

شیوع و پایش صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی شهر تهران (1381)

سید مصطفی نچواک*؛ 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 21-6 ساله شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی (مقطعی) در پاییز سال 1381 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 4361 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 10/55 درصد بود که در دو جنس تفاوت معناداری را نشان داد ($p=0/001$). سن شروع ابتلا به صرع در 51/1 درصد از دانش‌آموزان مصروع یک‌سالگی بود. در 60/5 درصد از دانش‌آموزان مصروع در دو سال قبل حداقل یک‌بار سابقه بروز حملات صرعی وجود داشت. در 46/1 درصد از مصروعین مورد بررسی، الگوی درمان به صورت مصرف چنددارویی بود. سطح آگاهی 69/8 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 در خصوص 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: 1383/2/15 پذیرش: پاییز 1383»

* 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 8810314-6.

مقدمه:

نظر اقتصادی بارسنگینی بر دوش هزینه‌های بهداشتی خواهد گذاشت (9). 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 15 درصد برای این دسته از افراد اعلام شده که در مقایسه با آمار سایر افراد جامعه چیزی در حدود 8 تا 15 برابر بیشتر است (9-11). در همین مطالعات در افرادی که دچار عقب‌ماندگی ذهنی شدید بوده‌اند ($IQ < 50$)، میزان شیوع صرع 30 درصد گزارش شده است.

سرمایه‌گذاری در پیشگیری، تشخیص به‌هنگام، درمان و مدیریت صرع در عقب‌ماندگان ذهنی می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی 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 (9).

هدف کلی این بررسی، تعیین میزان شیوع صرع در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی 21-6 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.

صرع از جدی‌ترین و شایع‌ترین اختلالات عصبی در دوران کودکی است که شیوع آن روبه افزایش است (1). ابتلا به این عارضه منجر به بروز یک سری عوارض همانند: اختلالات یادگیری، رفتاری و حتی مرگ می‌شود (5-2). 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 (6). 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 (1، 7).

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت 2-1 درصد افراد جوامع شرقی دچار صرع هستند. در کشور ما آمار دقیقی در دسترس نیست، اما به نظر می‌رسد که 2-1 میلیون نفر دچار صرع باشند و سالانه رقم چشم‌گیری به این تعداد افزوده می‌شود (8).

صرع پدیده‌ای شایع در افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی است و در واقع عقب‌ماندگی ذهنی به‌عنوان 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

مواد و روش‌ها:

این بررسی در پاییز 1381 در شهر تهران انجام شده و جامعه آماری آن را تمامی 4361 دانش‌آموز کم توان ذهنی که در 33 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 مصروع بودن 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 3 نفر نرولوژیست و صاحب نظر در امر پژوهش مشخص گردید. پس از این به منظور تعیین پایایی، پرسشنامه روی نمونه‌ای 30 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 0/15 تا 0/85 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 0/91 و پایایی آن با استفاده از فرمول اسپیرمن - براون 0/93 به دست آمد. مقدار ضریب آلفای به دست آمده در مرحله مقدماتی 0/82 بود.

با 106 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 به عمل آمد. مضمون این مصاحبه پرسشنامه‌ای حاوی سؤال‌های درخصوص صرع و موارد مربوط به کنترل و مراقبت از آن بود.

منظور از آگاهی، نسبت پاسخ صحیح والدین مورد بررسی به سؤالات طرح شده درخصوص 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 (25، 50 و 75 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 1- توزیع صرع در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی شهر

تهران در سال 1381.

بیماری صرع	جنس		جمع
	پسر	دختر	
دارد	202 (8/8)	234 (12/8)	436 (10/55)
ندارد	2098 (91/2)	1597 (187/2)	995 (89/45)
جمع	2300 (55/7)	1831 (44/3)	1431 (100)
PV	0/001		

جدول 2- سن شروع اولین حمله صرعی در دانش‌آموزان

عقب‌مانده ذهنی مصروع شهر تهران در سال 1381.

سن	تعداد	درصد	درصد فراوانی تراکمی نسبی
یک‌سالگی	223	51/1	51/1
دو سالگی	64	14/7	65/8
سه سالگی	37	8/5	74/3
چهارسالگی	28	6/4	80/7
چهارسال به بالا	84	19/3	100
جمع	436	100	

بروز حمله داشتند (جدول 3).

