

حمله کوچک صرعی (۱)

نگارش

دکتر صادق صبا

احمد خسر و شاهنی

رئیس بخش وابسته مغز و پی دانشکده پزشکی
انترن بخش مغز و پی
حمله کوچک نوعی از تظاهرات بالینی صرع است که از حمله بزرگ (۲) کاملاً متفاوت است و اگر چه ممکن است حرکات تشنجی خفیفی در آن دیده شود ولی هیچوقت مراحل تونیک و کلونیک و مرحله اغمای حملات بزرگ را ندارد.

امروز بسیاری از نوروفیزیولوژیست‌ها معتقدند که حملات کوچک شامل عده‌ای از معادلات صرعی سابق نیز میباشند و با آنکه انواع حملات صرعی کوچک تظاهرات کلینیکی مختلف دارند لیکن از نظر آنکه انیولژی واحد و منظره الکترو آنسفالو-گرافیک مشترک داشته و با درمان خاص بهبودی مییابند آنها را زیر عنوان مشترک پتی مال (۳) قرار میدهند.

این حملات بسیار ناگهانی و کوتاه بوده و مدت آنها ۳ تا ۱۵ ثانیه و حداکثر بیش از ۳۰ ثانیه طول نمیکشد و با آنکه از جهات بالا با حملات بزرگ اختلاف دارند ولی از همین صفت اخیر برای نامگذاری آنها استفاده شده است.

اشکال بالینی :

۱- بی خبری (۴) : صفت اصلی آن از بین رفتن کونسیانس (۵) است یعنی در مدتی کمتر از ۳۰ ثانیه بیمار از خود بی خبر و دچار «غیبت» (۶) میشود و این حالت ممکن است چندین بار در روز تکرار شود. در هنگام این حملات کودک نگاهی مبهم و بدون معنی دارد و با جواب نمیدهد اگر بکاری مشغول بود مثلاً اگر حرف میزد یا چیزی مینوشت کارش متوقف میشود اطرافیان او ممکن است این حال را حمل بر عطف توجه او بجای

۱ - Petit mal épileptique

۳ - Petit mal

۵ - Conscience

۲ - grand mal

۴ - Pycnolepsie

۶ - Absence

دیگر بنمایند بیمار هم بوضع خود پی نمیرد و خاطره‌ای از آن مدت ندارد و احساسی هم از آن نمیکند ولی تدریجاً گذشت زمان را بواسطه نداشتن خاطره درک میکنند. اخیراً دختر ۱۲ ساله در بخش اعصاب بیمارستان بستری بود که در روز ۵ تا ۶ بار دچار اینحالت میشد.

۲- اتوماتیسم (۱): بی‌خبری بیمار از خود گاهی با تظاهرات خودکار حرکتی از قبیل حرکات کره چشم بشکل گردش، (۲) یا بسقف افتادن چشم‌ها همراه است گاهی نیز اتوماتیسم‌های ساده از قبیل راه رفتن یا کلماتی گفتن ممکن است با آن همراه باشد ولی اتوماتیسم‌های کومپلکس مانند خواندن و نوشتن در هنگام بیدایش این حمله متوقف میشوند.

پوفیلد (۳) داستان کودکی را شرح میدهد که در کلاس هنگام خواندن قطعه‌ئی از محفوظاتش دچار آبسانس (۴) شده است این طفل در هنگام حمله خود کلام خود را ادامه میداد ولی وقتی بخود باز میگشته متوجه شده است که قسمتی دیگر غیر از آنچه بخاطر داشته میخوانده است و خاطره‌ای از متن محفوظات خود که در هنگام آبسانس پس میداده نداشته است.

۳- ماهیچه تکانی: که از سایر میوکلونی‌های و بیماری‌ها و نوریشته (۵) بخوبی تمیز داده میشود زیرا تکانها کوتاه و منظم هستند و تکانهای اندام فقط در دستها و صورت بشکل قرینه و بسیار سریع ظاهر میشوند معمولاً پلکها و انگشتان و ساعد هم زمان باهم دچار تکانهای ریتمیک (۶) میگردند این حرکات سه بار در نوبت تکرار میگردد بطوریکه باتیک فرق دارند ناگهانی بودن این تکانها سبب افتادن و یا پرت کردن جسمی که در دست بیمار است میشود ماهیچه تکانی غالباً با آبسانس همراه است.

