

## روشهای پیشگیری اولیه در بیماری صرع

Dr. H.R. Arshadi, MD\*

### Primary Prevention of Epilepsy

**Keywords :** Epilepsy, prevention, Risk factors prevalen, cases.

Epidemiological studies of epilepsy show prevalence rate ranging from 0.9 to 57 per 1,000 population. Approximately two-million people develop epilepsy every year. The experts of the World Health Organization declare that there is good reason to believe that this figure could be reduced by at least 50% if proper preventive measures were taken. Main causes of epilepsy, risk factors and preventive measures have been discussed. The major part of this paper is a translation of the World Health Organization publication on " Primry Prevention of Mental Neurological and Psychological Disorders", and some recent data from ONLINE has been added.

در پیشگیری و مراقبت از بیماران مبتلا به صرع به وجود آورد. داروهای ارزان قیمت و بی خطر می توانند تعداد زیادی از بیماران صرع را با موفقیت کنترل کنند. علاوه بر آن، الگوهای ساده و مؤثری که براساس نوتوانی متکی بر جامعه طرح ریزی شده اند در این مورد کمک می کنند. همچنین چندین روش ساده و ارزان قیمت و درعین حال بسیار مؤثر در پیشگیری صرع وجود دارند و این زمینه ها از اهمیت فراوانی برخوردار می باشند.

بیماری صرع شایع ترین اختلال عملکردی مغز می باشد. اثر طبیعی روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی آن، می تواند به طور جدی بر کیفیت زندگی بیمار و خانواده مؤثر باشد. تشخیص صحیح نوع تشنج به همراه انتخاب صحیح دارو و برخورد درمانی مناسب می تواند این تأثیر را کاهش دهد (۲). صرع یک اختلال عود کننده است که با تشدید فعالیت

### روشهای پیشگیری اولیه در بیماری صرع

دکتر حمیدرضا ارشدی

دستیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

#### مقدمه

صرع حالتی است که با حملات عودکننده تشنجی مشخص می گردد و از هر صد نفر از جمعیت، یک نفر را مبتلا می کند. این اختلال هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای درحال توسعه، بار سنگینی را بر بیماران، خانواده و اقتصاد جامعه تحمیل می کند. از ۵۰ میلیون بیمار مبتلا به صرع در جهان امروز، حداقل نیمی از آنها اصلاً درمان نمی شوند و درمان مناسبی را دریافت نمی دارند. خوشبختانه در حال حاضر متخصصان اطمینان دارند که از طریق اجرای اعلامیه ۱۹۷۸ آلماتا (بهداشت برای همه) بتوان بهبود چشم گیری را

\*. Resident of Psychiatric Department

مردان کمی بیش از زنان مبتلا می‌شوند و حداکثر شیوع بین سالهای ۵۰-۳۰ در هزار می‌باشد.

اطلاعاتی که بتوان براساس آن‌ها میزان بروز (incidence) صرع را در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مقایسه نمود کم می‌باشند. پژوهشهای مختصری که در مورد بروز صرع در کشورهای در حال توسعه انجام شده‌اند، نشان می‌دهند که میزان بروز سالانه صرع بین ۴۷-۳۰ درصد هزار است. اعداد مشابه در کشورهای صنعتی بین ۵۳-۲۹ در صدهزار می‌باشد. تفاوت در میزان شیوع (prevalence) در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌تواند ناشی از عاملهای خطر (risk Factor) بیشتر در کشورهای در حال توسعه باشد. این برداشت تا حدودی نیز در مورد میزان بروز صادق می‌باشد. شرایط ضمن حاملگی، زایمان و بعداز تولد ارتباط آن‌ها با بیماری صرع باید مورد ارزیابی قرار گیرند. تفاوت این شرایط در منطقه‌های مختلف می‌تواند در میزان شیوع و بروز صرع اثر بگذارد. کاربرد اقدامهای لازم برای کاهش عوامل خطر می‌تواند فاصله موجود در مورد میزان شیوع و بروز صرع در کشورهای صنعتی و غیر صنعتی را کاهش دهد و علاوه بر آن، نسبت به کاهش صرع در تمام جهان مؤثر باشد. بنابر آمار سازمان بهداشت جهانی سالانه دو میلیون نفر به صرع مبتلا می‌شوند و کارشناسان سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌دارند ما دلایل قوی داریم که چنانچه روشهای پیشگیری مناسب به کار روند این اعداد را می‌توان حداقل به ۵۰٪ کاهش داد.

#### سبب شناسی

عواملی که به عنوان علت احتمالی مطرح شده‌اند زیاد هستند. یکی از این عاملها استعداد ارثی است که هم به تنهایی و هم به همراه عامل هائی که ایجاد آسیب مغزی می‌کنند، اثر خود را بروز می‌دهد. با وجود این بر حسب نوع و محل آسیب مغزی، تفاوت‌های واضحی وجود دارد. جدول شماره ۱ نقش عامل‌های مختلف را در بروز صرع نشان می‌دهد.

