

درسنامه بیماری‌های مغز و اعصاب

مرجع اصلی مبحث بیماری‌های مغز و اعصاب
آزمون‌های پیش‌کارورزی و پذیرش دستیار تخصصی

نویسندگان:

اعضای کمیته علمی انجمن مغز و اعصاب ایران
با همکاری اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

ویراستار علمی و ادبی:

دکتر شکوفه علائی

متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب

تقدیمی

بابوسہ بردستان آمان کہ از آنچہ داشتند، گذشتند تا بہ دیگران آنچہ را ندارند عطا کنند؛

تقدیم بہ

آمان کہ با «آ» آغاز، با «ب» بردباری و با «ت» تلاش را بہ ما آموختند.

و بہ آمان کہ با علم خویش، مسکین بخشیماران دردمند می شوند

و با کلامشان، آرامش و آسودگی خاطر را برایشان بہ ارمغان می آورند.

و بہ آمان کہ در دل کویر نہال دوستی می نشانند و رنج و خستہ دلی را نوید باغی پر گل می دهند.

فهرست مطالب

۱ اصول معاینه عصبی

۱۴	• تست شوایاخ
۱۵	• تست Dix - Halpike یا نیلن بارانی
۱۵	اعصاب مغزی نهم و دهم
۱۵	عصب مغزی یازدهم
۱۶	عصب مغزی دوازدهم
۱۶	نحوه معاینه سیستم حسی
۱۹	معاینه حرکتی
۱۹	مشاهده بیمار
۲۰	امتحان تون عضلانی اندام‌ها
۲۱	قدرت اندام‌ها
۲۲	رفلکس‌ها
۲۲	• قوس رفلکس
۲۲	رفلکس‌های کششی عضلانی
۲۲	• نحوه معاینه رفلکس‌های تاندونی عمقی
۲۳	رفلکس‌های سطحی
۲۳	• رفلکس‌های پوستی شکمی
۲۳	• رفلکس کف پای
۲۴	• رفلکس کرامستر
۲۴	• رفلکس مقعدی
۲۴	• رفلکس بولبولو کاونوس
۲۴	رفلکس‌های پاتولوژیک
۲۴	• رفلکس کف پای
۲۴	• رفلکس‌های بلوی
۲۴	• رفلکس گراسپ
۲۴	• رفلکس مکیدن
۲۴	• رفلکس پالمومتال
۲۵	معاینه بالینی مخچه
۲۷	معاینه بالینی ایستادن و راه رفتن
۲۷	سندرم‌های بالینی
۲۷	• راه رفتن در همی‌پارزی
۲۸	• راه رفتن در پاراپارزی
۲۸	• راه رفتن آسی
۲۸	• راه رفتن Steppage
۲۸	• راه رفتن پارکینسونی
۲۸	• راه رفتن اردکی در میوپاتی
۲۸	• راه رفتن مخچه‌ای
۳۰	• آناکسی حسی
۳۰	• راه رفتن آپراکسیک
۳۱	• راه رفتن هیستریکال

۱	مقدمه
۲	وسایل لازم برای معاینه عصبی
۲	معاینه قوای هوشی و ذهنی بیمار
۲	• سطح هوشیاری
۲	• محتوای هوشیاری
۲	• معاینه سطح هوشیاری
۲	• معاینه محتوای هوشیاری
۵	معاینه اعصاب کرانیال
۵	عصب مغزی اول یا عصب بویایی
۵	• معاینه بالینی
۵	• نکات بالینی
۵	عصب مغزی دوم یا عصب بینایی
۵	• معاینه بالینی
۵	• معاینه قدرت بینایی
۶	• معاینه دید رنگ
۶	• معاینه میدان بینایی
۶	• افتالموسکوپی یا فوندوسکوپی
۶	• معاینه مردمک‌ها
۷	• سندرم هورنر
۷	• مردمک تونیک
۸	• مردمک آرژیل روبرتسون
۸	اعصاب مغزی سوم، چهارم و ششم (اعصاب حرکتی چشم)
۸	• معاینات بالینی عصب اکولوموتور
۹	• معاینه بالینی عصب تروکلنار
۹	• نکات بالینی
۹	• معاینه بالینی عصب ابدوسنس
۱۰	• اختلالات حرکات هم‌زمان چشم‌ها
۱۰	• ضایعه کورتکس
۱۱	• ضایعه پونز
۱۱	• ضایعه MLF
۱۱	عصب مغزی پنجم
۱۲	• معاینه بالینی عصب مغزی هفتم
۱۳	عصب مغزی هشتم
۱۳	• تست رینه
۱۴	• تست وبر