الگوی درمان در 46/1 درصد از مصروعین کم‌توان ذهنی مورد مطالعه چنددارویی¹ و در 53/9 درصد تک‌دارویی² بود. مصرف فنوباریتال 16/5، کاربامازپین و سدیم والپروات هر یک 15/1 و فنی‌توین 0/7 درصد بود (جدول 4).

براساس آمار اعلام‌شده توسط اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران در سال تحصیلی 81-82 تعداد 4361 دانش‌آموز در مراکز آموزش استثنایی ویژه عقب‌ماندگان ذهنی مشغول به تحصیل بودند. با توجه به این‌که داده‌های مربوط به 4131 نفر از این دانش‌آموزان قابل‌پردازش بود، بنابراین جامعه آماری مورد مطالعه در این بررسی چیزی در حدود 95% دانش‌آموزان را پوشش می‌داد.

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

سال و محدوده آن 6 تا 21 سال بود.

موارد صرع گزارش‌شده در بین 4131 دانش‌آموز مورد مطالعه در 33 مرکز آموزشی، 436 مورد بود که از این رقم 202 مورد مربوط به دانش‌آموزان پسر (20 مرکز آموزشی) و 234 مورد دیگر مربوط به دانش‌آموزان دختر (13 مرکز آموزشی) بود. میزان شیوع صرع در کل دانش‌آموزان 10/55 درصد، دانش‌آموزان پسر 8/78 و دانش‌آموزان دختر 12/78 درصد بود. میزان شیوع صرع در بین دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری را نشان داد ($P=0/001$) (جدول 1).

بروز اولین حمله صرعی در 51/1 درصد از دانش‌آموزان مصروع کم‌توان ذهنی در یک‌سالگی، در 14/7 درصد در دو سالگی و در 8/5 درصد در سه سالگی اتفاق افتاده بود (جدول 2).

16/7 درصد از دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مصروع در یک ماه قبل، 46/2 درصد یکسال قبل و 60/4 درصد در دو سال قبل حداقل یک‌بار سابقه

جدول 3- سابقه بروز آخرین حمله در دانش‌آموزان عقب‌مانده

ذهنی مصروع شهر تهران در سال 1381.

زمان	تعداد	درصد	فراوانی تراکمی نسبی
یک ماه قبل	73	16/7	16/7
دو تا شش ماه قبل	81	18/5	35/2
شش ماه تا یک سال قبل	48	11	46/2
یک تا دو سال قبل	62	14/2	60/4
بیش از دو سال	147	33/7	94/1
ثبت نشده	26	5/9	100
جمع	437	100	

جدول 4- الگو و نوع داروی مصرفی در دانش‌آموزان کم‌توان

ذهنی مصروع شهر تهران در سال 1381.

الگوی مصرف	نام دارو	تعداد	درصد	تراکمی نسبی
دارویی	فئوباریتال	72	16/5	16/5
	کاربامازپین	66	15/1	31/6
	فنی‌توین	3	0/7	32/3
	سدیم‌والپروات	66	15/1	47/5
	پریمیدون	14	3/2	50/7
	غیره	14	3/2	53/9
چنددارویی	—	201	46/1	100

با توجه به میزان پاسخ صحیح والدین به سؤالات مطرح‌شده، سطح آگاهی 17 درصد از آنها خیلی ضعیف، 52/8 درصد ضعیف، 29/3 درصد متوسط و تنها 0/9 درصد خوب بود. پس از تجزیه و تحلیل سؤالات طرح‌شده در متن مصاحبه، مشخص شد که 62/9 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 45/7 درصد از والدین اعلام کرده بودند که کودکان مصروع خود را به صورت دوره‌ای و مرتب برای معاینه نزد پزشک برده‌اند. 23/3 درصد از والدین نام دارویی را که فرزند مصروع آنها مصرف می‌کرد، نمی‌دانستند. 96/6 درصد از والدین از کمبودهای تغذیه‌ای که ممکن است با مصرف داروهای ضد صرع به وجود بیاید، آگاهی نداشتند و نزدیک به 90 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 10/55 درصد بود. این میزان شیوع در مقایسه با برخی مطالعات انجام‌شده در سایر نقاط جهان رقم تقریباً مشابهی را نشان می‌دهد (11 و 12). در تعداد دیگری از مطالعات میزان شیوع صرع در کودکان عقب‌مانده ذهنی که به لحاظ میزان ضریب هوشی (IQ: 50-69) مشابه با کودکان مورد بررسی در این مطالعه بودند، 4-5 درصد بیش از میزان شیوع به دست آمده در این مطالعه بوده است

