

بررسی انواع صرع در ۱۰۰۵ بیمار در کرمان (۱۳۶۹-۱۳۷۴)

نویسندگان: دکتر حسینعلی ابراهیمی میمند^۱، یدا... نیکیان^۲

خلاصه

صرع از شایعترین بیماریهای سیستم عصبی مرکزی است. شیوع صرع را بین ۵/۰٪ تا ۱۰٪ جمعیت ذکر کرده اند. در کشورهای در حال توسعه صرع یکی از مسائل مهم بهداشتی است. فراوانی انواع صرع همراه توزیع سنی و جنسی می باشد. با توجه به ارقام بالا حداقل ۱۰۰۰۰ نفر مبتلا به صرع در استان کرمان وجود دارد، که ۱۰۰۵ مورد آنها به سرویس اعصاب مرکز پزشکی شماره ۲ دانشکده پزشکی کرمان مراجعه و هدف از این مطالعه تعیین فراوانی انواع صرع، توزیع سنی و جنسی است. دسته بندی انواع صرع بر اساس تقسیم بندی بین المللی صرع مصوب ۱۹۸۱ میلادی صورت گرفته است.

در این بررسی ۵۰٪ موارد ژنرالیزه که عمدتاً از نوع تونیک - کلونیک، تونیک و یا کلونیک است و بقیه صرع کوچک، سندرم لنوکس - گاستو، میوکلونوس جوانان، اتونیک و اسپاسم شیرخواران می باشند. ۴۳٪ موارد از گروه صرع های کانونی هستند که عمدتاً از نوع کانونی مرکب Partial complex Seizures و انواع دیگر کانونی ساده می باشند. گروه سوم سندرمهای ویژه صرعی است که عمدتاً از نوع تب - تشنج می باشند. شایعترین سن وقوع صرع پس از سال اول و دوم در نیمه اول دهه دوم عمر است که در زن و مرد تفاوتی ندارد، کلاً ۶۰٪ موارد این نوع صرع در آقایان و ۴۰٪ در خانمهاست.

کلید واژه: صرع، بررسی انواع صرع، کرمان.

مقدمه:

صرع عبارت است از اختلال متناوب، ناگهانی و شدید سیستم عصبی ناشی از تخلیه نابهنجار الکتریکی نورونهای مغزی. این تخلیه منجر به احساس خودبخودی اختلال حسی، از بین رفتن هوشیاری، اختلال فعالیت روانی، حرکات تشنجی و یا مجموعه ای از این حالات می شود (۱).

صرع از قدیمی ترین بیماریهایی است که بشر شناخته است. در کتاب مجموعه بقراطی و کتاب سوم، گفتار چهارم، فصل چهارم قانون در طب ابن سینا بطور جامع بحث شده و آن را ناشی از اختلال کار مغز دانسته است (۲). تعریفی که از صرع شد، ریشه در تعریف Houghling Jackson دارد که اولین تعریف را از صرع در پزشکی نوین ارائه کرده است.

بتدریج با پیشرفت دانش پزشکی و کشف دستگاه نوار مغزی توسط برگر (Berger) در سال ۱۹۲۹ دانش شناخت صرع وسعت پیدا کرد و اختلالات دیگری هم زیر عنوان صرع قرار گرفت (۳).

صرع یک مسئله مهم بهداشتی در کشورهای در حال پیشرفت است و شیوعی تا ۵۷ در ۱۰۰۰ دارد (۴). در کشورهای جهان سوم ارقام فرق

۱- دانشیار بیماریهای مغز و اعصاب - دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

می کند، در هندی های گوامی ۲۲ در ۱۰۰۰ (۵)، و در تونس ۴/۰۴ در ۱۰۰۰ گزارش شده است (۶).

روش کار:

مواردی MRI و آتزیوگرافی مغز جهت بررسی ضایعات احتمالی انجام شد. نوار مغز بیماران با یک دستگاه مشابه برای همه بیماران گرفته شد.

نتایج معاینات بالینی، نوارمغزی و سایر اقدامات پاراکلینیک در فرمهای مخصوص ثبت گردید.

یافته های بالا بر اساس تقسیم بندی بین المللی ۱۹۸۱ میلادی صرع که به تصویب انجمن جهانی صرع رسیده است، دسته بندی گردید.