۲ پاراکلینیک در نورولوژی

۳۳	پونکسیون کمبری (LP)
۳۳	کنتراندیکاسیون‌های LP

۵۵	• سکنه‌های هموراژیک
۵۵	بررسی اتولوژیک در سکنه مغزی
۵۵	ارزیابی آزمایشگاهی سکنه‌های مغزی
۵۶	تشخیص‌های افتراقی سکنه مغزی
۵۷	رسیدی به بیمار دچار TIA
۵۷	درمان انفارکت مغزی
۵۸	• حفظ راه هوایی
۵۸	• ارزیابی تغذیه‌ای و شروع تغذیه
۵۸	• جلوگیری از زخم استرس
۵۸	• تعبیه سوند فولی و NG tube
۵۸	• اکسیژن نازال
۵۸	• وضعیت بیمار
۵۸	• کنترل قند
۵۸	• کنترل فشارخون
۵۸	• جلوگیری از زخم بستر
۵۸	• پیشگیری از ترمبوز وریدی اندام‌ها
۵۸	درمان‌های مرتبط با برقراری مجدد جریان خون
۵۸	• درمان‌های تهاجمی
۵۸	• درمان‌های غیرتهاجمی
۵۹	درمان دارویی با هدف جلوگیری از سکنه مجدد
۵۹	• داروهای مهارکننده فعالیت پلاکتی
۵۹	• داروهای کاهنده چربی خون
۵۹	• جراحی
۵۹	درمان خون‌ریزی‌های مغزی
۶۱	ترومبوز سینوس‌ها و وریدهای مغزی
۶۱	علل بیماری
۶۳	انسفالوپاتی‌های پرتسوس (انسفالوپاتی خلفی برگشت‌پذیر)
۶۳	ویژگی‌های بالینی
۶۵	پاثوفیزیولوژی
۶۵	یافته‌های آزمایشگاهی
۶۵	عوارض عصبی - عروقی واسکولیت‌ها
۶۵	Giant Cell Arteritis
۶۶	Isolated Angiitis of the Central Nervous system
۶۶	Takayasu's Arteritis
۶۶	Systemic Lupus Erythematosus
۶۶	Wegener's Granulomatosis
۶۶	Rheumatoid Arthritis
۶۷	Behcet's Disease

۵. صرع و سایر اختلالات تشنجی

۶۸	حمله صرعی
۶۸	تعریف
۶۸	صرع

۳۳	تکنیک انجام LP
۳۴	تفسیر نتایج
۳۵	الکتروانسفالوگرافی
۳۶	مطالعه الکترودیباگنوستیک
۳۷	پتانسیل‌های فراخوانده
۳۷	پتانسیل‌های فراخوانده بینایی
۳۸	پتانسیل‌های فراخوانده شنوایی
۳۸	پتانسیل‌های فراخوانده جسمی - حسی
۳۸	روش‌های تصویربرداری مغز و نخاع
۳۸	سی‌تی‌اسکن
۳۸	تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)
۳۹	آنژیوگرافی
۴۰	رادیوگرافی ساده
۴۰	میلوگرافی
۴۰	اولتراسونوگرافی

۳. کما و سایر اختلالات هوشیاری

۴۲	هوشیاری
۴۲	سطح هوشیاری
۴۳	محتوای هوشیاری
۴۳	کاهش سطح هوشیاری (با توجه به درجه و شدت آن)
۴۳	تغییر در محتوای هوشیاری
۴۳	زندگی نباتی
۴۴	سندرم Locked-in
۴۴	مرگ مغزی
۴۴	پاتولوژی و آناتومی کما
۴۵	معیار گلاسکو
۴۵	ارزیابی بالینی بیماران کمایی
۴۸	بررسی‌های آزمایشگاهی

۴. بیماری‌های عروقی مغز

۵۰	مقدمه
۵۰	تعریف
۵۰	عوامل خطر ساز
۵۱	جریان خون مغز
۵۱	جریان خون قدامی
۵۱	جریان خون خلفی
۵۱	تقسیم‌بندی سکنه‌های مغزی
۵۲	• ملاک پاتولوژیک
۵۲	• سکنه‌های ایسکمیک
۵۳	• علل کمتر شایع سکنه‌های مغزی ایسکمیک
۵۳	• همونوکلوس یا ادمک در کورتکس حسی - حرکتی

