

## شیوع و پایش صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی شهر تهران (۱۳۸۱)

سید مصطفی نجواک\*؛ دکتر حمیدرضا حقیقت\*\*؛ دکتر منصور رضایی\*\*\*

### چکیده:

**سابقه و هدف:** صرع از جدیدترین و شایع‌ترین اختلالات عصبی در دوران کودکی است که شیوع آن رو به افزایش است و هنگامی که با عقب‌ماندگی ذهنی توأم می‌شود، به صورت چالش و معضل قابل توجهی نمایان می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع و پایش صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی ۲۱-۶ ساله شهر تهران انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی (مقطعی) در پاییز سال ۱۳۸۱ به انجام رسید. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از سوابق و مدارک پزشکی موجود در مدارس و مصاحبه با والدین کودکان گردآوری شد. در ابتدا با مراجعه به مدارس و بررسی سوابق پزشکی ۴۳۶۱ دانش‌آموز عقب‌مانده ذهنی، میزان شیوع برآورد شد. آن‌گاه به صورت تصادفی تعدادی از والدین دانش‌آموزان مصروع برای انجام مصاحبه انتخاب شدند. در این مطالعه از شاخص‌های: سن شروع ابتلا، الگوی درمان، سطح آگاهی والدین و سابقه آخرین حمله به عنوان ملاک‌های تعیین وضعیت پایش صرع استفاده شد.

**یافته‌ها:** میزان شیوع صرع در جامعه مورد مطالعه ۱۰/۵۵ درصد بود که در دو جنس تفاوت معناداری را نشان داد ( $p=0/001$ ). سن شروع ابتلا به صرع در ۵۱/۱ درصد از دانش‌آموزان مصروع یک‌سالگی بود. در ۶۰/۵ درصد از دانش‌آموزان مصروع در دو سال قبل حداقل یک‌بار سابقه بروز حملات صرعی وجود داشت. در ۴۶/۱ درصد از مصروعین مورد بررسی، الگوی درمان به صورت مصرف چنددارویی بود. سطح آگاهی ۶۹/۸ درصد از والدین در مورد صرع و چگونگی مراقبت از آن ضعیف و یا خیلی ضعیف بود.

**بحث:** با توجه به شیوع بالا و عدم پایش مناسب و همچنین آگاهی کم والدین، لزوم ارائه برنامه‌های آموزشی درخصوص صرع و نحوه مراقبت از آن به مربیان و والدین دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مصروع ضروری به نظر می‌رسد. لازم است در سطح مراکز آموزشی شیوه‌نامه و منشور مراقبت از صرع تهیه و در اختیار مربیان قرار داده شود.

**کلید واژه‌ها:** صرع، شیوع، پایش، عقب‌ماندگی ذهنی، کودکان، تهران.

«دریافت: ۱۳۸۳/۲/۱۵ پذیرش: پاییز ۱۳۸۳»

\* مدیر گروه و عضو هیأت علمی پژوهشکده کودکان استثنایی ایران.

\*\* متخصص مغز و اعصاب و مدیر عامل سابق انجمن صرع ایران.

\*\*\* دکترای آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

\* عهده‌دار مکاتبات: تهران، خیابان دکتر مفتاح، خیابان بوربور، پژوهشکده کودکان استثنایی، تلفن ۸۱۰۳۱۴-۶

## مقدمه:

صرع از جدی‌ترین و شایع‌ترین اختلالات عصبی در دوران کودکی است که شیوع آن روبه افزایش است (۱). ابتلا به این عارضه منجر به بروز یک سری عوارض همانند: اختلالات یادگیری، رفتاری و حتی مرگ می‌شود (۵-۲). عدم کنترل و مراقبت صحیح از این عارضه در کودکان علاوه بر تأثیرات سوء اقتصادی و اجتماعی آن می‌تواند به عنوان مانع و سدی در برابر تحصیل، آموزش و یادگیری آن‌ها عمل نماید. در کشورهای در حال توسعه متأسفانه بیش از یک سوم کودکان مصروع به صورت رضایت‌بخشی تحت کنترل قرار نمی‌گیرند (۶). یکی از عواملی که می‌تواند نقش مهمی در این خصوص داشته باشد، میزان آگاهی و شناخت والدین از بیماری و تمهید تدابیر مراقبتی در مورد آن است (۱،۷).