قسمتی از مغز یا تمام آن همراه می‌باشد. علامتهای متداول صرع منتشر، شامل از دست رفتن هوشیاری و تشنج می‌باشد. اندامها در ابتدا حالت سفتی در وضعیت پیچش به خارج (extensory rigidity) پیدا می‌کنند که مرحله انقباضی (Tonic phase) نامیده می‌شود. به دنبال آن یک سری حرکتهای پرشی به وجود می‌آیند (Clonic phase). ممکن است یک دوره واضح خواب، کاهش هوشیاری یا گیجی قبل از برقراری هوشیاری روی دهد. حمله‌ها ممکن است بعد از بعضی تجربه‌های ذهنی (aura) که به صورت اخطار دهنده قبل از بروز علامتهای اصلی وجود آیند که نوع آنها می‌تواند جاشناسی منطقه‌ای از مغز را که در آن جریان‌های الکتریکی غیر طبیعی ایجاد شده‌اند، نشان دهد. صرع‌های قطعه‌ای (partial epilepsy) ممکن است به صورت علامتهای روانی - حرکتی یا خودکار خود را نشان دهند. تقریباً در  $\frac{2}{3}$  موارد علت صرع ناشناخته است یعنی نمی‌توان علت ساختمانی یا متابولیکی برای آن کشف کرد. علامتهای متعدد و متفاوت بالینی از صرع وجود دارند که می‌توان آن‌ها را با معیارهای مختلف طبقه‌بندی کرد ولی محققان صرع را به دو شکل قطعه‌ای (partial) و منتشر (generalised) تقسیم می‌کنند.

#### وسعت مشکل

بررسی‌های همه‌گیر شناسی در مورد صرع در گوشه و کنار جهان نشان می‌دهد که میزان شیوع (prevalence) آن بین ۰/۹ تا ۵۷ در هزار متغیر است. میزان شیوع در کشورهای توسعه یافته بین ۲۰-۱/۵ در هزار و در کشورهای در حال توسعه بین ۵۷-۰/۹ در هزار است. تفاوت زیادی که بین میزان شیوع صرع در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مشاهده می‌شود می‌تواند هم به دلیل تفاوت واقعی شیوع صرع در این منطقه، باشد و هم ناشی از نقش عوامل روش شناختی (methodologic) مانند معیارهای تشخیصی و وسیله‌های مورد استفاده، شاخص‌های نمونه‌گیری و انتخاب جمعیت مورد مطالعه باشد. محققان سازمان بهداشت جهانی معتقدند این دو عامل آخر از اهمیت بیشتری برخوردار هستند و می‌توانند شیوع بالای صرع در لیبری، پاناما و تانزانیا را توجیه کنند. بررسی آمار نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه یافته

## جدول شماره ۱: عاملهای مؤثر در صرع

علتهای قبل از تولد عاملهای ارثی	علتهای زمان تولد خفگی هنگام تولد (Asphyxia)	علتهای بعد از تولد تب و تشنج صدمه‌های مغزی
عفونتهای حین بارداری	آسیب مغزی زمان زایمان	عفونتهای سیستم اعصاب مرکزی
	(مننژیت و آنسفالیت)	
	بیماریهای انگلی سیستم اعصاب مرکزی (مالاریا- سینی سرکوز- شیسستوزومیا)	
	عاملهای سمی (الکل، سرب سم‌های ضدانگل گیاهی)	
	عاملهای عروقی بدخیمیهها	

## عاملهای قبل از تولد

بیماران مبتلا به صرع ممکن است با عقب ماندگی ذهنی، بدشکلی (Dysmorphia) ناتوانی حرکتی و سابقه وجود صرع در خانواده همراه باشند. در بعضی از جامعه‌ها این بیماران مشکل هائی در انتخاب همسر دارند و نمی‌توانند با همسر غیر صرعی ازدواج نمایند. این روند همراه با اعتقاد به ازدواج‌های فامیلی و عدم امکان ازدواج غیر فامیلی احتمال بروز تشنج را در کودکان آنها افزایش می‌دهد. بنابراین سازمان بهداشت جهانی، بالاترین میزان صرع در جهان در مناطقی مشاهده می‌گردد که این شرایط حاکم باشند، همچنین مدارکی وجود دارند که بروز صرع در توکسوپلاسماز مادرزادی رانشان می‌دهند. آزمایشهای پس از مرگ روی جمعیت مبتلا به صرع بالا بودن میزان بدشکلی (dysmorphia) به ویژه انواع اکتویپی (ectopias) و مهاجرت غیر طبیعی سلولی مشاهده می‌شود.

## عاملهای زمان تولد

پژوهشهای انجام شده در کشورهای صنعتی نشان می‌دهند ۱۴-۱۳٪ بیماران مبتلا به صرع به علت بروز آسیب در زمان تولد بوده‌اند. در این مورد بیماری‌های جفت، بیماری‌های بند ناف، زایمان غیر طبیعی و طولانی و انسداد مجراهای هوائی نوزاد گزارش شده‌اند. عاملهای فوق منجر به بروز خفگی جنین (asphyxia) کم بود اکسیژن مغز (hypoxia) و ایسکمی می‌شوند. سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌کند از این نظر مدرکی برای بهتر بودن وضعیت در کشورهای صنعتی وجود

ندارد. به علت تغییر در شرایط فیزیولوژی در زمان بارداری، شناسایی فوریت‌های طبی غیر مامائی که منجر به کمبود اکسیژن مغز (hypoxia) می‌شوند، مشکل است.

