

مقایسه درمان تشنج ناشی از تروما به جمجمه مجرورمین جنگ ایران و عراق با بزرگسالان مبتلا به صرع ایدئوپاتیک در استان چهارمحال و بختیاری

دکتر محمود غلامرضا میرزائی*، حسن پالاهنگ**، فاطمه دریس***

چکیده:

علیرغم مطالعات انجام شده در خصوص آسیبهای ناشی از ترومای به جمجمه، میزان بروز واقعی تشنجات ناشی از آن مشخص نیست و در رابطه با درمان دارویی و کنترل تشنج این بیماران بحثهای زیادی وجود دارد. هدف این پژوهش مقایسه درمان دارویی در صرع ایدئوپاتیک و صرع متعاقب ترومای ناشی از جنگ می باشد. به همین منظور کلیه جانبازانی که به تشنج متعاقب تروما مبتلا بودند به عنوان گروه مورد انتخاب شدند (N=50). برای مقایسه نتایج، ۵۰ نفر از بیماران بزرگسال مرد مبتلا به صرع اولیه (Idiopathic) در استان به طور تصادفی انتخاب گردید (گروه شاهد). سپس با استفاده از پرسشنامه، اطلاعات مورد نیاز مربوط به دو گروه به دست آمد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که میزان اشتغال در مصروعین ایدئوپاتیک ۶۰٪ و در مصروعین متعاقب تروما ۴۴٪ است و شروع درمان تک دارویی در مصروعین ایدئوپاتیک ۹۴٪ و در مصروعین متعاقب تروما ۸۰٪ بود. در ۳۶/۴٪ گروه شاهد و در ۶۰٪ گروه مورد پس از کاهش مقدار دارو، تشنج رخ داده است و بعد از قطع دارو در ۵۰٪ از گروه شاهد و ۳۳/۴٪ از گروه مورد تشنج اتفاق افتاد. نتایج این مطالعه نشان داد که مراقبت دارویی در مصروعین متعاقب تروما در استان در سطح نسبتاً قابل قبولی قرار دارد و با توجه به اینکه در قطع دارو برگشت حملات اپی لپسی در مجروحین کمتر اتفاق افتاده، احتمالاً به دلیل توجه بیشتر پزشک در این بیماران نسبت به صرع ایدئوپاتیک بوده است. همچنین نظر به بهبودی قابل قبول این بیماران و برای کمک به باز توانی آنها لازم است تا نگرش و توجه دقیق تری به وضعیت اشتغال این قشر صورت پذیرد.

واژه های کلیدی: صرع متعاقب تروما، صرع ایدئوپاتیک، چهارمحال و بختیاری.

مقدمه:

بیماری صرع در جهان از شیوع بالایی برخوردار است. در ایالات متحده آمریکا از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، ۶/۵ نفر به تشنجهای تکرار شونده که صرع فعال (active epilepsy) خوانده می شود مبتلا هستند (۶). بروز سالیانه صرع ۵۷-۳۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بر آورد شده است و بروز آن در کودکان و افراد سالمند

*اسنادبار گروه اعصاب - دانشگاه علوم پزشکی شهردر: بیمارستان آیت الله کاشانی - بخش اعصاب - تلفن: ۹-۲۲۲۴۴۴۵ (مؤلف مسئول).

عضو هیأت علمی گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهردر. *عضو هیأت علمی گروه آمار - دانشگاه علوم پزشکی شهردر.

مبتلا به ترومای مغزی شاغل بودند، در حالی که در گروه کنترل این میزان ۸۲ درصد بود (۹).

علیرغم اقدامات درمانی مؤثر برای مبتلایان به صرع متعاقب تروما (PTE) در ایران، گزارش جامعی در باره نتایج به دست آمده در این بیماران ارائه نشده است و تنها یک مورد بررسی روی تشنج ۱۵۳ مورد از مجروحین جنگی در استان اصفهان انجام شده است که وضعیت درمان آنها به قرار زیر آمده: ۱۱۲ بیمار (۷۷٪) به طور مرتب دارو می‌گرفته‌اند و در ۲۲ نفر (۱۵٪) به طور مقطعی و نامرتب دارو مصرف می‌شده است. درمان به صورت تک دارویی در بیش از نصف بیماران و در ۳۷ درصد بیماران از ۲ تا ۳ دارو استفاده می‌شد (۵). ولی در اینها هم از نوع داروی مصرفی و نتایج درمانی و رضایت بیماران آماری داده نشده است. لذا بر آن شدیم تا در این تحقیق ضمن بررسی وضعیت دموگرافیک، درصد اشتغال، نوع تشنج، نوع داروی مصرفی و درصد کنترل تشنج و عوارض ناشی از کاهش و یا قطع دارو و نیز مقایسه‌ای بین پارامترهای فوق با بیماران گروه شاهد (صرع اولیه) داشته باشیم.