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت ۲-۱ درصد افراد جوامع شرقی دچار صرع هستند. در کشور ما آمار دقیقی در دسترس نیست، اما به نظر می‌رسد که ۲-۱ میلیون نفر دچار صرع باشند و سالانه رقم چشم‌گیری به این تعداد افزوده می‌شود (۸).

صرع پدیده‌ای شایع در افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی است و در واقع عقب‌ماندگی ذهنی به عنوان یک عامل خطر برای بروز حملات صرعی مطرح شده است. در بین معلولیت‌های رشد عصبی، بروز توأم همزمان صرع و عقب‌ماندگی ذهنی از شایع‌ترین معلولیت‌ها هستند. هنگامی که عقب‌ماندگی ذهنی با صرع همراه می‌شود، به صورت چالش و معضل قابل توجهی نمایان می‌شود و از

نظر اقتصادی بار سنگینی بر دوش هزینه‌های بهداشتی خواهد گذاشت (۹). مطالعاتی که در مورد بررسی صرع در عقب‌ماندگان ذهنی در پاره‌ای از نقاط جهان انجام شده است، معمولاً از نوع مطالعات مقطعی بوده و عددی که در آن به عنوان میزان شیوع بیان شده، بیانگر شیوع نقطه‌ای و یا شیوع صرع فعال در دوره‌ای از زمان است. با استناد به مطالعات آینده‌نگری که در زمینه بررسی میزان شیوع صرع در افراد عقب‌مانده ذهنی در تعدادی از کشورهای جهان انجام شده است، میزان شیوعی در حدود ۱۵ درصد برای این دسته از افراد اعلام شده که در مقایسه با آمار سایر افراد جامعه چیزی در حدود ۸ تا ۱۵ برابر بیشتر است (۱۱-۹). در همین مطالعات در افرادی که دچار عقب‌ماندگی ذهنی شدید بوده‌اند ( $IQ < 50$ )، میزان شیوع صرع ۳۰ درصد گزارش شده است.

سرمایه‌گذاری در پیشگیری، تشخیص به‌هنگام، درمان و مدیریت صرع در عقب‌ماندگان ذهنی می‌تواند به‌طور قابل توجهی از پناهگاهی شدن فرد مبتلا جلوگیری کند و دیگر هزینه‌های مراقبتی را در خصوص آن‌ها کاهش دهد و به فرد مبتلا کمک کند تا این که برای ادامه زندگی به دیگران کمتر متکی باشد (۹).

هدف کلی این بررسی، تعیین میزان شیوع صرع در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی ۲۱-۶ ساله مشغول به تحصیل در مراکز آموزشی ویژه تحت پوشش سازمان آموزش و پرورش استثنایی بود. در این بررسی همچنین یک سری از متغیرهای مربوط به صرع در دانش‌آموزان مبتلا و همچنین میزان آگاهی والدین از این عارضه مورد مطالعه قرار گرفت.

## مواد و روش‌ها:

این بررسی در پاییز ۱۳۸۱ در شهر تهران انجام شده و جامعه آماری آن را تمامی ۴۳۶۱ دانش‌آموز کم توان ذهنی که در ۳۳ مرکز آموزش استثنایی این شهر مشغول به تحصیل بودند، دربرگرفته است.

این دانش‌آموزان دچار عقب‌ماندگی ذهنی خفیف ( $50 < IQ < 70$ ) و آموزش‌پذیر بودند. در بررسی توصیفی حاضر که به صورت مقطعی اجرا شد، داده‌های مربوط به میزان شیوع از طریق یک فرم اطلاعاتی و با پیوست یک راهنما که با هماهنگی اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران به تمامی مراکز آموزش استثنایی ارسال شد، گردآوری گردید. فرم مذکور توسط مربیان بهداشت مراکز و با استناد به پرونده‌های بهداشتی و مدارک و سوابق پزشکی و درمانی دانش‌آموزان تکمیل می‌گردید. در این مطالعه، کودکی به عنوان مصروع مورد بررسی قرار می‌گرفت که تشخیص مصروع‌بودن توسط متخصص مغز و اعصاب در پرونده او وجود داشت. داده‌های مربوط به میزان آگاهی والدین از بیماری صرع با انجام مصاحبه و به وسیله یک پرسشنامه محقق‌ساخته گردآوری گردید. روایی این پرسشنامه با استفاده از نظر ۳ نفر نرولوژیست و صاحب نظر در امر پژوهش مشخص گردید. پس از این به منظور تعیین پایایی، پرسشنامه روی نمونه‌ای ۳۰ نفری از والدین اجرا گردید. ملاک انتخاب سؤال‌های مناسب جهت اجرای اصلی شاخص سطح دشواری قرار داده شد. سطح دشواری براساس درصد پاسخهای صحیح به هر سؤال تعیین شد. سؤال‌هایی که سطح