توجه به علامتهای کلیدی برای شناسایی زودرس کمبود اکسیژن (hypoxia) در حاملگی می‌تواند به کاربرد اقدامهای لازم برای درمان آسم و تشنج شود که برای جنین و مادر سودمند می‌باشد. کاربرد روشهای پیشگیری و آموزش بیماران روی کاهش بروز فوریت‌های پزشکی مانند حمله‌های تکرار شونده آسم (status astmaticus) و حمله‌های تکرار شوند صرع (Status epilepticus) مؤثرند (۳).

خطر ناهنجاریهای جنینی در زنانی که در زمان حاملگی از داروهای ضد تشنج معمولی استفاده می‌کنند دوبرابر زنانی است که از این داروها استفاده نمی‌کنند. این خطر مخصوصاً هنگامی که ترکیبی از چند داروی ضد صرع استفاده شود بیشتر است. به نظر می‌رسد دو داروی ضد تشنج جدید به نام گابانتین (Gabantine) و لاموتریژین (Lamotrigine) آسیب کمتری بر جنین وارد می‌کنند. در  $\frac{1}{3}$  زنان مبتلا به صرع خطر تشنج در حین حاملگی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد جنین نسبت به تشنج مادر مقاوم باشد و به طور نادر منجر به مرگ داخل رحمی خواهد شد.

علاوه بر بد شکلی های جنینی، فرزندان متولد شده از مادران صرعی خطر بالاتری برای مرگ جنین، بیماری خونریزی دهنده جنین، آپگار (apgar) پائین تر و وزن کمتر حین تولد دارند. با مراقبتهای دقیق قسمت عمده زنان صرعی بیش از ۹۰٪ احتمال داشتن فرزند طبیعی را خواهند داشت اما به هر حال تجویز دارو قبل از حاملگی حیاتی است (۴).

## عوامل پس از تولد

عفونت‌ها: تب و صدمات مغزی از شایعترین علل صرع می‌باشند. بیماری‌های عفونی (مثل ديفتری، سیاه سرفه، کزاز، سرخک، فلج اطفال، عفونتهای پنوموکوکی، عفونتهای مننگوکوکی، سیفلیس و سل) بیماریهای انگلی (مثل مالاریا، توکسوپلاسماز، تریپانوزومیاز) می‌توانند هم به طور مستقیم و هم بطور غیر مستقیم به وسیله افزایش درجه حرارت بدن عملکرد مغز را تحت تأثیر قرار دهند. در بعضی کودکان تب (که به وسیله بیماریهای انگلی - عفونی ایجاد می‌شود) می‌تواند ایجاد تشنج کند که به عنوان تب و تشنج شناخته شده است.

آلودگی و قدرت انتقال مالاریا شدید می‌باشد. به طوری که در سال ۱۳۶۸ تعداد ۵۲۵۲۷ مورد مالاریا در ۳۵۰۳ روستا کشف شد و بروز انگل سالانه مالاریا در آن مناطق به رقمی حدود ۱۸/۹ در هزار نفر رسید (۷).

صرع در ۶۰-۲۵٪ بیمارانی که مبتلا به توکسوپلازما شده‌اند دیده می‌شود.

مننژیت با علل متفاوت (سل، مننگوکوک و ویروسی) می‌تواند در ۲۰-۱/۳٪ موارد، صرع ایجاد کند. بسیاری از بیماریهای دیگر با شیوع محدودتر مثل بیماری شاگاس، بیماری خواب (Sleeping sickness) شیسستوزومیا، پاراگونیمیا، بیماری کیست هیداتیک، به عنوان علل احتمالی صرع شناخته شده‌اند.

صدمه‌های مغزی که به روشهای متفاوتی ایجاد می‌شوند یک عامل خطر مهم برای صرع هستند. تصادف‌های جاده‌ای احتمالاً شایع‌ترین علت صدمه مغزی هم در کشورهای توسعه یافته (جائی که این مسئله به خوبی اثبات شده است) و هم در کشورهای در حال توسعه هستند. این مسئله می‌تواند حقیقتاً در کشورهای در حال توسعه (یعنی جائی که جاده‌ها و وسایل نقلیه شرایط ضعیف‌تری دارند و نظم ترافیک با جدیت کمتری کنترل می‌شود) از اهمیت بیشتری برخوردار باشد. علل دیگر صدمات مغزی شامل حوادث محیط کار و در منزل و به دنبال تهاجم‌های بین فردی باشد. بعضی از نویسندگان دریافته‌اند که سکنه مغزی هم به ویژه در بالغان می‌تواند منجر به تشنج صرع شود.

در بیان مهمترین عوامل سمی که صرع ایجاد می‌کند می‌توان به الکل، سرب و سموم ضد انگل (به ویژه مشتق کلراید آن) اشاره کرد.

### عوامل خطر

بسیاری از نویسندگان تلاش کرده‌اند تا میزان خطر نسبی را برای چندین عامل از عوامل ایجاد کننده صرع اندازه‌گیری کنند. اما فقدان تعاریف عملیاتی قابل قیاس و برخی از مشکلات جدید روش شناختی (Methodologic) از ظهور تصویر واضحی از این مسئله جلوگیری کرده است. با وجود این برای حداقل چهار عامل یعنی عوامل ژنتیک، تب و تشنج و صدمه‌های مغزی و مننژیت، اندازه‌گیری میزان خطر را

عدم بلوغ مغز یا دیگر شرایط زمینه‌ساز مثل سوء تغذیه و کم آبی (dehydration) می‌توانند از عوامل همراه باشند. تب و تشنج در کودکان بین ۶ ماه تا ۶ سال شایع‌تر است.