مواد و روشها:

این بررسی یک پژوهش مقطعی - مقایسه‌ای بوده به این شکل که ابتدا اسامی جانبازان جنگ ایران و عراق که به علت ترومای وارده به سر دچار تشنج شده بودند (PTE) از فهرست کل جانبازان استان چهارمحال و بختیاری استخراج گردید. تعداد این بیماران ۵۰ نفر بود. برای مقایسه نتایج، آمار بیماران مرد بزرگسال مبتلا به صرع اولیه که پرونده در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی داشتند شناسایی شدند و در مواردی که بیماران سابقه تروما به سر داشته‌اند یا تحت عمل جراحی روی جمجمه قرار گرفته بودند از مطالعه حذف شدند و تعداد ۵۰ نفر که از طریق سیستم ارجاع معرفی شده یا شخصاً به کلینیک ویژه مراجعه کرده بودند به

بیشتر است. صرع در مردان ۱/۵-۱/۱ برابر بیش از زنان مشاهده می‌شود (۶).

صرع اولیه مسئول بیش از ۷۵ درصد از اختلالات تشنجی محسوب می‌شود، اما شروع آن در افراد بالاتر از ۱۸ سال کمتر است (۳). علاوه بر صرع اولیه، اختلالات ژنتیکی و تروما به جمجمه نیز در ایجاد حملات تشنجی نقش اساسی دارند. تشنج ناشی از تروما به جمجمه ممکن است زود رس (early) که ظرف ۲-۱ هفته اول بعد از تروما رخ می‌دهد و یا دیررس (Late) باشد (۶). تفاوت قابل توجهی در پیامد درمانهای دارویی صرعهای اولیه و صرعهای ناشی از تروما وجود دارد (۱۱).

ludice & Murri پیشگیری داروئی صرع متعاقب تروما را بررسی کردند و به عنوان پیشگیری با استفاده از داروهای فنی توئین (phenytoin) و فنوباریتال (Phenobarbital) نتایج رضایت بخشی به دست نیامد و علیرغم این که در استفاده از دو داروی فوق گزارشات متعددی داده شده است لیکن شباهت زیادی در این رابطه وجود دارد (۵).

محققین در بررسی تأثیر داروهای ضد صرع در پیشگیری از حملات صرع متعاقب ترومای به جمجمه به این نتیجه رسیدند که این داروها در کاهش حملات زودرس مؤثرند اما تأثیر آنها در کنترل حملات دیررس مورد تأیید قرار نگرفته است (۲، ۶، ۸).

آمار عوارض ناشی از جنگهای کره و ویتنام نگرانی در رابطه با شیوع بالای حملات صرع متعاقب تروما (Post Traumatic Epileps =PTE) را تأیید می‌کنند (۷). به خصوص این که علاوه بر حملات صرعی معمولاً تغییرات رفتاری از قبیل بیقراری نیز در این بیماران گزارش می‌شود و این خود مشکلات درمانی زیادتری به وجود می‌آورد (۱).

Schwab و همکاران ضمن بررسی عوارض عصبی، روانی و اجتماعی ترومای مغزی ناشی از جنگ ویتنام بر روی سربازان نشان دادند که فقط ۵۶ درصد از بیماران

در هر دو گروه داروی فنی توئین بیش از سایر داروها تجویز شده است. این میزان در افراد مبتلا به PTE، ۳۰ درصد و در گروه شاهد ۴۸ درصد بوده است که رابطه معنی داری در این مورد هم به دست نیامد.

بررسی تغییر درمان از تک دارویی به دو یا چند دارویی نشان می دهد که علت تغییر در هر دو گروه بروز مجدد حملات تشنج می باشد. درمان چند دارویی در گروه PTE ۶۲ درصد و در گروه شاهد ۴۲ درصد بود.

در جدول شماره یک تأثیر کاهش مصرف دارو در وقوع تشنج ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود بعد از کاهش تعداد دارو در ۶۰ درصد افراد مبتلا به PTE مجدداً تشنج رخ داده است. در حالی که در گروه شاهد این میزان ۳۶/۴ درصد بوده است. آزمون فیشر ارتباط معنی داری بین بروز تشنج پس از کاهش دارو در گروههای مورد مطالعه نشان نداد.