دشواری آنها بین ۰/۱۵ تا ۰/۸۵ بود به عنوان سؤال‌های مناسب برای اجرای نهایی پرسشنامه انتخاب شدند. برای برآورد پایایی ثبات درونی پرسشنامه از دو روش دو نیمه‌کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب همبستگی بین دو نیمه پرسشنامه ۰/۹۱ و پایایی آن با استفاده از فرمول اسپیرمن - براون ۰/۹۳ به دست آمد. مقدار ضریب آلفای به‌دست آمده در مرحله مقدماتی ۰/۸۲ بود.

با ۱۰۶ نفر از والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مصروع که به‌طور تصادفی از مراکز آموزش استثنایی مناطق پنج‌گانه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) شهر تهران انتخاب شده بودند، مصاحبه به‌عمل آمد. مضمون این مصاحبه پرسشنامه‌ای حاوی سؤالانی در خصوص صرع و موارد مربوط به کنترل و مراقبت از آن بود.

منظور از آگاهی، نسبت پاسخ صحیح والدین مورد بررسی به سؤالات طرح‌شده در خصوص عارضه صرع و نحوه مراقبت مورد انتظار از آن بود. پاسخ‌های صحیح به سؤالات مندرج در پرسشنامه مربوطه، بررسی و پس از محاسبه، میزان آگاهی براساس نقاط برش چارک‌ها (۲۵، ۵۰ و ۷۵ درصد) به چهار قسمت خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط و خوب طبقه‌بندی گردید.

بخشی از داده‌ها از طریق آمارهای توصیفی و بخش دیگر با انجام آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک طرفه و تی استودنت مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:**

**جدول ۱- توزیع صرع در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی شهر**

تهران در سال ۱۳۸۱.

جنس / بیماری صرع	پسر	دختر	جمع
دارد	۲۰۲ (۸/۸)	۲۳۴ (۱۲/۸)	۴۳۶ (۱۰/۵۵)
ندارد	۲۰۹۸ (۹۱/۲)	۱۵۹۷ (۱۸۷/۲)	۹۹۵ (۸۹/۴۵)
جمع	۲۳۰۰ (۵۵/۷)	۱۸۳۱ (۴۴/۳)	۱۴۳۱ (۱۰۰)
PV	۰/۰۰۱		

براساس آمار اعلام‌شده توسط اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ تعداد ۴۳۶ دانش‌آموز در مراکز آموزش استثنایی ویژه عقب‌ماندگان ذهنی مشغول به تحصیل بودند. با توجه به این‌که داده‌های مربوط به ۴۱۳۱ نفر از این دانش‌آموزان قابل‌پردازش بود، بنابراین جامعه آماری مورد مطالعه در این بررسی چیزی در حدود ۹۵٪ دانش‌آموزان را پوشش می‌داد.

**جدول ۲- سن شروع اولین حمله صرعی در دانش‌آموزان**

عقب‌مانده ذهنی مصروع شهر تهران در سال ۱۳۸۱.

سن	تعداد	درصد	درصد فراوانی تراکمی نسبی
یک‌سالگی	۲۲۳	۵۱/۱	۵۱/۱
دو سالگی	۶۴	۱۴/۷	۶۵/۸
سه سالگی	۳۷	۸/۵	۷۴/۳
چهارسالگی	۲۸	۶/۴	۸۰/۷
چهارسال به بالا	۸۴	۱۹/۳	۱۰۰
جمع	۴۳۶	۱۰۰	

میانگین سن دانش‌آموزان مورد مطالعه  $3/13 \pm 12/74$

سال و محدوده آن ۶ تا ۲۱ سال بود.

