، بنابراین تعداد بیماران مصروف کمتر از ده سال در این بررسی بیش از دو برابر کودکان آمریکائی است و در آمار Pond (۱۵)،  $188$  تن کمتر از ده سال دارند و بنابراین  $35/9$  درصد بیماران مصروف انگلیسی در گروه نامبرده کمتر از  $10$  سال دارند که به آمار ما تقریباً فردیک است.

بیشترین تعداد مصروفین در این تحقیق بین  $11-20$  سالگی قرار دارند که  $38/3$  درصد بیماران صرعی را تشکیل می‌دهد. این نسبت در آمار Pond و همکاران  $25/7$  درصد است که با توجه به هرم سنی ساختمان جمعیت ایران و انگلیس با یافته‌ما تاحدی مطابقت دارد.

تعداد بیماران مصروف در سن  $50$  تا  $70$  سال در این آمار  $2$  درصد و در آمار Gibbs  $2/5$  درصد و در آمار Pond  $5/6$  درصد میباشد.

البته همانطوری که بعضی از متخصصین منجمله Cadilhac و Passouant (۱۴) متذکر شده اند حملات گراند مال، نزد کودکان ۱۵ روزه تا سه سال مشاهده نمی شود زیرا مغز کودکان کمتر از سه سال نه تنها از نظر حجم و شکل با بزرگسالان فرق دارد، بلکه تشکیلات فونکسیونل که بسیار مهمتر می باشد هنوز چنانچه باید و شاید وجود نیامده است ولهذا مغز کودک صرعی، چگونگی حملات را بالامکانات رشدی که دارا شده است بروز میدهد.

#### ب - میوکلونی:

در این آمار ۱۲/۸ درصد بیماران دچار میوکلونی پتی مال یا بعبارت دیگر Myoclonies Massives Communes بوده اند. ما تقسیم بندی کلاسیک Lennox (۱۹۶۰) که پتی مال را بر سه نوع: میوکلونی، آبسانس و حملات آکنیک یا آمیوتونیک میداند، بعلت سهولت طبقه بندی انتخاب کرد ایم.

این تعداد بیمار ایرانی دچار میوکلونی پتی مال، از نظر وفور، قابل توجه است. زیرا آمار گیس فقط ۳/۰ درصد است. بعلاوه میوکلونی با گراند مال در آمار ۱۱/۳ درصد و در آمار گیس فقط ۵۵/۰ درصد می باشد و میوکلونی همراه با آبسانس در آمار ما ۶/۰ درصد و در آمار گیس ۸/۰ درصد است. بعبارت دیگر میوکلونی چه بطور خالص و چه همراه با دیگر انواع صرع، در ایران بسیار زیادتر بوده و حتی تا ۳۶ برابر بیماران امریکائی مرسد که این یکی از خصوصیات صرع در ایران می باشد.

#### پ - آبسانس:

آبسانس پتی مال در آمار ما ۴/۹ درصد بطور خالص و ۴/۶ درصد توأم با گراند مال و ۱/۶ درصد همراه گراند مال و میوکلونی و ۶/۰ درصد مشترکاً با میوکلونی بروز می کند. رویه مرتفعه با آمار گیس (به ترتیب ۹/۱۵، ۲/۱۵، ۰/۰۸۰، ۰/۰۰) کم و بیش هم آهنگ است.

**ت - حملات آکنیک:** Crises Akinetiques de Ramsay - Hunt یا حملات آمیوتونیک (Crises Amyotonic) عبارت از کم شدن ناگهانی تonus ماهیچه های نگاهدارنده بدن است که ممکن است موجب سقوط و وزخی شدن نیز بشود. این حملات در آمار ما ۱/۴ درصد بطور خالص و ۴/۰ درصد توأم با حملات گراند مال و میوکلونی بروز کرده است.

رویه مرتفعه صرع پتی مال (هر سه نوع آن) در سنین ۱۰-۱۱ سالگی شیوع بیشتری دارد و این شیوع را بین سنین ۱۱-۳۰ سالگی تقریباً

شده است و در نمودار ۲ انواع صرع نزد بیماران ایرانی و آمریکائی مقایسه شده است (ستونهای سیاه نمودار آمار ما و ستونهای سفید مشخص آمار Gibbs است).