در جدول شماره ۲ تأثیر قطع داروی ضد تشنج بر وقوع تشنج ارائه شده است. در بیماران PTE در ۹ موردی که اقدام به قطع دارو شد، در ۳۳/۴ درصد حمله تشنج مشاهده گردید. در حالی که این میزان در گروه شاهد ۵۰ درصد بود یعنی از ۱۶ مورد اقدام به قطع دارو، در ۸ مورد حمله تشنجی مشاهده شد و آزمون فیشر نشان داد که ارتباط معنی داری بین بروز تشنج پس از قطع دارو با گروههای مورد مطالعه وجود دارد ($P < 0/05$).

عنوان گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. برای ارزیابی بیماران از پرسشنامه ای که توسط محقق تهیه شده بود، به صورت حضوری اطلاعات لازم از قبیل سن، نوع تشنج، نوع داروی مصرفی، وضعیت کنترل تشنج، تغییرات پیدا شده پس از کم کردن یا قطع دارو و غیره جمع آوری گردید و با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری توصیفی، کای دو و فیشر نتایج مورد تجزیه قرار گرفت. همچنین در مورد قطع دارو، در هر دو گروه پس از ۲ سال مصرف دارو و نداشتن حمله صرع در طول این مدت، قطع دارو انجام شد و نتیجه آن در هر دو گروه مشابه بوده است و در مواردی که خود بیماران اقدام به قطع دارو نموده بودند در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفتند.

نتایج

بررسی وضعیت دو گروه از نظر اشتغال نشان داد که در افراد مبتلا به PTE، ۴۴ درصد شاغل بودند. در حالی که این میزان در افراد مبتلا به صرع اولیه ۶۰ درصد بود. بررسی درمان تک دارویی در دو گروه نشان می دهد که در افراد مبتلا به PTE، ۸۰ درصد موارد درمان با یک دارو شروع شده است در حالی که این میزان در افراد مبتلا به صرع اولیه ۹۴ درصد بود که رابطه معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد.

جدول شماره ۲: تأثیر قطع دارو در وقوع تشنج

در گروههای مورد مطالعه	PTE	صرع ایدئوپاتیک	
		تعداد درصد	تعداد درصد
تشنج بعد از کاهش دارو	۳	۳۳/۴	۸
ندارد	۶	۶۶/۶	۸
جمع	۹	۱۰۰	۱۶

$P < 0/05$

جدول شماره ۱: تأثیر کاهش تجویز دارو در وقوع تشنج

در گروههای مورد مطالعه	PTE	صرع ایدئوپاتیک	
		تعداد درصد	تعداد درصد
تشنج بعد از کاهش دارو	۶	۶۰	۸
ندارد	۴	۴۰	۱۴
جمع	۱۰	۱۰۰	۲۲

$P > 0/05$

PTE=صرع متعاقب تروما

بحث:

بررسی نتایج نشان می‌دهد که ۴۴ درصد از بیماران مصروع متعاقب تروما، شاغل هستند. در حالی که این میزان در مصروعین اولیه ۶۰ درصد بود. با توجه به این که در این مطالعه بیماران PTE ناشی از جنگ مورد بررسی قرار گرفتند، احتمالاً حمایت‌های دولتی و تأمین نسبی زندگی این بیماران توسط دولت از عوامل مؤثر در بیکاری آنان می‌باشد. در حالی که گروه شاهد از حمایت‌های مالی مشابه محرومند و به ناچار بایستی هزینه زندگی خود را تأمین کنند. ارائه خدمات مناسب در جهت ایجاد انگیزه برای کار و تلاش در گروه مورد می‌تواند در بهبودی آنها مؤثر باشد. همچنین این مطالعه نتایج پژوهش Schwab و همکاران را مورد تأیید قرار داد (۹).

در رابطه با انتخاب تعداد دارو برای بیماران صرعی به طور کلی توصیه شده است که درمان با یک دارو شروع شود و تا رسیدن سطح سرمی دارو به سطح درمانی (تراپوتیک) دوز دارو افزایش یابد و در صورتی که تشنج با داروی اول کنترل نشد از داروی دیگر هم استفاده شود (۱۱). بررسی نتایج، نشان داد که در ۸۰ درصد بیماران PTE شروع درمان تک دارویی بوده است. در حالی که در گروه شاهد این میزان ۹۴ درصد بوده است. لذا در گروه مورد درمان تک دارویی کمتر بوده است. احتمالاً همراهی صدمات مغزی در بیماران PTE باعث شده است تا درمان تک دارویی کمتر مورد استفاده قرار گیرد. نتایج این مطالعه با مطالعه دکتر اعتمادی فر و همکاران همخوانی دارد (۴).

نتایج مطالعه نشان داد که در ۳۰ درصد بیماران با PTE و ۴۸ درصد بیماران گروه شاهد داروی phenytoin تجویز شده است که نسبت به سایر داروهای ضد صرع بیشتر بوده است. دلیل آن انتخابی بودن این دارو در بسیاری از انواع صرع منجمله صرع partial و Grand Mal Seizure (G.M.S) می‌باشد ضمناً این

مطالعه با نتایج پژوهش Ludice و همکاران همخوانی دارد (۵).