✓ عفونت‌های سیستم عصبی مرکزی

۹۶	مقدمه
۹۶	مننژیت باکتریال حاد
۹۶	تعریف
۹۶	اپیدمیولوژی
۹۷	اتیولوژی
۹۹	• درمان تجربی مننژیت باکتریایی
۱۰۰	• درمان‌های ضدباکتریال اختصاصی
۱۰۱	• درمان ضدمیکروبی اختصاصی
۱۰۱	• مننژیت مننگوکوکی
۱۰۱	• مننژیت پنوموکوکی
۱۰۱	• مننژیت لیستریایی
۱۰۱	• درمان‌های کمکی
۱۰۱	• دگرآمتازون
۱۰۲	• افزایش فشار داخل جمجمه و داروهای ضدتشنج
۱۰۲	آبسه‌های مغزی
۱۰۵	انسفالیت و بروسه
۱۰۵	انسفالیت هرپسی
۱۰۶	لکوانسفالوپاتی چندکانونی پیش‌رونده
۱۰۷	انسفالیت اسکروزان تحت حاد
۱۰۸	مننژیت آسپتیک
۱۰۹	توبرکولوزیس
۱۰۹	مننژیت TB
۱۰۹	تشخیص آزمایشگاهی
۱۱۰	توبرکولوما
۱۱۰	توبرکولوزیس ستون فقرات
۱۱۰	بیماری‌های اسپروکتی دستگاه اعصاب
۱۱۰	نوروسیفیلیس
۱۱۱	سیفیلیس نوزادی
۱۱۲	بروسلوز
۱۱۳	نارسایی اکسپانسیو دستگاه ایمنی یا بیماری ایدز
۱۱۳	عفونت اولیه و گسترش و بروسه
۱۱۳	مرحله پایدار مزمن
۱۱۴	بیماری پیشرفته HIV
۱۱۴	طیف کلینیکی تظاهرات نورولوژیک بیماری ایدز
۱۱۴	بیماری‌های ناشی از برون
۱۱۵	بیماری کروتسفلد-جاکوب (بیماری Heidenhain)
۱۱۵	سندرم جرسمن - استراسلر - شینکر
۱۱۵	سندرم بی‌خواهی قایمی کشنده
۱۱۵	بیماری کورو

۶۸	طبقه‌بندی انواع حملات صرعی
۷۱	تعریف پیش‌درآمد
۷۲	حمله غیاب غیر عادی
۷۴	سندرم‌های صرعی
۷۴	علل تشنج و صرع
۷۵	اتیولوژی حملات صرعی براساس سن
۷۵	پاتوفیزیولوژی حمله صرعی
۷۷	تشخیص افتراقی حملات صرعی
۸۰	چه زمانی داروی ضدصرع را شروع کنیم؟
۸۱	انتخاب داروی ضدصرع
۸۲	کاربامازپین
۸۲	والپروئیک اسید
۸۲	لاموتریزین
۸۳	گاباپنتین
۸۳	فنوباریتال
۸۳	آنوسو کمساید
۸۴	سایر روش‌های درمانی صرع
۸۵	صرع پایدار
۸۵	برخورد اولیه با صرع پایدار

۶ تومورهای مغزی

۸۹	تومورهای مغزی
۸۹	تظاهرات بالینی
۹۰	بررسی‌های آزمایشگاهی
۹۰	بررسی‌های تصویربرداری
۹۰	تقسیم‌بندی تومورهای مغزی
۹۰	• تومورهای مغزی اولیه
۹۰	آستروسیتوما
۹۱	اولیگودندروگلیوما
۹۱	ایاندیموما
۹۱	تومورهای برخاسته از ژرم سل
۹۱	ملنولوبلاستوما
۹۱	لنفوم اولیه سیستم عصبی مرکزی
۹۳	آدنوم هیپوفیز
۹۳	مننژیوما
۹۳	• مننژیوما برخاسته از فالکس
۹۳	شوانوما (نوروما، نورینوما)
۹۳	کرانیو فارنژیوما
۹۳	کیست کلوتید
۹۵	تومورهای مناساتیک مغزی
۹۵	مستاز به لپتومننژ (مننژیت کارسینوماتوز)