۴- فقدان تنوس ماهیچه: این حملات که گاهی بنام آکینزی (۷) خوانده میشوند در نتیجه از بین رفتن ناگهانی تنوس در قسمتی از اندامها حاصل میشود مثلاً طفل ناگهانی

۱ - Automatismes

۲ - Roulement

۳ - Peufield

۴ - absence

۵ - Uuvericht

۶ - Rhythmique

۷ - Akinésie

سرش پائین میافتد « تیک دو سلام (۱) کلاسیک‌ها » یا اگر چیزی در دست دارد رها می‌شود. فقدان ناگهانی تنوس در پاها گاهی سبب می‌شود که بچه ناگهانی سقوط می‌کند و طفلی که ایستاده یا راه می‌رود دفعتاً پاهایش مثل فانوس تا می‌شوند در حقیقت تنوس دوپوستور (۲) بطور ناگهانی از بین می‌رود گاهی سر طفل روی سینه‌اش میافتد یا زانوهایش مثل تیغه چاقو خم می‌شوند و بیمار را نقش زمین می‌سازد و با تمام وزن خود سقوط می‌کند. مدت حمله گاهی بقدری کوتاه است که گاهی شناسائی بیمار و بیخبری او قبل از افتادن بزین باز میگردند و طفل دوباره ببازی و دویدن میپردازد این حال چندین بار در روز ممکن است اتفاق افتد. طفلی که بمانراجه کرده بود در حالی که پدرش دست او را محکم در دست داشت چندین بار زانوهایش ناگهانی تامی‌شد و چشم‌پایش از حالت طبیعی میرفت و پشت میز مخفی بود و بعد از لحظه‌ئی دوباره بی کمک پدر پیامیخواست.

۵- تظاهرات و ژتاتیو: گاهی همراه با فقدان ناگهانی کونسیانس بیمار رنگش میپرد یا قرمز می‌شود عرق می‌کند برخی اوقات طفل چشمش سیاه می‌رود یا سرش گیج می‌خورد یا استفراغ می‌کند روی هم رفته کودک این قبیل از حال و هوش رفتن و از خود بیخود شدن را مثل سالمندان بگرفتن قلب تعبیر می‌کند. فقدان موقتی کونسیانس گاهی بقدری سریع است که ناشناخته می‌گذرد گاهی احساس خفگی و فشاری در روی شکم می‌کند که با استفراغ منجر می‌گردد پرفسور روزه (۳) شرح حال کودکی را بدین طریق می‌دهد: نزد کودکی حمله پتی مال (۴) منحصر بدین وضع بود که طفل از بازی کردن باز می‌ایستاد و از قلبش مینالید و استفراغ می‌کرد و فوری ببازی می‌پرداخت و مجموعه این احوال از ۲۰ تا ۳۰ ثانیه تجاوز نمی‌کرد.

عوامل مؤثر در پیدایش حمله

در پیدایش حملات صرعی کوچک عوامل زیر مؤثرند:

۱- عوامل هیجانی و روانی - از قبیل ترس، اضطراب، غصه و خشم

۱- Tic de Salaam

۲- Tonus de posture

۳- Roger

۴- Petit mal

- ۲- تحریکات اعضای حس - صدای ناگهانی مانند بهم خوردن در، تحریکات نورانی مانند تماشای آتش بازی. سواری در اتومبیل و گذشتن سریع از برابر چراغها. یکی از بیماران مابا حرکت دادن انگشتان باز خود بین چشم هایش و آفتاب میتوانست حملات خود را ایجاد نماید ا پی لپی فتوژنیک (۱)
- ۳- هنگام بخواب رفتن در قایق قبل از بیدار شدن
- ۴- موقع گرسنگی (هیپوگلیسمی)
- ۵- عوامل آندو کرین و هورمونی از قبیل تغییرات در میزان قند خون و پیدایش حمله در روزهای قبل از قاعدگی یا ایام بلوغ در پسران .
- ۶- میزان آب و نمک در بدن و احتیاس آب در روزهای قبل از قاعدگی
- ۷- میزان اسید کر بنیک و اکسیژن در خون خواه در نتیجه مسمومیت با کر بن و خواه بر اثر کارهای بدنی خسته کننده که سبب آلکالوز مغزی میشوند .

پیشرفت :

اشکال بالینی حملات کوچک صرع هیچوقت تنها دیده نمیشوند و نزد کودکان همیشه ترکیبی از حالات توأم آیدد میشود . از نظر پیشرفت ممکن است تغییرات زیر در آنها دیده شود :

- ۱- گاهی حملات متوقف شده و بعد از مدتی دوباره ظاهر میگردد .
- ۲- گاهی حملات بخودی خود و بدون هیچ درمانی تا سن بلوغ تمام شده و دیگر بیمار بهبودی مییابد .
- ۳- اغلب اوقات حمله کوچک با حمله بزرگ توأم شده و بتناوب نزد کودک ظاهر میگردد تا آنکه بالاخره بحملات بزرگ تبدیل میشود .
- اتیولوژی : این حملات که بنامهای اسانسیل (۲) و ایدیوپاتیك (۳) نامیده میشوند اغلب ساختمانی و موروثی هستند و امروزه بنای پیدایش این حملات را در ماده مشبکی از دیانسفال و ساقه مغز میدانند که اولین مرتبه در سالهای ۱۹۴۶ و ۱۹۴۷ دو دانشمند آلمانی بنام ماگون (۴) و موروزی (۵) شناختند و آنرا بنام

۱- Epilepsie photogénique ۲- Essentielle

۳- Idiopathique ۴- Magoun ۵- Morruzi

سیستم رتیکوله آکتیو اتور آساندان (۱) نامیدند. در سال ۱۹۴۸ نیز یاسپر (۲) ارتباط این ساختمان دیانسفالیک را با قشر مغز ثابت نمود و چون این ماده با تمام قسمت‌های سطحی کور تکس ارتباط دارد آنرا سوستانس دو پروژ کسیون دیفوز (۳) نامید. تفتیشات مکرر ثابت نمود که ماده مزبور از زیر بولب (۴) شروع شده تا اطراف تالاموس بالامیرود و هر قسمت از آنرا اگر بوسائل الکتریکی تحریک کنند نشانه الکتریکی ثابت و معینی را از تمام قسمت‌های قشری مغز میتوان ثبت نمود.