از عوامل مؤثر در تغییر درمان تک دارویی به دو یا چند دارویی عدم کنترل کامل حملات تشنجی بوده است. تغییر درمان در بیماران PTE، ۶۲ درصد و در گروه شاهد ۴۲ درصد بوده است. احتمالاً علت این تفاوت ضایعات نسج مغز ناشی از تروما می‌باشد. در اغلب مطالعات کنترل مشکل‌تر صرع در بیماران PTE گزارش شده است که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲، ۵، ۱۰). کاهش دارو در بیماران دو گروه نشان می‌دهد که در ۶۰ درصد از مصروعین PTE مجدداً تشنج رخ داده است در حالی که این میزان در بیماران گروه شاهد ۳۶/۴ درصد بود (جدول شماره ۱). البته طبق آزمونهای مربوطه ارتباط معنی‌داری در این زمینه مشاهده نشد، ولی به نظر می‌رسد که بیماران PTE نیاز بیشتری به درمان دارویی و استمرار مصرف دارو نسبت به صرعیهای اولیه دارند.

بررسی قطع دارو در دو گروه نشان داد که در بیماران PTE وقوع تشنج ۳۳/۴ درصد و در صرع اولیه ۵۰ درصد است با توجه به میزانهای فوق، وقوع کمتر صرع پس از قطع دارو در بیماران PTE احتمالاً به دلیل توجه بیشتر پزشک در این بیماران نسبت به صرع اولیه بوده است. البته تعداد اندک بیماران که داروهای آنها قطع شده است نمی‌تواند نمونه‌ای قابل تعمیم تلقی شود و به بررسیهای دقیق‌تر و با نمونه‌های بزرگتر نیاز است.

این مطالعه نشان داد که مراقبت از بیماران PTE از نظر کنترل تشنج در استان در سطح نسبتاً مطلوبی انجام می‌شود و داروی فنی توئین همچنان به عنوان داروی انتخابی در این بیماران محسوب می‌گردد و برای قطع یا کم کردن دارو در این بیماران بایستی تمامی جوانب احتیاط را رعایت نمود.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از پزشک محترم بنیاد جانبازان و معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری و همچنین سرکار خانم دکتر لیلی محمدپور که در تمامی مراحل این پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

- 1- Bascunana H.; Villarreal I.; Alfonso S. Anxiolytic neuroleptics and epileptic drugs. *Rev Neurol*, 30(9): 850-4, 2000.
- 2- De-La-Pena P.; Porta-Etessam J. Post traumatic epilepsy. *Rev Neurol*, 26(150): 256-61, 1998.
- 3- Engel J.; Hansotia P. Seizure and syncope. In: Simon RP.; Michael J.; Greenberg AA. *Clinical neurology: From Asimon & Schuster Company*. Stamford: UK, 253-63, 1999.
- 4- Etemadifor M.; Pishgahi P.; Kabeydari B. The study of seizures in 153 head injury patients of the Iran-Iraq war. *Arch Irn Med*, 2(1): 5-7, 1999.
- 5- Iudice A.; Murri L. Pharmacological prophylaxis of post traumatic epilepsy. *Drugs*, 59(5): 1091-9, 2000.
- 6- Pedtley TA.; Bazil CW.; Morell MJ. Epilepsy. In: Roland LP. *Merritt's neurology: From Wolters Klawer Company*. Philadelphia: USA, 10th ed. 813-33, 2000.
- 7- Robert E.; Maxwell MD. Seizure disorder. In: Tindall GT.; Cooper PR.; Burrow DL. *The practice of neurosurgery: From Williams & Wilkins Company*. Baltimore: USA, 6th ed. 374-9, 1995.
- 8- Schierhout G.; Roberts I. Prophylactic antiepileptic agents after head injury: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 64(1): 108-12, 1998.
- 9- Schwab K.; Grafman J.; Salazar AM.; Kraft J. Residual impairments and work status 15 years after penetrating head injury: report from the Vietnam head injury study. *Neurology*, 43(1): 95-103, 1993.
- 10- Temkin NR.; Haglund MN.; Winn HR. Causes, prevention and treatment of post traumatic epilepsy. *New Horiz*, 3(3): 518-22, 1995.
- 11- Victor M.; Ropper AH. Epilepsy and other seizure disorders. In: Raymond D.; Adams M. *Principles of neurology: From McGraw-Hill Company*. New York: USA, 7th ed. vol 1. 331-63, 2001.