بیماریهایی مثل سیستی سرکوزیس، مالاریا، توکسوپلازما و شیسستوزومیا که شیوع بیشتری دارند در کشورهای در حال توسعه میزان صرع را افزایش می‌دهند. در مورد بیماری شیسستوزومیا در ایران مطالعات زیادی توسط انستیتو تحقیقات بهداشتی و سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته که نشان دهنده شیوع بالای نوع مثانه‌ای آن در استان خوزستان در شش کانون مجزا از یکدیگر بوده است (۶).

سیستی سرکوزیس به عنوان یک علت مهم صرع در بسیاری از قسمتهای جهان شناخته شده است. شایعترین علامت بالینی سیستی سرکوزیس عصبی (neurocysticercosis) تشنج است. بهترین روش تشخیصی برای سیستی سرکوزیس عصبی بررسی تصویربرداری مثل CTScan می‌باشد (۵).

ابتلای به کرم کدو در نقاط مختلف ایران مشاهده شده است. در یک مطالعه روی ۲۵۷۶۱۴ نفر از ایرانیان در انستیتو بهداشتی نسبت آلودگی ۰/۱ درصد بوده است. آلودگی در اکثر نقاط کشور دیده شده، و حداکثر آلودگی در حاشیه دریای خزر بوده است (۶).

در بعضی بخش‌های آمریکای جنوبی این بیماری شایعترین علت شناخته شده صرع است که شامل ۵۰٪ موارد صرع با بروز تأخیری (late-onset) است.

در بعضی مناطق آفریقا ۶۰٪ بیماریهای تشنجی در ۶ سال اول زندگی که در بیمارستان عمومی بستری می‌شوند، مربوط به مالاریا است.

منطقه آسیب‌پذیر و مشکل‌درمورد بیماری مالاریا در ایران شامل نواحی واقع در دامنه جنوبی سلسله جبال زاگرس در جنوب، باختران، در سمت غرب و تابلوچستان در حد شرقی می‌باشد (جمعیت ۱۰/۵ میلیون نفر). این منطقه از نظر همه‌گیر شناسی و انتشار بیماری به دو قسمت متفاوت تقسیم می‌شود که منطقه مشکل آن شامل قسمت جنوب شرق کشور در استانهای سیستان و بلوچستان، هرمزگان و قسمت گرمسیری استان کرمان با ۲/۹ میلیون نفر جمعیت است که به علت وجود مسائل و مشکلات فنی و اجرایی و اداری میزان

از عوامل را به عنوان علت‌های مؤثر در صرع و بروز آن نشان داده‌اند. جدول شماره ۳ عواملی را نشان می‌دهد که برای آنها یا هیچ شواهدی وجود ندارد یا اگرهم وجود داشته باشد بحث‌انگیز است. جای شگفتی است که بعضی از عواملی که قبلاً معتقد بودند در ایجاد صرع نقش داشته باشند (مثل توکسمی بارداری). اخیراً در یک سری مطالعه کنترل شده توانستند مدرکی به نفع آن کشف کنند.

نسبی امکان پذیر است (در صورتی که خطرزایی در جمعیت عمومی معادل ۱ در نظر گرفته شود) (جدول ۲). این یافته‌ها بدون شک ارتباط بین این عوامل و صرع را نشان می‌دهند ولی ما نمی‌توانیم چنین برداشت کنیم که حتماً این عوامل صرع ایجاد می‌کنند زیرا ممکن است از یک علت زمینه‌ای ناشناخته و مشابهی به وجود آمده باشند که صرع را هم ایجاد کرده است. پژوهش‌های تحلیلی اخیر ارتباط احتمالی یک سری

### جدول ۲: خطرزایی نسبی برآورد شده برای صرع

عوامل ایجاد کننده	خطرزایی نسبی
عوامل ارثی	۰/۷-۵/۶
ضایعات مغزی	۱/۴-۱۲/۷
تب و تشنج	۳/۰-۱۴/۲
مننژیت چرکی	۷/۰-۴۰/۰

### جدول شماره ۳: علل احتمالی صرع که ارتباط آنها با صرع بحث‌انگیز بوده یا اثبات نشده است.

عوامل قبل و حین تولد	عوامل پس از تولد
ویژگی‌های مادر: سن بالای ۴۰ سال	عوارض جانبی تلقیح واکسن
عوامل حاملگی: توکسمی، خونریزی، تهوع و استفراغ، عفونت مجاری کلیه (Pyelitis)	هموگلوبینوپاتی Hemoglobinopathy
عوارض زایمان: دیستوسی (Dystocia) پرزانتاسیون معیوب پرولاپس و دیگر اختلالات رحمی، زایمان به کمک وسیله (Instrumental labour)	بیماریهای مقاربتی Sexual transmitted diseases
استفاده از بی‌هوشی یا مسکن، طولانی شدن زایمان	
ویژگیهای نوزاد، وزن زیر ۲۵۰۰ گرم	
نارسی یا دیررسی (Premature, postmature)	
تاخیر در تنفس و خفگی (Asphyxia)	
ضایعات جنینی غیر از صدمه مستقیم مغز	

#### کنترل تب در کودکان

پیش‌گیری از صدمه‌های مغزی

کنترل بیماریهای عفونی وانگلی

پیش‌بینی انجام مشاوره ژنتیک

مراقبتهای مناسب قبل از تولد

تلقیح واکسن به زنان قبل از حاملگی، بهبود وضعیت

#### روشهای پیش‌گیری

تلاش برای کاهش شیوع و بروز صرع باید در حیطه‌های

زیر متمرکز شود:

مراقبتهای مناسب قبل از تولد

زایمان بی‌خطر



مراقبت‌های بهداشتی خاصی هستند ولی مطالعه اختصاصی در این مورد در دسترس نیست. در این مورد لازم است توجه فوری مبذول گردد.