موارد صرع گزارش‌شده در بین ۴۱۳۱ دانش‌آموز مورد مطالعه در ۳۳ مرکز آموزشی، ۴۳۶ مورد بود که از این رقم ۲۰۲ مورد مربوط به دانش‌آموزان پسر (۲۰ مرکز آموزشی) و ۲۳۴ مورد دیگر مربوط به دانش‌آموزان دختر (۱۳ مرکز آموزشی) بود. میزان شیوع صرع در کل دانش‌آموزان ۱۰/۵۵ درصد، دانش‌آموزان پسر ۸/۷۸ و دانش‌آموزان دختر ۱۲/۷۸ درصد بود. میزان شیوع صرع در بین دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری را نشان داد (P=۰/۰۰۱) (جدول ۱).

بروز حمله داشتند (جدول ۳).

الگوی درمان در ۴۶/۱ درصد از مصروعین کم‌توان ذهنی مورد مطالعه چنددارویی<sup>۱</sup> و در ۵۳/۹ درصد تک‌دارویی<sup>۲</sup> بود. مصرف فنوباریتال ۱۶/۵، کاربامازپین و سدیم والپروات هر یک ۱۵/۱ و فنی‌توئین ۰/۷ درصد بود (جدول ۴).

بروز اولین حمله صرعی در ۵۱/۱ درصد از دانش‌آموزان مصروع کم‌توان ذهنی در یک‌سالگی، در ۱۴/۷ درصد در دو سالگی و در ۸/۵ درصد در سه سالگی اتفاق افتاده بود (جدول ۲).

۱۶/۷ درصد از دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مصروع در یک ماه قبل، ۴۶/۲ درصد یکسال قبل و ۶۰/۴ درصد در دو سال قبل حداقل یک‌بار سابقه

1- Poly pharmacy

2- Monopharmacy

با توجه به میزان پاسخ صحیح والدین به سؤالات مطرح‌شده، سطح آگاهی ۱۷ درصد از آن‌ها خیلی ضعیف، ۵۲/۸ درصد ضعیف، ۲۹/۳ درصد متوسط و تنها ۰/۹ درصد خوب بود. پس از تجزیه و تحلیل سؤالات طرح‌شده در متن مصاحبه، مشخص شد که ۶۲/۹ درصد از والدین کودکان مصروع از مواردی که می‌تواند به هنگام وقوع یک حمله تشنجی به عنوان یک وضعیت اورژانسی تلقی گردد، آگاهی نداشتند.

تنها ۴۵/۷ درصد از والدین اعلام کرده بودند که کودکان مصروع خود را به صورت دوره‌ای و مرتب برای معاینه نزد پزشک برده‌اند. ۲۳/۳ درصد از والدین نام دارویی را که فرزند مصروع آن‌ها مصرف می‌کرد، نمی‌دانستند. ۹۶/۶ درصد از والدین از کمبودهای تغذیه‌ای که ممکن است با مصرف داروهای ضد صرع به وجود بیاید، آگاهی نداشتند و نزدیک به ۹۰ درصد از آن‌ها اعلام کرده بودند که تاکنون در هیچ کلاس و یا دوره آموزشی در خصوص صرع شرکت نکرده‌اند.

#### بحث:

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان شیوع صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی ۱۰/۵۵ درصد بود. این میزان شیوع در مقایسه با برخی مطالعات انجام‌شده در سایر نقاط جهان رقم تقریباً مشابهی را نشان می‌دهد (۱۲ و ۱۱). در تعداد دیگری از مطالعات میزان شیوع صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی که به لحاظ میزان ضریب هوشی (IQ: ۵۰-۶۹) مشابه با کودکان مورد بررسی در این مطالعه بودند، ۵-۴ درصد بیش از میزان شیوع به دست آمده در این مطالعه بوده است

جدول ۳- سابقه بروز آخرین حمله در دانش‌آموزان عقب‌مانده

ذهنی مصروع شهر تهران در سال ۱۳۸۱.

زمان	تعداد	درصد	فراوانی تراکمی نسبی
یک ماه قبل	۷۳	۱۶/۷	۱۶/۷
دو تا شش ماه قبل	۸۱	۱۸/۵	۳۵/۲
شش ماه تا یک سال قبل	۴۸	۱۱	۴۶/۲
یک تا دو سال قبل	۶۲	۱۴/۲	۶۰/۴
بیش از دو سال	۱۴۷	۳۳/۷	۹۴/۱
ثبت نشده	۲۶	۵/۹	۱۰۰
جمع	۴۳۷	۱۰۰	

جدول ۴- الگو و نوع داروی مصرفی در دانش‌آموزان کم‌توان

ذهنی مصروع شهر تهران در سال ۱۳۸۱.