۸ عوارض نورولوژیک بیماری‌های سیستمیک

- ۱۱۷..... مقدمه.
- ۱۱۷..... انسفالوپاتی ایسکمیک - هیپو کسبیک
- ۱۱۸..... علائم بالینی
- ۱۱۹..... سندرم‌های نورولوژیک متعاقب هیپوکسی
- ۱۱۹..... انسفالوپاتی ناشی از مسمومیت با مونو کسید کربن
- ۱۱۹..... علائم بالینی
- ۱۱۹..... علائم پاراکلینیک
- ۱۱۹..... درمان
- ۱۱۹..... انسفالوپاتی ناشی از بیماری‌های هیپر کاپنیک پولومتری
- ۱۱۹..... انسفالوپاتی هیپو گلیسمیک
- ۱۲۰..... انسفالوپاتی هیپر گلیسمیک
- ۱۲۰..... انسفالوپاتی کبدی
- ۱۲۱..... انسفالوپاتی اورمیک و سندرم لرزه- تشنج
- ۱۲۲..... سندرم عدم توازن پس از دیالیز
- ۱۲۲..... دمانس ناشی از دیالیز
- ۱۲۲..... عوارض پیوند کلیه
- ۱۲۲..... انسفالوپاتی مرتبط با سپسیس
- ۱۲۲..... عوارض نورولوژیک مرتبط با اختلالات سدیم، پتاسیم و توازن آب
- ۱۲۲..... هیپوناترمی
- ۱۲۳..... هیپرناترمی
- ۱۲۳..... هیپو و هیپر کالمی
- ۱۲۳..... هیپر کلسمی
- ۱۲۳..... هیپو کلسمی
- ۱۲۳..... سندرم‌های مخچه‌ای مرتبط با بیماری سلیاک
- ۱۲۴..... پسینکوز ناشی از کورتیکواستروئیدها و بیماری کوشینگ
- ۱۲۴..... هیپر تیروئیدیسم
- ۱۲۴..... انسفالوپاتی هاشیموتو

۹ ضربه‌های سیستم عصبی مرکزی

- ۱۲۵..... اپیدمیولوژی
- ۱۲۵..... آسیب تروماتیک مغزی
- ۱۲۵..... ارزیابی شدت آسیب
- ۱۲۵..... تعریف تکان مغزی
- ۱۲۶..... تقسیم‌بندی TBI بر اساس مورفولوژی
- ۱۲۶..... شکستگی‌های جمجمه
- ۱۲۶..... ضایعات داخل جمجمه
- ۱۲۶..... بررسی و درمان
- ۱۲۸..... کنترل فشار داخل جمجمه
- ۱۲۸..... پاتوفیزیولوژی افزایش فشار داخل جمجمه

- ۱۲۸..... روش‌های کنترل ICP
- ۱۲۹..... آسیب تروماتیک ستون فقرات
- ۱۳۰..... استروئید
- ۱۳۰..... درمان جراحی

۱۰ سردرد، درد صورت و افزایش فشار داخل جمجمه

- ۱۳۲..... کلیات سردرد
- ۱۳۲..... آناتومی
- ۱۳۳..... تشخیص انواع سردرد
- ۱۳۳..... خصوصیات سردرد
- ۱۳۳..... علائم و نشانه‌های همراه سردرد
- ۱۳۴..... شرایط همراه با سردرد
- ۱۳۴..... عوامل بهبوددهنده
- ۱۳۴..... سابقه بیماری‌های قلبی و زمینه‌ای
- ۱۳۴..... ارزیابی سابقه درمان
- ۱۳۴..... سابقه روانی و عادات‌های بیمار
- ۱۳۴..... سابقه خانوادگی
- ۱۳۴..... معاینه فیزیکی
- ۱۳۵..... تشخیص افتراقی
- ۱۳۵..... معاینه بیمار مبتلا به سردرد
- ۱۳۵..... انواع سردرد
- ۱۳۶..... سردرد میگرنی
- ۱۳۸..... در چه مواردی باید تصویربرداری انجام دهیم؟
- ۱۴۰..... سردرد تشنجی
- ۱۴۰..... سردرد خوشه‌ای
- ۱۴۱..... نورالژی تری‌ژمینال
- ۱۴۲..... نورالژی گلوکسوفارنژال
- ۱۴۲..... آرتریت تمپورال
- ۱۴۳..... سردرد رعد آسا
- ۱۴۴..... سردرد ناشی از ترومبوز سینوس وریدی
- ۱۴۴..... سردرد ناشی از بیماری‌های داخلی
- ۱۴۴..... سردرد ناشی از ضایعات فضاگیر مغزی
- ۱۴۵..... افزایش فشار داخل جمجمه
- ۱۴۵..... ادم مغزی
- ۱۴۶..... هیپر تانسیون ایدیوپاتیک داخل جمجمه
- ۱۴۷..... هیدروسفالی