صرع های ژنرالیزه در این بررسی به مواردی اطلاق می شود که در آنها هیچ علامت کانوینی دیده نشده باشد و از ابتدای حمله صرعی همراه

در این مطالعه از سال ۱۳۶۹ لغایت ۱۳۷۴ مراجعین به سرویس اعصاب که علائم و نشانه های صرعی را دارا بودند مورد بررسی قرار گرفتند. از بین این مراجعین ۱۰۰۵ بیمار مبتلا به صرع توسط شرح حال، معاینه بالینی که چند بار تکرار شده و در صورت لزوم بستری و مورد مشاوره سایر پزشکان قرار گرفته، و نوار مغزی آنها غیرطبیعی بوده که مؤید صرع و یا زمینه صرعی است، شناسایی شدند. برای تمام بیماران سی تی اسکن مغزی و آزمایشات لازم جاری بخصوص از نظر قندخون، کلسیم و در

صرع از شایعترین بیماریهای سیستم عصبی مرکزی است و بر اساس مطالعات انجام شده ۱٪ مردم دنیا (۷) و در مطالعه دیگری ۵/۰٪ افراد جهان (۸) به صرع مبتلا هستند. تقریباً ۶٪ مردم حداقل یک مرتبه تشنج را در زندگی داشته اند (۹). در بررسی دیگری نشان داده شده است بین ۲/۸٪-۹/۸٪ کودکان زیر ۵ سال حداقل یک بار صرع و یا یک حمله صرعی را تجربه کرده اند (۱۰). با توجه به جمعیت استان کرمان باید حداقل ۱۰۰۰۰ مصروع وجود داشته باشد.

صرع اشکال و علل مختلفی دارد، در هر سن خاصی نوعی از صرع شیوع بیشتری دارد. به علت اشکال متعدد صرع و همچنین علل متعدد آن همیشه اشکالات جدی در دسته بندی وجود داشته و دارد. ابتدا انواع صرع را به دو دسته تقسیم کردند؛ اولیه و ثانویه که از نظر بالینی مشکلات بیماران را پاسخگو نبود. سرانجام با مجموعه ای از یافته های بالینی و نوار مغزی به دسته بندی نسبتاً جامعی رسیدند، که به تقسیم بندی بین المللی صرع International classification of epileptic seizures معروف است. این تقسیم بندی هم هر چند گاه دستخوش اصلاحات شده است. تقسیم بندی که در این بررسی مورد استفاده قرار گرفته است، تقسیم بندی سال ۱۹۸۱ میلادی است. دسته بندی صرع این اجازه را به پزشکان برای بررسی و درمان می دهد که از سرعت و دقت بیشتری برخوردار گردند. انواع صرع از نظر شناخت نوع، عوامل ایجاد کننده، عوامل زمینه ساز، پیشگیری و درمان با هم تفاوت دارند. شناخت این موضوعات می تواند راه گشای درمانی و پیشگیری مناسبی باشند.

۱- تونیک، کلونیک، تونیک، کلونیک	۴۴/۵٪	ژنرالیزه ۵۰٪
۲- صرع کوچک	۰/۷٪	
۳- سندرم لنوکس - گاستو	۱/۱٪	
۴- میوکلونوس جوانان	۰/۱٪	
۵- اسپاسم شیرخواران	۱٪	
۶- اتونیک	۲/۴٪	
۱- حرکتی	۱٪	ساده
۲- سوماتوسنسوری	۰/۴٪	
۳- ورسیو	۰/۲٪	
۱- ساده که سپس ژنرالیزه شده	۰/۶/۷	کانوینی ۴۴٪
۲- پاره صرع مرکب	۳۵/۵٪	
۳- ژلاستیک	۰/۲٪	
۴- غیب	۰/۱٪	
۱- ورتیژنوس	۰/۱٪	سندرم های ویژه صرعی ۶٪
۲- مخچه ای	۰/۱٪	
۳- هیستریک	۰/۱٪	
۴- تب - تشنج	۵/۶٪	

جدول شماره ۱: دسته بندی انواع صرع

تشخیص	جنس	
	مرد	زن
تونیک - کلونیک اولیه	۵۹٪	۴۱٪
تونیک - کلونیک ثانویه	۶۴٪	۳۶٪
پاره صرع مرکب	۶۳٪	۳۷٪
صرع ساده حرکتی	۳۶٪	۶۴٪
ساده با ژنرالیزه شدن	۶۹٪	۳۱٪
ساده سوماتوسنسوری	۳۳٪	۶۷٪
صرع کوچک	۲۹٪	۷۱٪
سندرم لتوکس - گاستو	۸۲٪	۱۸٪
اسپاسم شیرخواران	۳۰٪	۷۰٪
اتونیک	۵۶٪	۴۴٪
تب - تشنج	۶۴٪	۳۶٪
جمع	۶۰٪	۴۰٪