#### ۱ - تعداد بیماران بر حسب نوع عارضه صرع

گراند مال	۴۹۷
میوکلونی	۱۲۸
آبسانس	۴۹
رامسه هفت	۱۴
براؤه ژاکسون	۴
صرع تامپورال	۲۷
حملات منحصرآتونیک	۵۲
حملات نیباتی	۴۲
وان بگارت	۲
گراند مال با میوکلونی	۱۱۳
میوکلونی و آبسانس	۶
گراند مال با میوکلونی و آبسانس	۱۶
گراند مال و آبسانس	۴۶
گراند مال و میوکلونی و حملات اکنیک	۴

جمع ۱۰۰۰ تن

جدول ۲

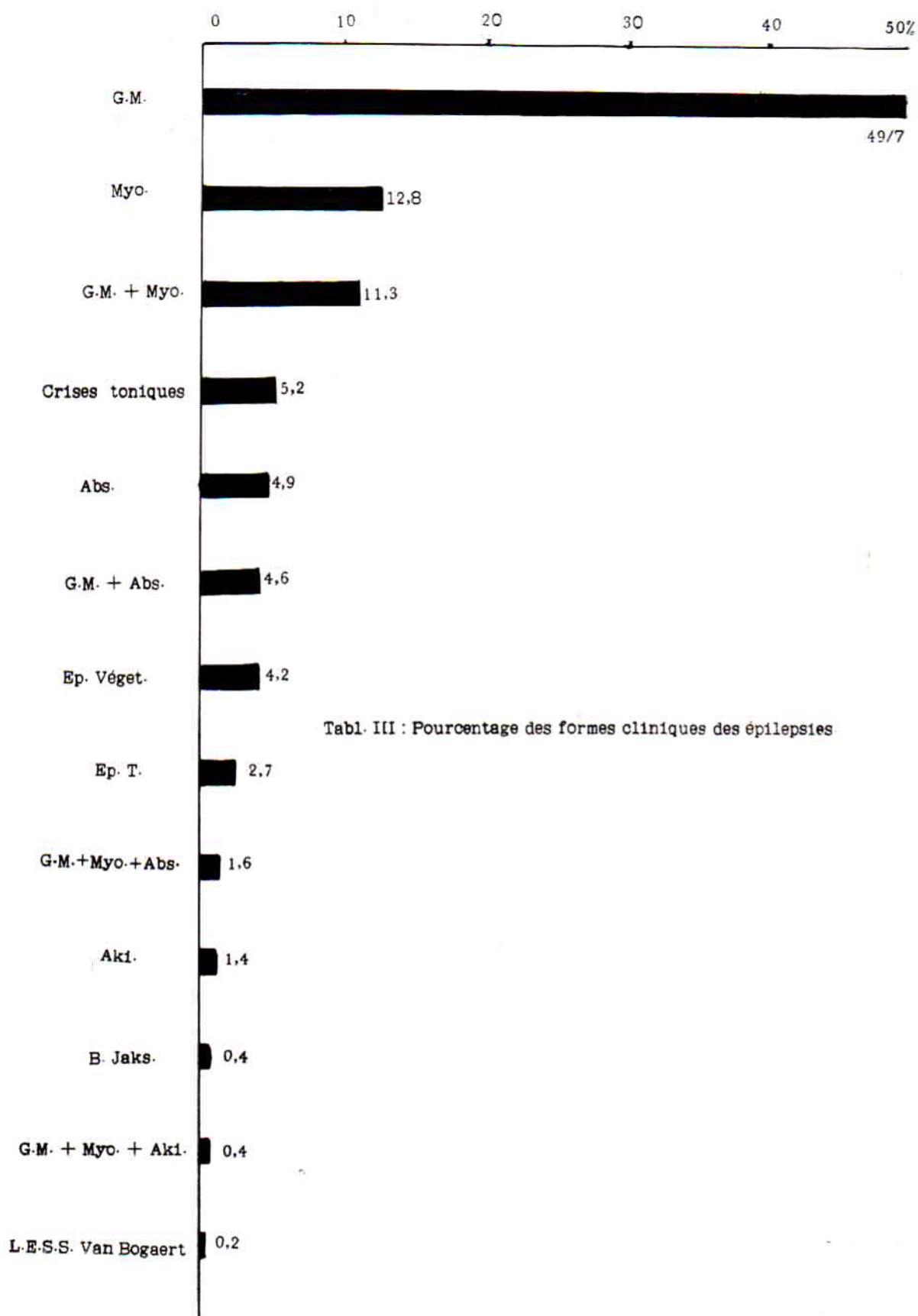
#### الف - گراند مال:

از ۱۰۰۰ بیمار ما ۴۹۷ تن یعنی ۴۹/۷ درصد فقط گراند مال بدون دیگر انواع صرع داشته اند که کاملاً با آمار Gibbs (۴۸/۲) درصد بیماران صرعی آمریکائی فقط دچار گراند مال بوده اند) مطابقت دارد. ۱۷۹ تن از بیماران ما گرفتار گراند مال همراه با دیگر انواع صرع بوده اند و بنابر این تعداد کل بیماران دچار گراند مال چه بطور انحصاری و چه توأم با دیگر انواع صرع ۶۷/۶ درصد می شود (Gibbs ۷۷/۹ درصد). دو آمار نشان میدهد که شیوع گراند مال بسیار زیادتر از دیگر انواع صرع است.

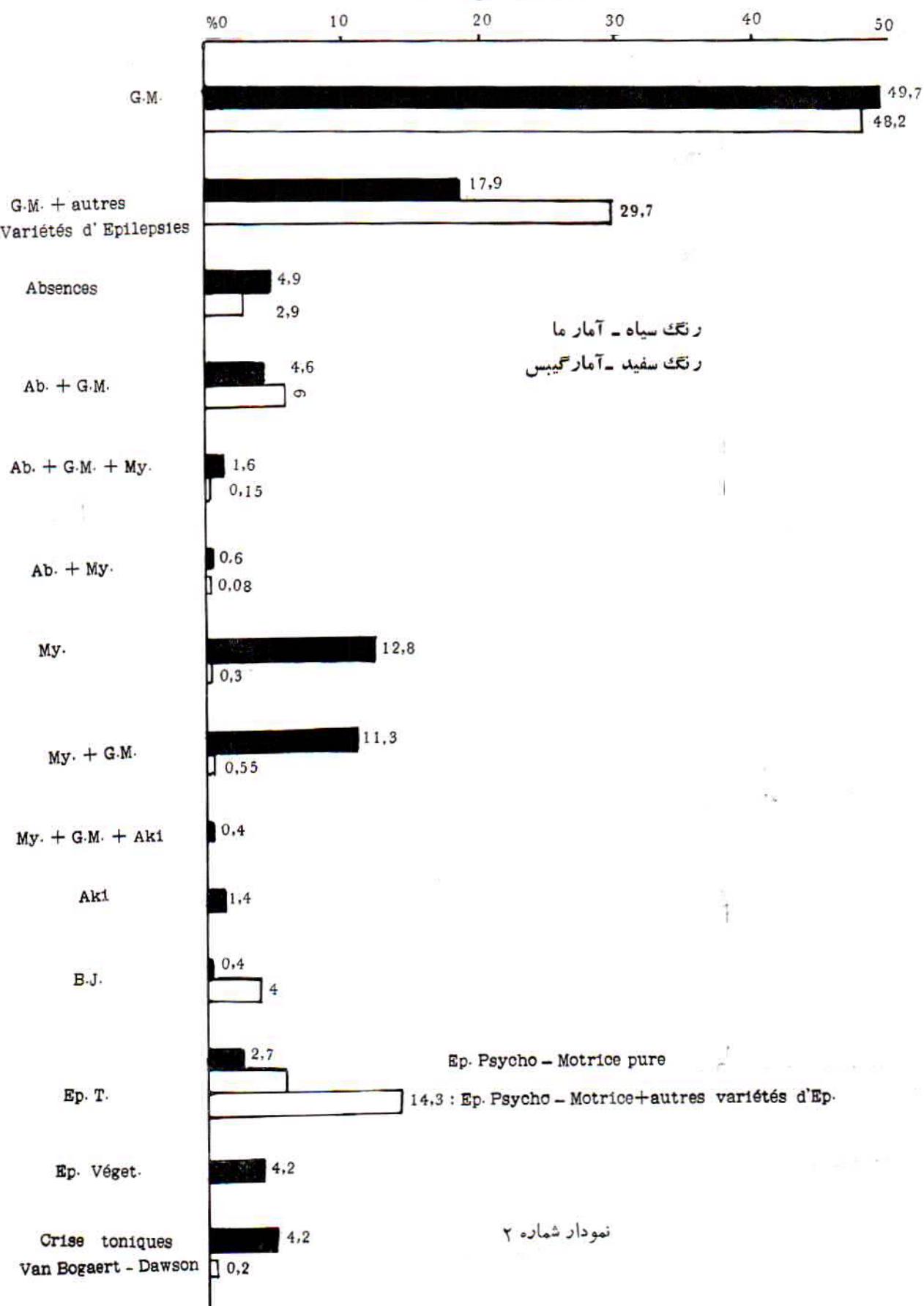
جدول ۳ وفور گراند مال را بر حسب سن، مخصوصاً قبل از ۲۰ سالگی نشان میدهد:

جدول ۳: وفور گراند مال بر حسب سن

سن بر حسب سال	۱۰-۱۱ سالگی	۱۲-۱۳ سالگی	۱۴-۲۰ سالگی	۲۱-۳۰ سالگی	۳۱-۴۰ سالگی	۴۱-۵۰ سالگی	۵۱-۶۰ سالگی	۶۱-۷۰ سالگی
تعداد بیماران تن ۶۷۶	۲۷۶	۲۶۷	۶۶	۴۵	۱۶	۲	۳	



## اشکال بالینی صرع در ایران



ذکر میکند بطور مثال گراندمال همراه با صرع پسیکوموتور و یا پتی مال همراه با پسیکوموتور، صرع ژاکسونی همراه با پسیکوموتور وغیره. در فرهنگ لاتین اغلب عالم بالا را جزء اختلالات رفتاری بیمار صرعی میدانند و فقط اتوماتیسم هامانند اتوماتیسم دهانی-حلقی (جویدن و یاقوت دادن)، اتوماتیسم جستجوئی (بیمار ناخود آگاه دنبال چیزی میگردد)، اتوماتیسم راهروی که یک نوع از آن گریز پائی یا Fugue است جزء صرع پسیکوموتور ناممیرند.

#### ج - حملات منحصر آتونیک :

وجود این بیماران در آمار  $\frac{5}{2}$  درصد میباشد.  
گیبس این نوع صرع را ذکر نکرده است.

#### ج - حملات نباتی :

$\frac{4}{2}$  درصد از بیماران ما دچار آن بوده اند.

#### ح - حملات براوه ژاکسون :

فقط  $\frac{4}{0}$  درصد نزد بیماران مایافت شده است که نسبتاً کم است.  
زیرا گیبس  $\frac{4}{4}$  درصد بطور خالص و  $\frac{3}{0}$  درصد همراه با گراندمال و  $\frac{1}{0}$  درصد توأم با پسیکوموتور ذکر کرده است.

خ - انواع دیگر صرع مانند بیماری داوسن - وان بوگارت، هیپسارتیمی، سندروم Sturge-Weber - Krabbe، بیماری Phenylketonurie و Lipidose Tay-Sacks و Schilder-Foix در آمار مأبطر استثنایی آمده و یا مطلقاً دیده نشده، یا تشخیص داده نشده است.

#### د - رابطه انواع صرع با جنس :

همانطوریکه جدول ۵ نشان میدهد همه نوع صرع باستثناء آنسانس و حملات آکینتیک و توأم بودن چند نوع صرع در جنس مذکور بیش از جنس مؤنث است.