### کنترل تب در کودکان

کنترل تب در کودکان با تلقیح واکسن و کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی و پائین آوردن درجه حرارت بدن کودک امکان پذیر می‌باشد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهند که تلقیح واکسن به میزان زیادی در کنترل اکثر بیماری‌های تب‌دار مؤثر است. کاربرد اقدام‌های ویژه در محیط زیست نیز در کاهش و کنترل بعضی بیماری‌های انگلی که به‌طور مستقیم مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهند مؤثر است. هر دو اقدام فوق در حال حاضر به‌طور استاندارد به اجرا درمی‌آیند و کاربرد گسترده‌ای دارند و از اهمیت ویژه‌ای در پیش‌گیری صرع برخوردار هستند. برنامه تلقیح واکسن و برنامه کنترل و ریشه‌کنی موارد مانند مالاریا، شیستوزومیا، تری‌پانوزومیا با کاهش دوره‌های تب‌دار در کودکان، بایپش‌گیری صرع ارتباط دارند.

تلقیح واکسن و برنامه به‌سازی محیط در بیشتر موارد از مسئولیت‌های اصلی کارکنان بهداشتی است. قانون‌گزاران و همه آنهايي که در طرح‌ریزی بهداشت درگیر هستند نقش عمده‌ای در توصیه و ترویج این وظایف برعهده دارند. در این مورد می‌توان ترویج تزریق واکسن و کنترل همه‌گیری مالاریا را به عنوان نمونه ذکر کرد. در حال حاضر برنامه کنترل مالاریا در مناطق آلوده کشور بر سه اصل زیر بنیان نهاده شده است (۷):

- ۱- استفاده هرچه کمتر از مواد حشره‌کش
- ۲- استفاده از دارو برای درمان بیماری‌های همراه، با کنترل اختصاصی

۳- حداکثر تلاش برای بیماری‌یابی و درمان موارد مثبت. روش‌های کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی به همکاری واحدهایی نیازمند است که مستقیماً با محیط ارتباط دارند. به عنوان مثال دفع فاضلاب، برنامه به‌سازی محیط، مهندسی شهری و کنترل مواد غذایی را می‌توان ذکر نمود.

به‌هنگام افزایش درجه حرارت بدن در کودک باید با کاربرد یک داروی تب‌بر و کمپرس یا شستشوی با آب سرد، درجه حرارت را پائین آورد و همزمان شرایطی را که موجب بروز تب شده‌است، از بین برد. باید توجه داشت که برحسب نوع محیط زیست، تب، معانی متفاوتی دارد. به‌عنوان مثال، بروز تب در منطقه‌ای که مالاریا جنبه «بومی» دارد، بروز تب و تشنج، مالاری مغزی را تداعی می‌کند و لازم است کودک

تغذیه‌ای آنها، کاهش یا قطع مصرف الکل در حین بارداری، غربال‌کردن حاملگی‌های پرخطر و کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی در طی حاملگی ممکن است در کاهش خطر (Risk) صرع مفید باشد. مراقبت‌های قبل از تولد به‌عنوان یک جزء اساسی واقعیت‌های اولیه بهداشتی به وسیله بسیاری از کارکنان بهداشتی اجرا می‌شود.

تضمین مراقبت از زنان باردار در ضمن حاملگی به‌منظور محافظت کردن آنها در مقابل بیماری‌های عفونی و انگلی و نظارت بر وضع تغذیه آنها ارائه راهکارهایی به منظور پرهیز آنها از مصرف الکل از مسئولیت‌های قانون‌گزاران می‌باشد. مراقبان به‌ویژه کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی باید قانون را اجرا کنند، علاوه بر آن باید امکانی فراهم آید تا از طریق شرایط ویژه و آموزش و انتشار اطلاعات در مورد آسیب‌پذیری زنان باردار و جنین و گوشزد کردن اهمیت اقدام‌های پیش‌گیری در حاملگی، در این مورد کمک نماید.

انجمن‌های زنان و انجمن‌های دیگرگیرنده خدمات که با جمعیت مبتلا به صرع در ارتباط هستند نقش مهمی در حمایت از برقراری مراقبت‌های کافی قبل از تولد و در تشویق زنان برای استفاده کامل از آن بازی می‌کنند.

### زایمان بی‌خطر

عوارض هنگام تولد و حاملگی‌های پرخطر با تأمین مراقبت‌های فراگیر قبل از تولد و خدمات پیش‌گیری کاهش می‌یابد. بهبود کیفیت مراقبت‌های هنگام تولد می‌تواند عوارض مامائی را که می‌تواند منجر به تشنج شود، کاهش دهد. در بسیاری از مناطق، ماماها و افرادی که به‌طور سنتی در زایمان دخالت می‌کنند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشند. این گروه باید اطلاعات و آموزش لازم را با ملحوظ شدن ابعاد فرهنگی خود دریافت دارند. در صورت امکان، لازم است بین سیستم‌های عملی و غیر عملی دست‌اندرکار مراقبت‌های مامائی ارتباط برقرار کرد. در این مورد نیز انجمن‌های زنان و سایر انجمن‌های گیرنده خدمات که با جمعیت بیماران مبتلا به صرع در ارتباط هستند، نقش مهمی در حمایت از برقراری خدمات کافی مامائی و محافظت حین تولد و نیز در تشویق زنان برای استفاده از این خدمات دارند.