پوفلید (۵) بزرگترین متخصص صرع شناس امریکائی که بیش از چهل سال تجربه به مطالعه دارد ثابت نمود که بعلاوه ارتباط این ماده با تمام قسمت‌های قشری مغز هر وقت در ماده مزبور تحریکی بعلاوه فیزیکی یا بیوشیمیکی یا هورمال بعمل آید «آبسانس» (۶) ایجاد میگردد.

گری و القری (۷) که برای جاشناسی تو مرهای مغزی بطریقه الکترو آنسفالوگرافی قوانینی نوشته است نیز ثابت نموده که اگر تحریکی در ماده دیانسفال ایجاد کنیم جهت امواجی که از این تحریک در ساقه مغز و قشر مخ ثبت میشوند مخالف یکدیگر است و باین طریق نتیجه میگیرد که کانون پیدایش این حملات در قسمت مرکزی مغز است و حملات صرعی کوچک را کریزسانتروسفالیک (۸) مینامد.

تحقیقات بعدی این دانشمندان ثابت نموده که ماده رتیکوله مزبور علاوه بر این در کار پیدایش خواب و اغما، دخالت میکند معتقدند که این ماده نقش اصلی کنسیانس (۹) را بعهده دارد.

الکترو آنسفالوگرافی: در مطالعه فعالیت الکتریکی سلولهای قشری ثابت شده که در تمام اشکال حملات صرعی کوچک رتیم عادی مغزی ناگهانی تغییر کرده و جای خود را بر رتیم خاصی بشکل نقطه و یک موج بطئی میدهد (۱۰) که این مجموعه سه بار در ثانیه در تمام نقاط قشری بشکل قرینه و همزمان باهم تکرار و ترسیم میگردد.

۱- Système réticulé activateur ascendant

۲- Jasper

۳- Substance de projection diffuse

۴- Bulbe

۵- Peufield

۶- absence

۷- Grey Walter

۸- crises centrencephaliques

۹- Conscience

۱۰- Pointe-Onde

باید دانست که از نظر الکتریکی صرع را یک تغییر ریتم ناگهانی مغزی (۱) میدانند و اختلاف ریتم مغزی در حملات بزرگ و کوچک ارزش تشخیص دارد. برای تشخیص انواع حملات صرعی از عواملی که برای پیدایش این حملات تأثیر دارند میتوان استفاده نمود و با اصطلاح آنها را آکتیو (۲) نمود برای اینکار از وسائلی که برای تحریکات نورانی یا سمعی متناوب موجود است استفاده میشود و در همین مورد است که با آکتیواسیون (۳) های مزبور ریتم مشخص صرع کوچک قبل از آنکه تظاهرات بالینی ایجاد شود در روی الکتروانسفالوگرام رسم میگردد و در حقیقت حملات انفراکلینیک (۴) ثبت میشوند.

نتیجه

پتی مال (۵) حالت صرعی خاصی است که شخصیت مرضی آن از چندین جهت متمایز است:

- ۱- بیماری خاص دوران کودکی است
- ۲- اشکال بالینی آن با تظاهرات مختلف بی خبری، اتوماتیسم، ماهیچه تکانی فقدان ناگهانی تنوس و حالات و ژتاتیف یا ترکیب آنها دیده میشود.
- ۳- نشانه الکتروانسفالوگرافیک خاص بشکل نقطه و موج (۶) قرینه درد و نیمکره همزمان و با ریتم سه بار در ثانیه دارد.
- ۴- محل پیدایش و شروع امواج مرضی در ماده مشبک دیانسفال و ساقه مغز است.
- ۵- تمام حالات صرعی کوچک با درمان واحدی بوسیله اکزازولیدین (۷) بهبود مییابند:

۱- dysrythmie cérébrale paroxystique

۲- activé

۳- activation

۴- Infraclinique

۵- Petit mal

۶- Pointe-Onde

۷- oxazolidine

Bibliographie

- Brain and Straeess: Recent advances in Neurology and psychiatry
 Breucer: Les Bases physiologiques de l'EEG
 Gastaud: Epilepsie photogène
 Grey Walter et Schwal :EEG. Epilepsie
 Gibbs et Gibbs: atlas d'GEE.
 Peufield et Jasper: Epilepsy and the fonctional anatomy of the human
 brains
 Roger Paéllais: Les epilepsies
 Journal International d'EEg et de Neurophysiologie clinique Fev. 1949
 IVe— Congrès international de Neurologie Sep. 1949