جنس	گراندمال	عیوکلوفنی	ابسانس	رامه	حملات	براوه	حملات	حملات	وان	انواع مخلوط	صرع
	گراندمال	عیوکلوفنی	ابسانس	رامه	حملات	براوه	حملات	حملات	وان	بگارت	صرع
ذکر	۲۹۰	۸۵	۱۹	۴	۳۶	۳	۱۷	۲۴	۱	۷۸	
۵۵۵											
مؤنث	۲۰۷	۴۳	۳۰	۱۰	۱۸	۱	۱۰	۱۸	۱	۱۰۷	
۴۴۵											

جدول ۵: رابطه انواع صرع با جنس

نسبت دادن هر نوع تصویر غیرعادی به صرع در فواصل حملات باشد، احتراز کرد. لهذا الکتروآنفالوگرافی باید با شرایط بیمار مطابقت داده شود. مثلاً اگر در تراسه یک بیمار دچار سرگیجه، چند موج تنا، حتی توک تیز پیدا شود نباید آنرا فوراً مربوط

حفظ میکند سپس کاهش شدید میباشد بطوریکه مابین سال ۷۰-۳۰ سالگی هیچ موردی درین بیماران میافتد نشده است، بعلاوه صرع پتی مال بین ۳۰-۲۰ تا ۷۰ سالگی دنباله پتی مال سنین کودکی و نوجوانی بوده است.

جدول ۶ تعداد بیماران را بر حسب شروع عارضه پتی مال از نظر سن نشان میدهد:

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

جدول ۶: شروع عارضه پتی مال بر حسب سن

این بررسی با آمار گیبس مطابقت دارد فقط حداقل ۳۰٪ در آمار ما از نظر پتی مال ده سالگی است و حال آنکه گیبس آنرا در شش سالگی یافته است.

#### ث - صرع تامپورال:

در آمار ماقبل  $\frac{7}{2}$  درصد بچشم میخورد در حالیکه Gibbs تحت عنوان صرع پسیکوموتور  $\frac{8}{5}$  درصد بطور خالص و  $\frac{3}{14}$  درصد توأم با گراندمال و یا بادیگر انواع صرع گزارش داده است. البته باید دانست معنی پسیکوموتور در فرهنگ انگلوساکسون و در فرهنگ لاتین باهم متفاوت است:

از نظر بالینی گیبس عالم مختلف مانند عدم تعادل، خندیدن، گرید کردن، Negativisme، جین کشیدن و فریاد زدن، سختان درهم و برهم گفتن وغیره را جزء صرع پسیکوموتور میخواهد و اگر عالم فوق بادیگر انواع صرع توأم شود آنرا توأم با آن انواع

#### بررسی های الکتروآنفالوگرافی :

الکتروآنفالوگرافی مهمترین آزمایش بیمار صرعی است و هیچ بیمار مشکوک به صرع و یا دچار صرع نباید بدون این بررسی، کورکورانه تحت درمان قرار گیرد. اما باید از خطای مهمی که

## ب - بررسی تصاویر ناگهانی مرضی :

این تصاویر که بصورت تصاویر سوزنی (Pointes) سریع با آهسته که یکی از انواع اخیر موج سخت پیشانی Ondes à front raide میباشد و تصاویر چند سوزنی (Polypointes) و تصاویر سوزنی - موجی (Pointes-Ondes) و تصاویر چند سوزنی - موجی - poly (Non spec pointes-Ondes ifiques) و کمپلکس‌های نوک تیز نامشخص (Hypersynchrones) متشکل از موج بسیار همزمان باダメنه بلند، کم و بیش نوک تیز، معمولاً در باندتا و گاهی دلتا، درمی‌آید، جمعاً در ۶۷۷ مورد بطور خالص یعنی بدون دیسریتمی آهسته منتشر بشرح زیر یافت شده است: (جدول ۶)

به صرع داشت و بالا فاصله داروهای ضد صرع تجویز نمود زیرا این داروها سرگیجه بیمار را شدیدتر خواهند کرد .  
الف - تراسه‌های طبیعی :

۶۹ درصد از بیماران ما دارای تراسه عادی بوده‌اند که همگی بعداز ۴۸ ساعت اولیه یک حمله تحت آزمایش E.E.G قرار گرفته‌اند . این آمار با تاییج دیگران که ده درصد تراسه عادی نزد بیماران صرعی میباشد تطبیق میکند . در اینگونه موقع باید آزمایش‌های E.E.G را تکرار نمود و بویژه در ۴۸ ساعت اولیه حمله که امکان بروز اختلال زیاد است اقدام به تهیه آسفالوگرام کنترل کرد .