زنان مبتلا به صرع، شامل گروهی هستند که نیازمند

جنس، تجربه رانندگی، سرعت وسیله نقلیه، مورد مطالعه قرار گرفته است. نتیجه بررسی نشان می‌دهد که میزان حوادث رانندگی در هر دو گروه یکسان بوده است ولی در رانندگان صرعی شدت حوادث بیشتر می‌باشد (۹).

تشنج‌های بعد از ضربه سر که معمولاً به دنبال ضربه‌های شدید سر به وجود می‌آیند، به علت افزایش فشار داخل جمجمه و کاهش هوشیاری پس از حمله تشنجی، ارزیابی و درمان این بیماران را دچار مشکل می‌کند. در دراز مدت، صرع می‌تواند بر عملکرد بیمار و حضور او در جامعه اثر منفی بگذارد. خطر بروز تشنج دیررس در بیماران با صدمه‌های نافذ سر، هماتوم‌های داخل جمجمه هماتوم‌های زیر سخت شامه (Subdural) و شکستگی همراه با فرورفتگی (Depressed fracture) و بروز تشنج در هفته اول پس از صدمه حدود ۳۰٪ می‌باشد (۱۰).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند دو عامل می‌تواند در ارتباط و پیش‌بینی صرع بعد از ضربه (Post traumatic epilepsy) نقش تعیین‌کننده داشته باشند که عبارتند از:

۱- تشنج زودرس

۲- وجود ضایعه نسج مغز

درمان با داروهای ضد صرع به دنبال ضربه سر هیچ‌گونه اثر پیش‌گیری از شکل‌گیری صرع بعد از ضربه ندارد (۱۱).

باتوجه به ارتباط بین فشارخون بالا و سکتة مغزی و بین سکتة مغزی و صرع، درمان موفق افراد با فشارخون بالا به کاهش تعداد حملات تشنجی و صرع منجر خواهد شد. کارکنان مراقبتهای اولیه بهداشتی می‌توانند در شناسایی افراد مبتلا از طریق اندازه‌گیری منظم فشارخون مؤثر باشند. در بسیاری از موارد، فشارخون بالا را می‌توان از طریق آموزش بیمار در مورد مصرف رژیم کم نمک، کنترل وزن و انجام فعالیت‌های ورزشی کاهش داده و تحت کنترل درآورد. البته در بسیاری از مواد درمان دارویی نیز مورد نیاز خواهد بود.

### کنترل بیماریهای عفونی و انگلی

دو روش برخورد برای کنترل بیماریهای عفونی و انگلی وجود دارد.

۱- برنامه وسیع تلقیح واکسن

۲- کنترل محیطی بیماریهای انگلی.

براساس این برداشت درمان شود. لازم است از قنடاق کردن یا گرم نگاه داشتن کودک تب دار خودداری شود. هشدار در مناطقی که این روند جنبه سنتی دارد، الزامی است. کارکنان مراقبتهای ویژه بهداشتی که فراهم کننده مراقبتهای مادر و کودک هستند، جایگاه مناسبی در راهنمایی والدین در مورد روش پائین آوردن مؤثر درجه حرارت بدن کودک دارند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌دارند که لازم است به مادران اطمینان داده شود که امکان بروز صرع در کودکی که تب و تشنج دارد، فقط اندکی بالاتر از کودکی است که هرگز تب و تشنج نداشته است (۱). ۷۰-۱/۵٪ کودکانی که سابقه یک مورد تب و تشنج داشته‌اند تا ۷ سالگی یک تشنج غیرتب‌دار خواهند داشت. والدینی که کودک صرعی دارند، لازم است در مورد کنترل صحیح تشنج راهنمایی شوند.

### پیش‌گیری از صدمه‌های مغزی

هر روشی که ایمنی جاده‌ها را تضمین کند می‌تواند در کاهش بروز صدمه‌های مغزی مؤثر باشد و به کاهش موارد صرع منجر شود. روشهای ویژه، شامل روش‌های ایمن تر کنترل ترافیک، محدود کردن سرعت، جریمه‌های شدید برای رانندگان مست، ترویج استفاده از کمربند ایمنی و صندلی‌های مخصوص کودک در اتومبیل، کلاه‌خودهای ایمنی می‌باشند و تعداد صدمه‌های مغزی را که در اثر حوادث در محیط کار مانند کارگاه‌ها ایجاد می‌شوند می‌توان به میزان زیادی از طریق اجرای روش‌های اطمینان بخش مانند استفاده از کلاه خود ایمنی، طناب‌های اطمینان بخش، داربست، نور رسانی مناسب کاهش داد. در محیط منزل نیز لازم است مراقبتهایی به کار روند تا گوشه‌های تیز را که در سطح ارتفاع سر کودک می‌باشد، کنترل کنند و پله‌ها و پنجره‌ها تا حدی که ممکن است ایمن ساخته شوند. باتوجه به پیشنهاد‌های فوق لازم است به منظور ایجاد این روش‌های ایمنی بخش، بسیاری از گروه‌هایی که خارج از حیطه بهداشتی هستند، یعنی قانون‌گذاران، مسئولان ترافیک، پلیس، مدارس، اتحادیه‌ها، کارفرمایان، کارگران، مهندسان شهری، طراحان داخلی منزل، معماران و والدین همکاری نمایند. تمام این گروه‌ها در پیش‌گیری از صدمه‌های مغزی نقش دارند و لازم است در تغییر عادت‌ها و نگرشهای منطقه‌ای دخالت کنند.