جدول شماره (۲) توزیع درصد بیماران بر حسب نوع صرع و به تفکیک جنس

بین المللی صرع معروف است. هر چند این تقسیم بندی هم دستخوش تغییرات قرار گرفته است (۱). جامع ترین این تقسیم بندی در سال ۱۹۸۱ میلادی صورت گرفت که اساس این بررسی هم بر این است.

در یک مطالعه انجام شده، ۴۳٪ ژنرالیزه و بقیه دسته بندی نشده هستند. شایع ترین نوع ژنرالیزه تونیک، کلونیک و تونیک - کلونیک هستند که ۲۷٪ تمام موارد صرع را تشکیل داده، در آقایان نسبت به

بیهوشی باشد. صرع های کانونی به دو دسته اصلی ساده و مرکب تقسیم شده است که در جدولهای مربوطه همراه درصد فراوانی انواع شناخته شده در این بررسی آمده است.

دسته سوم سندرم های ویژه صرعی است، به مواردی که در این مطالعه برخورد شده شرح داده شده است. در این گروه دسته ای از بیماران تب - تشنج قرار دارد که از نوع مرکب است، و شکل حملات تونیک، کلونیک، و یا تونیک - کلونیک است.

انواع صرع از نظر درصد نسبی تمام موارد صرعا و همچنین درصد نسبی در گروه مربوطه، توزیع سنی، توزیع جنسی مشخص گردیده، و در جدول های مربوطه درج شده است. با استفاده از نرم افزارهای رایانه ای Epi info با روشهای آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

بحث:

دسته بندی های مختلفی بر اساس یافته های بالینی، نوار مغزی و سایر علل پاتوفیزیولوژیک ایجاد کننده صرع انجام پذیرفته است. ابتدا صرع ها را به دو دسته، اولیه که هیچ علتی را برای آن نمی توانستند پیدا کنند و ثانویه که برای آن علتی را پیدا می کردند تقسیم کردند (۱۰). تقسیم بندی دیگری صرع ها را فقط بر اساس یافته های بالینی و با تصور اینکه منشأ ایجاد در قسمتهای مرکزی مغز است و یا در قسمتهای قشری، به مرکزی و قشری تقسیم کرد. این تقسیم بندی ها پاسخ گوی مسائل تشخیص و درمانی نبود. لذا انجمن جهانی صرع بر اساس یافته های بالینی و نوار مغزی ابتدا انواع صرع را به سه دسته ژنرالیزه، کانون و سندرمهای ویژه صرعی تقسیم کرده، سپس هر دسته زیر گروههای متعددی را شامل می شود که به تقسیم بندی

(۱۲)، در زنان نسبت به آقایان بیشتر دیده می شود (۷). در بررسی انجام شده ۰/۷٪ تمام موارد صرع و همچنین بیش از ۱٪ صرع در کودکان زیر ۱۲ سال از این نوع است (جدول شماره ۱)، و ۷۰٪ این موارد در دخترها است، ولی تعداد موارد در بررسی انجام شده کم است (جدول شماره ۲)، سن شیوع بیماران صرع کوچک در این مطالعه بین ۷-۱۱ سالگی است. در این بررسی اختلاف معنی داری با سایر منابع دیگر به چشم نمی خورد.

۵۲٪ تمام موارد صرع در بررسی های انجام شده شامل صرع های کانونی است (۷)، ولی در این بررسی ۴۴٪ تمام موارد را تشکیل داده است (جدول شماره ۱). صرع های کانونی به دو دسته تقسیم می شوند.

دسته اول صرع های کانونی ساده که به چند دسته فرعی از قبیل حرکتی، حسی، احشائی، خودکار و روانی تقسیم شده است. در این مطالعه ۱/۷٪ تمام موارد صرع را تشکیل دادند

خانمها بیشتر است (۷) و در مطالعه دیگری صرع های ژنرالیزه اولیه را برای تمام سنین ۲۸/۴٪ آورده است (۸).