۱۱ درد کم، گردن و اندام‌ها

- ۱۴۸..... کمردرد
- ۱۴۸..... آناتومی ستون فقرات
- ۱۴۹..... ساختمان‌های حساس به درد در ستون فقرات

۱۶۲	سندرم تونل کارپ CTS	۱۴۹	انواع کمردرد
۱۶۲	مفصل شانه	۱۵۰	معاینه کمر
	۱۲ سر گیجه و اختلالات سیستم وستیبولار		بررسی‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری و نوار عصب و عضله
۱۶۳	مقدمه	۱۵۱	علل کمردرد
۱۶۳	آناتومی	۱۵۱	ناهنجاری‌های مادرزادی ستون فقرات کمری
۱۶۶	تعیین محل ضایعه (لوکالیزاسیون)	۱۵۲	تروما
۱۶۷	نحوه برخورد با بیمار مبتلا به سر گیجه	۱۵۲	بیج‌خوردگی یا کنش ساختمان‌های کمری
۱۶۸	علل سر گیجه	۱۵۲	شکستگی مهره در اثر تروما
۱۶۸	علل محیطی	۱۵۲	بیماری دیسک کمری
۱۶۸	نوریت وستیبولار	۱۵۲	تشخیص افتراقی دیسکوپاتی کمری
۱۶۸	سر گیجه حمله‌ای وضعیتی خوش خیم	۱۵۳	تشخیص افتراقی کمردرد
۱۶۹	بیماری منیر	۱۵۳	سندرم دم اسب
۱۷۰	سر گیجه متعاقب تروما	۱۵۴	بیماری‌های دژنراتیو
۱۷۰	وستیبولوپاتی‌های توکسیک	۱۵۴	تنگی کانال کمری
۱۷۰	تومورهای زاویه پونز - مخچه	۱۵۴	استوآرتریت ستون مهره
۱۷۰	علل مرکزی	۱۵۴	اسپوندیلیت انکیلوزان AS
۱۷۰	ایسکمی ساقه مغز یا مخچه	۱۵۵	نتوپلاسماها
۱۷۱	ضایعات حفره خلفی	۱۵۵	عفونت‌ها و التهاب‌های ستون فقرات
۱۷۱	صرع	۱۵۵	علل متابولیک
۱۷۱	سایر علل سر گیجه	۱۵۵	استوپروز
		۱۵۶	استئواسکلروز
	۱۳ زوال عقل و سندرم‌های فراموشی	۱۵۶	درد ارجاعی از بیماری‌های احشایی
۱۷۲	مقدمه	۱۵۶	درد کمر و پشتی تحتانی در بیماری‌های شکمی
۱۷۲	تعریف حافظه	۱۵۶	درد ساکرال در بیماری‌های ارولوژی و ژنیکولوژی
۱۷۳	زوال عقل یا خردسودگی	۱۵۷	سایر علل کمردرد
۱۷۳	همه‌گیرشناسی	۱۵۷	کمردرد پوسچرال
۱۷۳	اتیولوژی	۱۵۷	بیماری‌های روان‌شناختی
۱۷۳	دمانس با علل برگشت‌ناپذیر	۱۵۷	موارد متفرقه
۱۷۳	بیماری‌های دژنراتیو	۱۵۷	درمان کمردرد
۱۷۳	بیماری آلزایمر	۱۵۷	کمردرد حاد
۱۷۴	علائم بیماری	۱۵۸	کمردرد مزمن
۱۷۵	بیماری پیک یا Frontotemporal dem entias	۱۵۸	درد گردن و شانه
۱۷۶	بیماری هانتینگتون	۱۵۹	علل درد گردن و شانه
۱۷۶	زوال عقل با اجسام لویی	۱۵۹	ترومای ستون مهره گردنی
۱۷۸	بیماری پارکینسون	۱۵۹	رماتیسم مفصلی
۱۷۸	فلج پیش‌رونده فوق‌هسته‌ای	۱۵۹	اسپوندیلوز گردنی
۱۷۸	زوال عقل عروقی	۱۶۰	بیماری دیسک گردنی
۱۷۸	دمانس با علل برگشت‌پذیر	۱۶۰	درمان
۱۷۸	زوال عقل ناشی از هیدروسفالی با فشار داخل مغزی طبیعی (NPH)	۱۶۰	درد مربوط شبکه عصبی بازویی
۱۷۸	بیماری‌های عفونی	۱۶۱	سندرم خروجی قفسه صدری
۱۷۹		۱۶۲	التهاب حاد شبکه عصبی بازویی