در یک بررسی حوادث رانندگی در رانندگان مبتلا به صرع با جمعیت عادی مقایسه شده است و متغیرهایی مانند سن،

بیماران صرعی وجود دارد از بین برد و میزان تبعیض نسبت به این بیماران را کاهش دهد. به نظر می‌رسد شیوع بالا و نامتناسب صرع در بعضی از مناطق، ناشی از میزان بالای ازدواج‌های فامیلی خانواده‌های دارای زمینه ارثی صرع می‌باشد. در این موارد علاوه بر مشاوره رایج ژنتیک به منظور آگاه ساختن والدین از میزان خطر و آموزش آنها، لازم است آموزشهای ویژه‌ای نیز داده شوند و احتیاط ویژه به هنگام همراهی تب باتشنج به کار روند. باید توجه داشت که تشنج ممکن است توسط خانواده نادیده گرفته شود و آنرا به عنوان یک علامت اتفاقی تلقی نمایند. لازم است والدین آگاهی کافی پیدا نمایند و به آن‌ها گوشزد شود که براساس شواهد متعدد، یک تشنج ممکن است به تشنج‌های بعدی تبدیل شود و چنانچه تشنج زودتر کنترل شود، نتایج بهتری خواهد داشت.

در یک مطالعه که روی ۴۷۹ کودک مبتلا به صرع صورت گرفته بود تأثیر تعداد تشنج‌های تبار قبل از شروع درمان صرع در کنترل و پسرقت بیماری بررسی شده است. در این مطالعه پژوهشگران نتیجه گرفتند که چنانچه تعداد حملات تب و تشنج قبل از شروع درمان صرع کمتر از ۱۰ حمله باشد، هیچ گونه اشکالی در کنترل و پسرقت زودرس ناشی از صرع وجود ندارد (۱۲).

مشاوره ژنتیک را می‌توان به وسیله کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، متخصصان مغز و اعصاب، روان پزشکان و همچنین متخصصان ژنتیک انجام داد. محیط‌های تحصیلی و جامعه در بسیاری از مناطق نقش عمده‌ای در انتقال اطلاعات صحیح و کمک برای از بین بردن افسانه‌هایی که هنوز به همراه صرع وجود دارد، بازی می‌کنند.

پزشکان عمومی و پزشکان شاغل در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه اغلب اولین گروهی هستند که در مسیر مشاوره قرار می‌گیرند. به همین دلیل داشتن اطلاعات جامع از صرع کودکان به آنها این اجازه را می‌دهد که در مورد آموزش و فراهم نمودن منابع اضافی که برای هماهنگ نمودن مراقبت‌ها از این گروه ویژه لازم است اقدام نمایند (۱۳).

## نتایج

بیشتر روشهایی که در این مقاله ذکر شده‌اند به طور نسبی ساده، در دسترس و مقرون به صرفه می‌باشند که به وسیله تسهیلات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی به طور قابل قبولی می‌توانند پیاده شوند. شکی نیست که اگر این روشها به طور توأم به کار گرفته شوند می‌توانند به طور جدی در

اهمیت کنترل بیماریهایی که ایجاد دوره‌های تبار می‌کنند قبلاً مورد تأکید قرار گرفته است. با وجود این، بعضی بیماریها اثر مستقیم روی مغز دارند و به همین دلیل خطرزایی ویژه‌ای برای شکل‌گیری صرع دارند. تلقیح واکسن در مورد بیماریهای قابل پیش‌گیری به وسیله واکسن مثل دیفتی، سیاه سرفه، کزاز، سرخک و سل نه تنها صدمه‌های مغزی را که به طور مستقیم توسط این بیماریهای در مغز ایجاد می‌شود کاهش می‌دهد بلکه در کنترل دوره‌های تبار که به دلیل عفونتها ایجاد می‌شوند و برای تب و تشنج خطرزا هستند مؤثر می‌باشد. تلقیح واکسن اولین مسئولیت کارکنان بهداشتی است، اما هرفردی در جامعه شامل طراحان برنامه‌های بهداشتی و مدیریت بهداشتی و مروجان بهداشت لازم است در برنامه تلقیح واکسن همکاری نمایند.

سیستی سرکوز مغزی را که به ویژه در بعضی از قسمت های آمریکای جنوبی شایع است، می‌توان به طور مؤثری از طریق برنامه‌های به سازی محیط و دفع فاضلاب و روش های بهداشتی مربوط به دفع بهداشتی مدفوع انسان و توجه به مراکز تهیه، تولید و توزیع مواد غذایی کنترل کرد. یکی از راه‌های مهم ابتلا به سیستی سرکوز مصرف گوشت کباب شده نیم پز است (۶).