الگوی مصرف	نام دارو	تعداد	درصد	تراکمی نسبی
تشنج	فنونباریتال	۷۲	۱۶/۵	۱۶/۵
	کاربامازپین	۶۶	۱۵/۱	۳۱/۶
	فنی‌توین	۳	۰/۷	۳۲/۳
	سدیم‌والپروات	۶۶	۱۵/۱	۴۷/۵
	پریمیدون	۱۴	۳/۲	۵۰/۷
	غیره	۱۴	۳/۲	۵۳/۹
چنددارویی	—	۲۰۱	۴۶/۱	۱۰۰

میزان نمره آگاهی کسب‌شده توسط والدین در مصاحبه‌های به عمل آمده از آن‌ها با قراردادن نمره ۱۰۰ به عنوان مبنا،  $14/27 \pm 39/42$  بود. تفاوت میانگین نمره والدین بر اساس سطح سواد آن‌ها از نظر آماری معنادار بود ( $P = 0/01$ ).

براساس یافته‌های تعداد زیادی از مطالعات، مصرف داروهای فنوباریتال و فنی‌توئین عوارض جانبی نامطلوبی در عقب‌ماندگان ذهنی مبتلا به صرع به همراه دارد (۱۴، ۱۶ و ۱۷). بر همین اساس به پزشکان توصیه شده از تجویز این دو دارو جهت کنترل صرع در این دسته از افراد پرهیز نمایند (۹ و ۱۵). در بررسی حاضر در ۱۶/۵ درصد موارد فنوباریتال و در ۰/۷ درصد فنی‌توئین مصرف شده بود که البته این‌ها تنها مربوط به افرادی بود که الگوی مصرف داروی آن‌ها تک‌دارویی بود و آن‌هایی را که الگوی مصرف دارویشان چند دارویی بود، شامل نمی‌شد. قطعاً با احتساب موارد اخیر ارقام به دست آمده بیش از آن چیزی خواهد بود که اعلام شده است.

یکی از مواردی را که می‌توان در بیان این وضعیت احتمال داد، این است که شاید والدین این دانش‌آموزان به هنگام مراجعه به پزشک از گفتن این نکته که فرزند آن‌ها علاوه بر صرع دچار عقب‌ماندگی ذهنی نیز هستند، امتناع ورزیده باشند.

اگر حملات تشنجی در فردی مصروع به گونه‌ای باشد که برای کنترل آن نیاز به مصرف چند نوع دارو به طور همزمان باشد، احتمال بهبودی کمتری وجود خواهد داشت. در مقابل بیمارانی که فقط با یک نوع دارو به خوبی کنترل شده‌اند امید بیشتری به بهبودی کامل خواهند داشت (۲). در مطالعه حاضر الگوی مصرف دارو در بیش از ۴۵٪ از مصروعین مورد بررسی درمان چند دارویی بود. در مجموع و با توجه به نتایج بدست آمده یعنی ۴۶/۱ درصد چند دارویی، ۱۶/۵ درصد فنوباریتال و ۰/۷ درصد فنی‌توئین می‌توان

(۷ و ۱۳). یکی از علت‌های وجود اختلاف در برآورد میزان شیوع صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی وجود تفاوت در ابزار و روشی است که در مطالعات مختلف برای برآورد میزان شیوع از آن‌ها استفاده شده است (۹). در این مطالعه سن شروع حملات صرعی در ۵۱ درصد از افراد مورد بررسی در یک سالگی بوده است. در مطالعه Forsgren در ۳۹/۳ درصد از عقب‌ماندگان ذهنی و در پژوهش Alvarez در ۴۱ درصد این افراد سن شروع حملات صرعی پیش از یک سالگی اعلام شده است (۱۴، ۱۱). سن شروع حملات صرع در عقب‌ماندگان ذهنی مصروع با علت زمینه‌ای عقب‌ماندگی ذهنی در ارتباط است (۱۵). معمولاً از نظر سبب‌شناسی و به لحاظ فیزیوپاتولوژیکی علت مشترکی را برای بروز توأم عقب‌ماندگی ذهنی و صرع در این افراد مطرح می‌کنند. بر همین اساس با توجه به تنوع علل بروز عقب‌ماندگی ذهنی، وجود تنوع در زمان بروز صرع در این افراد، رخدادی غیرعادی نخواهد بود.