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

جدول ۶: نمودار انواع تصاویر ناگهانی مرضی در تراسه‌ها \*

علاوه اگر شکل دیسریتمی آهسته منتشر را نیز در قطر بگیریم جمع تراسه‌ها بصورت زیر در می‌آید :

تعداد بیماران

۹۶

۱- تراسه طبیعی

۶۷۷

۲- تصاویر ناگهانی مرضی خالص (بدون دیگر علائم صرعی)

۲۲۷

۳- دیسریتمی آهسته منتشر توأم با دیگر تصاویر ناگهانی

جمع

۱۰۰۰

۱- تصویر سوزنی - موجی:

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

تعداد بیماران	براؤه ڈاکسون	انواع صرع	حملات نباتی	حملات تامپورال	حملات تونیک	حملات آکینتیک	ابسانس	میوکلونی	گراندمال	جمع بیماران
۶۲۰	۲	۱۱۹	۱۱۷	۱۴	۱۳	۵	۵	۳۴۵	۳۴۵	۹۰۴

جدول ۷: پخش تصویر سوزنی - موجی بر حسب انواع بالینی صرع .

\* تعداد بیماران در جدول ۶ بیش از هزار است زیرا در یک تراسه گاهی بیش از دونوع تصویر وجود دارد و کمپلکس‌های نوک تیز مخلوط با دیگر تصاویر صرع، خاص گراندمال نمی‌باشد .

## ۴- تصویر چند سوزنی موجی:

در تراشه 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 بر حسب نوع صرع نوشته شده است:

تعداد بیماران	انواع صرع	برآوه ژاکسون	حملات نباتی	حملات آکینتیک	حملات تونیک	ابسانس	میوکلونی	گراندمال	جمع بیماران
۲۴۲	-	۳	۵	۲	۲۶	۲۴	۸۸	۱۲۰	۱۲۰

جدول ۸: پخش تصویر چند سوزنی - موجی بر حسب انواع بالینی صرع

## ۵- تصویر چند سوزنی :

در ۲۹ مورد مشاهده شده است که بترتیب شیوع اول در گراندمال سپس در میوکلونی است:

این تصویر متشکل از تک موجهای یک یا دو، یا بطور استثناء

چند فازی است که جمماً ۱۳۷ نفر دارای آن بوده‌اند. از آن

میان ۶۹ نفر تصویر سوزنی آهسته ۲۹۶ نفر سوزنی سریع و ۳۹۶

نفر موج سخت پیشانی داشته‌اند.

## ۵- تصویر گمپلکس‌های نوک تیز نامشخص:

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

۵۵۳ نفر دارای این تصویر بشرط ذیر بوده‌اند:

تعداد بیماران	انواع صرع	برآوه ژاکسون	حملات نباتی	حملات تامپورال	حملات تونیک	حملات آکینتیک	ابسانس	میوکلونی	گراندمال	جمع
۵۵۳	۲	۱۷	۸	۳۶	۵	۲۵	۷۸	۳۸۲	۳۸۲	۵۵۳

جدول ۹: پخش کمپلکس‌های نوک تیز نامشخص بر حسب انواع بالینی صرع.

در آمار 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 و حال آنکه

در موارد ما ۵۵/۳ درصد دارای این تصویر بوده‌اند. البته باید

گفته شود که فقط در ۱۸/۱ درصد بیماران ما این تصویر بطور

پیشانی آهسته منتشر:

این نوع تراشه نیز نسبتاً زیاد است زیرا در فرز ۲۲۷۵ نفر دیده شده است. جدول ۱۰ انواع تصاویر را بر حسب انواع صرع نشان میدهد.

تعداد بیماران	وان بگارت	حملات نباتی	حملات تامپورال	حملات تونیک	حملات آکینتیک	حملات ابسانس	میوکلونی	گراندمال	انواع تصاویر	انواع صرع
انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر	انواع تصاویر
۶۲۰	-	۵	۵	۲	۱۳	۱۴	۱۱۷	۱۱۹	۳۴۵	سوzenی - موجی
۲۴۲	-	۳	-	-	۲	۵	۲۴	۸۸	۱۲۰	چند سوزنی - موجی
۲۹	-	-	-	-	۱۳	-	-	-	۱۶	سریع
۶۹	-	۲	-	-	۳	-	۸	۷	۴۹	آهسته
۳۹	-	۶	-	-	-	-	-	۵	۲۸	سخت پیشانی
۲۹	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۷	چند سوزنی
۵۵۳	-	۱۷	۸	۲	۱	۲	۲	۶	۳۸۲	کمپلکس‌های نوک تیز نامشخص
۲۲۷	۱	۲	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۱۷۰	دیسربیتمی آهسته منتشر

جدول ۱۰: انواع تصاویر بر حسب انواع صرع.