شکستن چرخه بیولوژیک انگل، سیستی سرکوز ابتلا به آن را در خوک و انسان کاهش می‌دهد. چند راه کار مؤثر در کنترل سیستوزومیاز و مالاریا ارائه شده‌اند که در بعضی از مناطق آفریقا پیاده شده و در بعضی مناطق آمریکای جنوبی، کشورهای آسیائی و حوزه کارائیب گسترش یافته‌اند. بعضی از بیماریهای انگلی قابل پیش‌گیری می‌باشند و باید برای ریشه‌کنی آنها تلاش شود. به سازی محیط مسئولیت اولیه بخشی از کارکنان بهداشتی است ولی لازم است برنامه‌ریزان و مدیران بهداشتی نیز در ریشه‌کنی بیماری های انگلی درگیر شوند.

## پیش بینی مشاوره ژنتیک

هدف از مشاوره ژنتیک، ارائه دورنمایی از وضع آینده فرزندان برای والدین دارای سابقه خانوادگی صرع می‌باشد. لازم است اطلاعات آگاهانه و صحیح درباره احتمال واقعی خطری که برای هریک از کودکان وجود دارد ارائه شوند. این اطلاعات می‌توانند لکه ننگی را که گاهی بی‌جهت در مورد



## REFERENCES:

- 1 . World Health Organization: Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychological Disorders. W.H.O. Pub. 1998. PP. 54-75.
  - 2 . Wallace. SY; Binnie- CD; Brown- SW, Duncan- JS, McKee-P. Ridsdale. Epilepsy- a guide to medical treatment. 1: AntiEpileptic Drugs. Hosp-Med. 1998 May; 59(5): 379-87.
  - 3 . Coleman- MT; Rund- DA, Nonobstetric conditions causing hypoxia during pregnancy: asthma and epilepsy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997 Jul; 177(1): 1-7.
  - 4 . Crawford P. Epilepsy and pregnancy: good management reduces the risks. Prof- Care- Mother- Child. 1997; 7(1): 17-8.
  - 5 . Carpio-A; Escobar-A; Hauser-WA, Cysticereosis and epilepsy; a critical erview. *Epilepsia*, 1998 Oct; 39(10); 1025-40.
  - 6 . Zahn- CA; Morrel- MJ; Collins- SD; Labiner- DM; Yerby- MS. Management issues for women with epilepsy; a review of literature. *Neurology*, 1998. Oct; 51(4) 949-56.
  - 7 . Taylor- J; Chadwick-D. Johnson- T. Risk of accidents in derives with epilepsy. *J- Neurol- Neurosurg- Psychiatry* 1998 Jun; 60(65): 621-7.
  - 8 . Temrin-NR; Haglund- MM; Winn-HR. Causes, prevention and treatment of post-traumatic epilepsy, *New- Moriz* 1995 Aug; 3(3): 518-22.
  - 9 . Kobayashi-M, Dhira-T, Ishihara- M, Shiobara-R. Kawase-T; Toya-S, Cooperative multicentre study on post traumatic epilepsy. *No- To- Shinkei*, 1997 Aug; 49(8): 723-7.
  - 10 . Camfield-C, Camfield - P, Does the number of seizures before treatment influences case of control or remission of childhood epilepsy? *J Neurology* 1998 Jan; 46(1): 41-4.
- پیشگیری صرع مؤثر باشند. به عنوان مثال، میزان شیوع صرع در دو روستای نزدیک به هم مقایسه شدند. در یکی از آنها سیستم مراقبت بهداشتی وجود داشت و در دیگری که از نظر فرهنگی و سطح اقتصادی- اجتماعی زمینه مشابهی داشت، از سیستم مراقبت بهداشتی سازمان یافته برخوردار بود و مراقبتهای قبل از تولد، حین زایمان و مراقبت مادر و کودک، برنامه تلقیح واکسن و تأمین تغذیه مناسب از برنامه های عادی آن بود. میزان شیوع صرع در جامعه اول حدود ۳۷ در هزار در جامعه دوم ۵/۳ در هزار بود. نکته قابل توجه این است که میزان شیوع در این روستای در حال توسعه قابل مقایسه با میزان شیوع صرع در کشورهای توسعه یافته است. اگر امکان پیشگیری ناقص و ناموفق باشند و در نتیجه صرع به وجود آید، لازم است بیماران در مراکز مراقبتهای اولیه بهداشتی تحت درمان قرار گیرند.
- عملیات پیش گیری از صرع**
- اطمینان از مراقبتهای مناسب قبل از تولد، ترویج زایمان بی خطر
  - توسعه برنامه های تلقیح واکسن برای بیماریهای عفونی
  - به کارگیری روشهای محیطی برای کنترل بیماریهای انگلی
  - کاهش درجه حرارت بدن در کودکان تب دار
  - ترویج ایمنی جاده ها، در خانه و در محیط های کار
  - کاهش فشار خون بالا
  - فراهم نمودن خدمات مشاوره ژنتیک
- 11 . Celano-RT, Diagnosing pediatric epilepsy: an update for the primary car clinician, nurse- pract. 1998 Mar; 23 (33-69; 73-74, 84-6 passim.
  - ۱۲ - عزیزی، فریدون. اپیدمیولوژی بیماریهای شایع در ایران، ۱۳۷۲، ۲۲۸-۲۳۳.
  - ۱۳ - ارفع، فریدون، کرم شناسی پزشکی، ۱۳۷۶، ۷۲-۷۳، ۱۰۹-۱۱۰.