یکی از عوامل مهم در پیش‌آگهی صرع، سن شروع حملات است. هر چه این سن کمتر باشد، این پیش‌آگهی بدتر خواهد بود و می‌تواند باعث تبدیل صرع به نوع مقاوم شود (۱۵). در این مطالعه سن شروع حملات در ۵۱ درصد از افراد یک‌سالگی بود. در مجموع سن شروع حمله در ۷۴/۳ درصد از مصروعین مورد مطالعه به سنین قبل از سه سالگی برمی‌گشت.

در حال حاضر موضوع استفاده یا عدم استفاده از فنی‌توئین و فنوباریتال در بین متخصصان و پژوهشگران مورد بحث و افتراق نظر است.

آنها رابطه معناداری وجود داشت. آن‌دسته از والدین که سطح سوادشان بیشتر بود، نمره آگاهی بیشتری به دست آورده بودند (نمودار ۱ و ۲). به طور کلی در این مطالعه سطح آگاهی نزدیک به ۷۰ درصد از والدین از صرع و مراقبت از آن در حد ضعیف و یا خیلی ضعیف قرار داشت. در مطالعات متعدد رابطه بین افزایش میزان آگاهی والدین از صرع و مراقبت از آن با بهبود وضعیت این عارضه در فرزندان مبتلا نشان داده شده است (۷، ۲۰ و ۲۱).

Norzila و همکارانش در مطالعه‌ای که به منظور بررسی میزان آگاهی والدین کودکان مصروع انجام دادند، دریافتند که ۹۰ درصد از والدین آگاهی مناسبی از بیماری صرع ندارند، و تنها ۱۰ درصد از والدین نام دارویی را که فرزند آن‌ها مصرف می‌کرد، می‌دانستند و همچنین ۹۰ درصد از والدین نحوه مدیریت یک حمله حاد صرعی را نمی‌دانستند (۲۱).

بر اساس اعلام انجمن صرع ایران میزان شیوع صرع در دانش‌آموزان ایرانی ۱-۰/۵ درصد بوده است (۲۲). در مطالعه حاضر این میزان در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی ۱۰/۵ درصد برآورد گردید. این به آن مفهوم است که میزان شیوع صرع در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر از دانش‌آموزان عادی است.

از آنجاییکه عدم توجه و مراقبت صحیح از این عارضه در کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌تواند منجر به عمیق‌تر شدن عقب‌ماندگی ذهنی و همچنین وخیم‌تر شدن حملات صرعی در آن‌ها گردد (۹ و ۱۵)، ضروری است مسئولین و کارگزاران بهداشت مدارس توجهی ویژه به آن داشته باشند.

این‌گونه اظهار داشت که در ۶۳/۳ درصد از دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مصروع الگوی مصرف دارو، الگویی مناسب نبوده است.

باید به این موضوع توجه نمود که با کاربرد مراقبت‌های صحیح و مرتب، می‌توان الگوی مصرف دارو را تغییر داد. در مطالعه Pellock امکان تغییر الگوی درمان از چند دارویی به تک‌دارویی رد نشده است. در این مطالعه اعلام شده که با رعایت برخی نکات، الگویی مصرف تک‌دارویی در تعدادی از عقب‌ماندگان ذهنی مصروع از ۳۶/۵ درصد به ۵۸/۱ درصد رسانده شده است، بدون اینکه هیچ‌گونه مشکلی در کنترل حملات صرعی به وجود بیاید (۱۸). یکی از نشانه‌های مهم کنترل صرع عدم بروز هر نوع حمله تشنجی در دو سال قبل است (۱۵، ۱۹). نتایج این مطالعه نشان داد که در ۶۰/۵ درصد از دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مصروع مورد بررسی در دو سال قبل حداقل یک‌بار سابقه وقوع حمله صرعی وجود داشته است.

در بین دانش‌آموزانی که در دو سال قبل حداقل یک‌بار سابقه بروز حملات صرعی داشته‌اند، ۵۲/۵ درصد از آن‌ها الگوی درمانشان چند دارویی و ۴۹/۳ درصد نیز سن شروع حملاتشان، یک‌سالگی بوده است.