دارد یعنی بهمان نسبت که تراشه خرابتر است نوک تیز ریتم آلفا بیشتر است و بعلاوه فرکانس ریتم آلفا کمتر است.

مشخصات ریتم آلفا بعد از ۴۸ ساعت پر و زحمله:

از این مشخصات که در جدول ۱۲ خلاصه شده است چنین نتیجه میگیریم که در غالب موارد ریتم آلفا نوک تیز، نامنظم و بادمنه بلند بوده و مقدار آن نیز زیاد است ولی با مقایسه با تراشهای ۴۸ ساعت اولیه حمله، فرکانس آن اندکی زیادتر از حالت قبلی است. رویه مرتفعه همانطوریکه از جداول مستفاد میشود ریتم آلفا نزد بیماران صرعی مادر  $62/4$  درصد موارد نامنظم  $58/3$  درصد موارد نوک تیز است که قابل توجه میباشد.

-۳- ریتم بتا: این ریتم در ۷۰ مورد از بیماران موجود داشته و همه این موارد دچار گراندمال بوده اند.

ت- بررسی ریتمهای اصلی مغز و واکنش آنان به عوامل و تحریکات مختلف :

-۱- ریتم آلفا: مشخصات ریتم آلفا از نظر دامنه، شکل، وفور و فرکانس در ۴۸ ساعت اولیه (هر نوع حمله صرعی) و بعد از ۴۸ ساعت، در جداول ۱۱ و ۱۲ خلاصه شده است. درباره چگونگی مشخصات موج آلفا با پر و زحمله صرع باید مذکور شد که این مشخصات در ۴۸ ساعت اولیه حمله بازمان بعد از این ۴۸ ساعت تغییراتی بشرح ذیر نشان میدهد:

مشخصات ریتم آلفا در ۴۸ ساعت اولیه حمله:

بطوریکه از جدول شماره ۱۱ مستفاد میشود تراشهایکه خیلی خراب بوده اند دارای ریتم آلفای نامنظم میباشد. در تراشهای خراب و متوسط نیز نامنظم بودن ریتم آلفا بیشتر از منظم بودن بچشم میخورد. نوک تیزی ریتم آلفا با خرابی تراشه نسبت مستقیم

فرکانس ریتم آلفا : تعداد سیکل در ثانیه																
		دامنه				شكل										
نوع تراشه	تعداد تراشه	کوتاه	بلند	حدود طبیعی	نامنظم	منظم	نوک تیز	وفور	قرینه بودن	۷/۵-۸	۸-۹	۹-۱۰	۱۰-۱۱	۱۱-۱۳		
خیلی خراب	۳۶	۱۵	۲۰	۲۳	-	۲۴	۵	-	۱۲	۱۰	۱۴	۰	-	-		
خراب	۱۱۲	۶	۲۷	۷۹	۶۱	۲۲	۶۱	۲۰	۵	۱۹	۳۰	۳۷	۲۲	۴		
متوسط	۱۱۵	۹	۴۱	۶۵	۶۷	۳۰	۶۷	۱۸	۹	۱۷	۲۹	۳۵	۲۹	۵		
جمع	۲۶۳	۱۶	۸۳	۱۶۴	۱۵۱	۵۲	۱۵۲	۴۳	۱۴	۴۸	۶۹	۸۶	۵۱	۹		