میزان نمره آگاهی کسب‌شده توسط والدین در مصاحبه‌های به عمل آمده از آنها با قرارداد نمره 100 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 (14، 16 و 17). بر همین اساس به پزشکان توصیه شده از تجویز این دو دارو جهت کنترل صرع در این دسته از افراد پرهیز نمایند (9 و 15). در بررسی حاضر در 16/5 درصد موارد فنوباریتال و در 0/7 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 (2). در مطالعه حاضر الگوی مصرف دارو در بیش از 45% از مصروعین مورد بررسی درمان چند دارویی بود. در مجموع و با توجه به نتایج بدست آمده یعنی 46/1 درصد چند دارویی، 16/5 درصد فنوباریتال و 0/7 درصد فنی‌توئین می‌توان

(7 و 13). 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 (9). در این مطالعه سن شروع حملات صرعی در 51 درصد از افراد مورد بررسی در یک سالگی بوده است. در مطالعه Forsgren در 39/3 درصد از عقب‌ماندگان ذهنی و در پژوهش Alvarez در 41 درصد این افراد سن شروع حملات صرعی پیش از یک سالگی اعلام شده است (11، 14). سن شروع حملات صرع در عقب‌ماندگان ذهنی مصروع با علت زمینه‌ای عقب‌ماندگی ذهنی در ارتباط است (15). 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 (15). در این مطالعه سن شروع حملات در 51 درصد از افراد یک‌سالگی بود. در مجموع سن شروع حمله در 74/3 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 1 و 2). به طور کلی در این مطالعه سطح آگاهی نزدیک به 70 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 (7، 20 و 21).

Norzila و همکارانش در مطالعه‌ای که به منظور بررسی میزان آگاهی والدین کودکان مصروع انجام دادند، دریافتند که 90 درصد از والدین آگاهی مناسبی از بیماری صرع ندارند، و تنها 10 درصد از والدین نام دارویی را که فرزند آنها مصرف می‌کرد، می‌دانستند و همچنین 90 درصد از والدین نحوه مدیریت یک حمله حاد صرعی را نمی‌دانستند (21).

بر اساس اعلام انجمن صرع ایران میزان شیوع صرع در دانش‌آموزان ایرانی 1-0/5 درصد بوده است (22). در مطالعه حاضر این میزان در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی 10/5 درصد برآورد گردید. این به آن مفهوم است که میزان شیوع صرع در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی 10 تا 20 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 (9 و 15)، ضروری است مسئولین و کارگزاران بهداشت مدارس توجهی ویژه به آن داشته باشند.

این‌گونه اظهار داشت که در 63/3 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 چنددارویی 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 36/5 درصد به 58/1 درصد رسانده شده است، بدون اینکه هیچ‌گونه مشکلی در کنترل حملات صرعی به وجود بیاید (18). یکی از نشانه‌های مهم کنترل صرع عدم بروز هر نوع حمله تشنجی در دو سال قبل است (15، 19). نتایج این مطالعه نشان داد که در 60/5 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، 52/5 درصد از آنها الگوی درمانشان چنددارویی و 49/3 درصد نیز سن شروع حملاتشان، یک‌سالگی بوده است.

در این مطالعه تنها 15/5 درصد از والدین توانستند تعریف مناسبی از صرع را ارائه دهند، همچنین 62/9 درصد از آنها از نحوه مدیریت یک حمله حاد آگاهی کافی نداشتند و 23/3 درصد نیز نام داروی ضد صرعی 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
8. نسبی تهرانی داریوش، حقیقت حمیدرضا. صرع و آنچه می توانید انجام دهید. چاپ اول، تهران: راه سبحان، سال 1380، 10-15.
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 Intellect Disabil 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 14، 1380، سال چهارم (پاییز و زمستان).