در این مطالعه تنها ۱۵/۵ درصد از والدین توانستند تعریف مناسبی از صرع را ارائه دهند، همچنین ۶۲/۹ درصد از آن‌ها از نحوه مدیریت یک حمله حاد آگاهی کافی نداشتند و ۲۳/۳ درصد نیز نام داروی ضدصرعی را که فرزند آن‌ها مصرف می‌کرد، نمی‌دانستند. بین سطح سواد والدین و میزان آگاهی

برهمن اساس پیشنهادمی گردد با مشورت و نظر در دانش آموزان عقب مانده ذهنی تهیه گردد .  
متخصصان منشوری برای پایش و مراقبت از صرع

#### References:

1. Kankirawatana P. Epilepsy awareness among schoolteachers in Thailand. *Epilepsia* 1999; 40(4): 497-501.
2. Brorson LO, Wranne L. Long term prognosis in childhood epilepsy: survival and seizure prognosis. *Epilepsia* 1987; 28: 324-40.
3. Sahin M, Menachec, Holmes GI, Riviello JJ. Outcome of severe refractory status epileptics in children. *Epilepsia* 2001; 42(11): 1461-7.
4. Thomas SV, Reghunath B, Sankara Sarma P. Mortality among epilepsy patients attending a tertiary referral center in a developing country. *Seizure* 2001; 10(5): 370-3.
5. Zelnik N, Saadi L, Silman S. Seizure control and educational outcome in childhood- onset epilepsy. *J child Neurol* 2001; 16(11): 820-4.
6. Moreno Villares JM, Oliveros- leal L. The return to the Ketogenic diet: What role does it play in the treatment of refractory seizures of infancy. *Rev Neurol* 2001; 16:30-32.
7. Kwong KL, Wong SN, Sok T. Parental Perception, worries and needs in children with epilepsy. *Acta Pediatr* 2000; 89(5): 593-6
۸. نسبی تهرانی داریوش، حقیقت حمیدرضا. صرع و آنچه می توانید انجام دهید. چاپ اول، تهران: راه سبحان، سال ۱۳۸۰، ۱۵-۱۰.
9. Sillanpaa M. Epilepsy in the mentally retarded: In: Wallace S, editor. *Epilepsy in children*. 1st ed. London: Chapman and Hall; 1996, P.417-427.
10. Drillien CM, Jameson S, Wilkinson EM. Studies in mental handicap: Prevalence and distribution by clinical type and severity of defect. *Arch Disease Childhood* 1966; 41:528-38.
11. Forsgren L, Edvinsson SO, Blomquist HK. Epilepsy in a population of mentally retarded children and adults. *Epilepsy Research* 1990; 6: 234-48.
12. Gouledn KJ, Shinnar S. Epilepsy in Children with mental retardation: a cohort study. *Epilepsy* 1991; 32: 690-7.



13. Blomquist HK, Gustavson KH, Holmgren G. Mild mental retardation in children in Northern Swedish country. *JMDR* 1981; 25:92-109.
14. Iivanainen M. Phenytoin: effective but insidious therapy for epilepsy in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1998; 42 (suppl 1): 24-31.
15. Brodtkorb E. Treatment of epilepsy in patients with intellectual disabilities: In: Sillanpaa M, Gram L, Johannessen SI, Torbjorn T, editors. *Epilepsy and mental retardation*. 1st ed. Hampshire: Wright Son Biomedical Publishing; 1999, P. 73-91.
16. Iivanainen M, Savolainen H. Side effects of Phenobarbital and phenytoin during long-term treatment of epilepsy. *Acta Neurol Scand Suppl* 1983; 97:49-67.
17. Alvarez N, Besag F, Iivanainen M. Use of antiepileptic drug in the treatment of epilepsy in people with intellectual disability. *J Implect Disable Res* 1998; 42(Suppl 1): 1-15.
18. Pellock JM, Hunt PA. A decade of modern epilepsy therapy in institutionalized mentally retarded patients. *Epilepsy Res* 1996; 25(3): 263-8.
19. Shinnar S, Vining EP. Discontinuing antiepileptic medication in children with epilepsy after two years without seizures. *NEJM* 1985; 313(16): 976-980.
20. Aytch LS, Hammond R, White C. Seizures in infants and young children: an exploratory study of family experiences and needs for information and support. *J Neurosci Nurs* 2001; 33(5): 278-85.
21. Norzila MZ, Azizi BH, Motilal R. Childhood epilepsy: What parents know, believe and do. *Med J Malaysia* 1997; 52(1): 60-3.

۲۲. انجمن صرع ایران. خبرنامه داخلی انجمن صرع ایران (علمی، آموزشی، اجتماعی). شماره ۱۴، ۱۳۸۰، سال چهارم (پاییز و زمستان).