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

فرکانس ریتم آلفا : تعداد سیکل در ثانیه																
		دامنه				شكل										
نوع تراشه	تعداد تراشه	کوتاه	بلند	حدود طبیعی	نامنظم	منظم	نوک تیز	وفور	قرینه بودن	۷/۵-۸	۸-۹	۹-۱۰	۱۰-۱۱	۱۱-۱۳		
خیلی خراب	۳۵۳	۹۱	۲۰۷	۲۳۱	۱۲۲	۲۰۴	۱۱۷	۳۰	۵۴	۷۸	۱۱۴	۸۶	۲۱	۰		
خراب	۶۰	۱	۱۵	۴۴	۳۵	۸	۳۰	۱۳	۳	۱۴	۱۷	۱۵	۱۴	-		
متوسط	۲۲۸	۵۱	۱۳۹	۱۴۲	۶۸	۱۲۸	۷۸	۱۷	۳۱	۲۹	۸۱	۶۹	۱۸			
طبیعی	۹۶	۹	۲۰	۶۷	۶۵	۳۱	۶۹	۲۷	۶	۱۲	۶	۴۵	۲۶	۷		
جمع	۷۳۷			۴۷۳	۴۳۱				۱۱۱	۱۳۰	۲۵۵	۱۹۵	۴۹			

جدول ۱۲: مشخصات موج آلفا بعد از ۴۸ ساعت حمله (هر نوع حمله صرعی)

**۸- اکتیو اسیون با خواب:** ۱۰۸ مورد از بیماران مادرای تراشه در حال خواب بوده‌اند که در ۸۸ تن آنان کم و بیش تصاویر صرعی آشکار شده است.

**نتیجه :**

بررسی هزار مورد صرع در ایران با کمک ماشینهای کامپیوتر اطلاعات جالبی از نظر شیوه انواع این عارضه در مملکت مابدست میدهد بویژه نوع میو کلونی در ایران بسیار شایع‌تر از کشورهای اروپایی غربی و آمریکا است. بعلاوه وفور بعضی تصاویر مانند کپلکس‌های نوک تیز ناشخص از خصوصیات الکترویکی این منطقه است که بطور تفصیل مورد مذاقه قرار گرفته است. باید از ارتکاب به خطا بزرگی که نسبت دادن هر علامت مختص الکترویکی به صرع باشد پرهیز کرد زیرا تشخیص صرع مانند تشخیص اسکیزوفرنی مسئولیت‌های سنگینی در مدت حیات بیمار پدید خواهد آورد.

**۳- ریتم تنفس:** در ۱۴۸ مورد از بیماران بزرگسال بیدار مایاف شده است.

**۴- ریتم دلتا:** در ۳۹۶ مورد از بیماران بزرگسال بیدار ماموج وجود بوده است.

**۵- بررسی واکنش توفیق‌بینائی:** این بررسی روی ۸۹۲ تن بیمار بیدار انجام شد، واکنش مذکور در ۵۰۱ مورد خوب و ۱۹۸ مورد ناکامل و ۷۵۵ مورد ناپایدار و ۱۰۳ مورد مختص ۱۵۵ مورد بی‌جواب بوده است.

**۶- آزمون تنفس عمیق:** در ۹۶ تن از بیماران بیدار عکس العمل مشاهده نشده است و در مابقی واکنش کم و بیش شدید بوده است.

**۷- تحریکات نوری پی‌درپی:** پیدیده تداخل در ۷۱ مورد از بیماران بیدار وجود نداشت و در ۵۴ مورد بسیار شدید و در مابقی کم و بیش برای بعضی فرکانس‌های نوری یافت شده است. روی هم رفته این آزمون در اغلب موارد بیش از آزمون تنفس عمیق، تصاویر پاتولوژیک ظاهر می‌سازد.

**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 classification des épilepsies, in Revue de l' Institut de Neuropsychiatrie, 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, Éléctro-encephalographie clinique, 2 Edition, Paris 1969, Masson P.134-136.
  - 5- FISCHGOLD -H et DREYFUS-BRISAC-C., Savoir interpréter un Électro \_encephalogramme I Vol. Les Editions de visscher. Bruxelles – Paris 1960.
  - 6- GASTAUT-H., Epilepsies, Encyclopédie Medicochirurgicale, Neurologie, Paris 1963. 17045 A10-A40.
  - 7- GASTAUT-H. et REMOND.A., Etude électro – 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 practices; Demographic and medical data, Psychiat. Neurol. Neurochir, 63, 217-236. 1960.
- ۱۶- دکتر جلال بریمانی :** اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران، مجله نظام پزشکی ، ۱۳۵۱ ، سال دوم ، شماره ۶، صفحه ۴۳۰-۴۲۴.