در این مطالعه ۵۰٪ تمام موارد از گروه صرعهای ژنرالیزه اولیه است که ۴۴/۵٪ کل موارد را نوع تونیک - کلونیک تشکیل داده است. سه چهارم موارد زیر سنین ۲۰ سالگی حملات صرعی آنها بروز کرده که بیشترین موارد صرع تونیک - کلونیک در سال اول و دوم زندگی و پس از این در دهه دوم زندگی (دوره نوجوانی) است (جدول شماره ۳ و ۴). ۶۰٪ موارد مرد و ۴۰٪ موارد زن می باشند (جدول شماره ۲) که احتمالاً این افزایش ناشی از ضربه های مغزی است که در آقایان بیشتر است. صرع ژنرالیزه کوچک به دو شکل ساده و مرکب دیده می شود. این نوع صرع شیوع نسبتاً کمی دارد و تقریباً ۱٪ موارد صرع را در کودکان تشکیل می دهد (۱۰). وقوع سالانه صرع غیب تنها را ۶/۳ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد کرده اند

(جدول شماره ۱) بطوریکه ۷۶٪ موارد از نوع حرکتی و بقیه موارد از انواع غیر حرکتی می باشند. تشخیص این دسته از صرع ها بعلت عدم تفکیک آنها از اختلالات روانی براحتی امکان پذیر نیست. نوار مغزی در اکثر موارد نمی تواند کمک بکند. در مورد صرع ساده حرکتی نوار مغزی که با الکتروود سطحی از روی پوست سر گرفته می شود در ۶۷٪ موارد تأیید کننده نیست و در مورد صرع های ساده غیر حرکتی در ۸۵٪ موارد نمی تواند برای تشخیص کمک کننده باشد. برای بررسی این دسته لازم است از نوار مغزی که توسط الکترودهایی که زیر پرده سخت شامه مغز تعبیه می شود استفاده کرد (۱۰). لذا شیوع واقعی این دسته از صرع ها در بررسی که انجام شده بدرستی روشن نیست.

دسته دوم صرع های مرکب که با اختلال

هوشیاری همراه بوده و در برخی آمارها بیشترین شیوع را دارد، تا ۵۲٪ تمام موارد صرع گزارش شده است (۷) و در بررسی حاضر ۴۲/۵٪ تمام موارد صرع را تشکیل می دهد. شایع ترین نوع صرع این دسته تونیک - کلونیک می باشد که ۲۵٪ تمام موارد صرع را تشکیل داده است (جدول شماره ۱). منظور از صرع تونیک - کلونیک، مواردی است که شکل بالینی تونیک - کلونیک همراه اوراء، یافته های کانونی در نوار مغزی و یا علائم کانونی پس از حمله صرعی داشته است. توزیع جنسی در این نوع صرع مشابه تونیک - کلونیک اولیه است (جدول شماره ۲). توزیع سنی نیز از آن در ۴۵٪ موارد در دهه اول زندگی است ولی در صرع تونیک - کلونیک اولیه ۳۶/۵٪ است (جدول شماره ۳)، و در سالهای اولیه زندگی (زیر سه سال) شیوع نسبتاً کمتری دارد. در این بررسی ۶۳٪ صرع های

تونیک - کلونیک از نوع اولیه است، ولی در بررسی دیگری که انجام شده ۴۰٪ موارد از نوع اولیه گزارش شده است (۱۰). نوع دیگر صرع کانونی مرکب که به شکل حرکتی تونیک - کلونیک نبوده و مجموعاً ۱۰/۵٪ تمام موارد صرع را تشکیل داده است (جدول شماره ۱). توزیع جنسی مشابه انواع کلی صرع است (جدول شماره ۲). توزیع سنی ۵۶٪ موارد در دهه اول زندگی است (جدول شماره ۳). دسته سوم، صرع های کانونی که بطور ثانویه ژنرالیزه شده و ۶/۷٪ تمام موارد را در این بررسی تشکیل داده است (جدول شماره ۱). در ۴۲/۵٪ موارد شروع در دهه اول عمر است (جدول شماره ۳). از نظر جنس ۶۹٪ موارد در آقایان است (جدول شماره ۲).

سندرم های ویژه صرعی انواع متعددی هستند که در هیچ کدام از گروه های فوق قرار

سن شروع نوع صرع	یک سال	دو سال	دهه اول	دهه دوم	دهه سوم	دهه چهارم	دهه پنجم	دهه ششم
تونیک - کلونیک اولیه	۶/۷	۵/۹	۴۰	۳۲/۶	۱۵	۷/۴	۲	۳
تونیک - کلونیک ثانویه	۱۳	۴/۴	۴۵/۱	۲۹	۸/۴	۹/۱	۴	۴/۴
پاره صرع مرکب	۴/۸	۳/۸	۵۶/۲	۲۵/۷	۹/۵	۳/۸	۳/۸	۱
صرع ساده حرکتی	۱۰	-	۴۵/۴	-	۱۸/۲	۱۸/۲	-	۱۸/۲
ساده با ژنرالیزه شدن	۱۳	۲/۹	۴۲/۷	۱۶	۱۶	۱۰/۳	۳	۱۲
ساده سوماتوسنسوری	-	-	۳۳	۵۰	-	۱۷	-	-
صرع کوچک	۱۴/۳	-	۷۱/۴	۲۸/۶	-	-	-	-
سندرم لنوکس - گاستو	۵۴/۵	-	۹۱	۹	-	-	-	-
اسپاسم شیرخواران	۸۰	۱۰	۱۰۰	-	-	-	-	-
اتونیک	۲۲	-	۶۱	۲۸	۱۱	-	-	-
تشنج ناشی از تب	۱۸	۲۹	۹۴/۶	-	۱/۸	۱/۸	۱/۸	-

جدول شماره (۳) توزیع درصد بیماران بر حسب سن

مورد Vertigenous Epilepsy و یک مورد Hysterical را می توان نام برد. در این مورد بیمارانی که کاملاً هیستری شناخته شدند حذف گردیده است. مورد گزارش شده همراه تغییرات نوار مغزی به نفع صرع بوده است.

است. سن شروع این نوع در ۹۵٪ موارد در دهه اول زندگی است (جدول شماره ۳) و ۵٪ بقیه احتمالاً بیمارانی هستند که در شرایط عادی متوجه حملات نشده اند و در واقع افراد مصروع هستند. این صرع هم در ۶۴٪ موارد در مردها دیده شد (جدول شماره ۲). سندرم های دیگری که مشاهده شده یک مورد Cerebellar fit ، یک

نمی گیرند. از همه مهمتر در این گروه تب - تشنج ساده است که در این بررسی نیامده است. فقط مواردی که بیش از ۲ بار تکرار شده و یا نوار مغزی آنها مؤید حملات صرعی است (تب - تشنج) مورد توجه قرار گرفته که ۵/۵٪ تمام موارد را تشکیل داده (جدول شماره ۱) و شکل تونیک، کلونیک و یا تونیک - کلونیک



REFERENCES:

- 1- Adams & Victor. *Principles of Neurology*. McGraw-Hill Inc., 1993, pp.273.
- ۲ - ابن سینا، قانون در طب ترجمه عبدالرحمن شرفکندی. کتاب سوم، گفتار چهارم، فصل چهارم. انتشارات سروش، تجدید چاپ سال ۱۳۷۰، صفحات ۱۴۴-۱۴۶.
- 3- Bannister, *Brain's Clinical Neurology*. Oxford University Press. 1992, pp. 186.
- 4- Senanayake N., Roman G. C., Epidemiology of Epilepsy in developing countries. *Bull. World. Health organ.*, 1993, 71: 247-58.
- 5- Gracia F., Epidemiology of Epilepsy in Guaymi Indian from Bocas del Torto province, Republic of panama. *Epilepsia*, 1990, 31: 718-23.
- 6- Attia-Romdhane N., Mrabet A., Benhamida M., Prevalence of Epilepsy in Kelibia, Tunisia. *Epilepsia*, 1993, 34: 1028-32.
- 7- Lewis P. Rowland, *Merritt's Textbook*
- 8- Ernest Nidermeyer, *The Epilepsies*. Urban & Schwarzenberg. 1990, pp. 205.
- 9- So-NK., Recurrence, remission, and relapse of seizures. *Cleve. Clin. J. Med.*, 1993, 60:439-44.
- 10- Swash & Oxbury, *Clinical Neurology*, Churchill Livingstone. 1991, pp.233
- 11- Prevalance of self-reported epilepsy, United state, 1989-1990. *MMWR Morb-Mortal Weekly Rep.*, 1994, 43: 810-1, 817-8.
- 12- Olsson I., Epidemilogy of absence epilepsy. *Acta. paediatr. Scand.*, 1988, 77:860-of 66.