۱۹۲ انسفالومیلیت منتشر حاد ۱۹۲
 ۱۹۲ تظاهرات بالینی ۱۹۲
 ۱۹۳ یافته‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری ۱۹۳
 ۱۹۳ تشخیص‌های افتراقی ۱۹۳
 ۱۹۳ درمان ۱۹۳

۱۵ اختلالات حرکتی

۱۹۵ مقدمه ۱۹۵
 ۱۹۵ تقسیم‌بندی اختلالات حرکتی ۱۹۵
 ۱۹۶ پاتوفیزیولوژی اختلالات حرکتی ۱۹۶
 ۱۹۷ سندرم‌های آکیتیک - رژید ۱۹۷
 ۱۹۸ طبقه‌بندی سندرم‌های آکیتیک - رژید ۱۹۸
 ۱۹۸ بیماری پارکینسون ۲۰۳
 ۲۰۳ آنتی‌کلیرژیک ۲۰۴
 ۲۰۴ آمانتادین ۲۰۴
 ۲۰۴ لوودوپا ۲۰۴
 ۲۰۴ سلزپیلین ۲۰۵
 ۲۰۵ آگونیست‌های مستقیم دوپامین ۲۰۵
 ۲۰۵ درمان‌های غیردارویی ۲۰۵
 ۲۰۵ روش‌های جراحی در بیماری پارکینسون ۲۰۵
 ۲۰۵ سندرم‌های پارکینسون پلاس ۲۰۷
 ۲۰۷ دیس‌کینزی‌ها ۲۰۷
 ۲۰۷ Tremor ۲۰۷
 ۲۰۷ طبقه‌بندی تر مور ۲۰۸
 ۲۰۸ تر مور نرمال (فیزیولوژیک) ۲۰۸
 ۲۰۸ تر مور آسانسیل خوش‌خیم ۲۰۸
 ۲۰۸ تر مور مخجج‌های ۲۰۹
 ۲۰۹ تر مور پارکینسونی ۲۰۹
 ۲۰۹ کره ۲۱۰
 ۲۱۰ طبقه‌بندی کره ۲۱۰
 ۲۱۰ کره سیدنهام ۲۱۱
 ۲۱۱ بیماری هانتینگتون ۲۱۱
 ۲۱۱ همی‌الیسم ۲۱۱
 ۲۱۱ میوکلونوس ۲۱۲
 ۲۱۲ میوکلونوس ژنرالیزه و مولتی فوکال ۲۱۲
 ۲۱۲ میوکلونوس‌های فوکال ۲۱۳
 ۲۱۳ درمان میوکلونوس ۲۱۳
 ۲۱۳ تیک ۲۱۳
 ۲۱۳ سندرم ژیل دولاتوره ۲۱۴
 ۲۱۴ درمان تیک ۲۱۴
 ۲۱۴ دیستونی ۲۱۵
 ۲۱۵ دیستونی‌های ژنرالیزه یا سگمنتال اولیه ۲۱۵
 ۲۱۵ درمان ۲۱۵

۱۷۹ بیماری‌های متابولیک ۱۷۹
 ۱۷۹ بیماری‌های متابولیک ارثی ۱۷۹
 ۱۷۹ بیماری‌های متابولیک اکتسابی ۱۷۹
 ۱۷۹ بیماری‌های اندوکراین ۱۷۹
 ۱۷۹ بیماری‌های تغذیه‌ای ۱۷۹
 ۱۷۹ بیماری‌های اتوایمون ۱۸۰
 ۱۸۰ دمانس کاذب ۱۸۰
 ۱۸۰ ارزیابی دمانس ۱۸۲
 ۱۸۲ سندرم‌های فراموشی ۱۸۲
 ۱۸۲ اختلال حافظه ناشی از سالمندی ۱۸۲
 ۱۸۲ سندرم ورنیکه - کورساکف ۱۸۲
 ۱۸۲ فراموشی کلی گذرا ۱۸۲
 ۱۸۲ تومورهای مغزی ۱۸۲
 ۱۸۲ فراموشی روان‌زا یا انفکاکي ۱۸۳
 ۱۸۳ داروها و عوامل دیگر ۱۸۳
 ۱۸۳ سیگار ۱۸۳
 ۱۸۳ هیپوکسی ۱۸۳
 ۱۸۳ مولتیپل اسکلروزیس ۱۸۳
 ۱۸۳ سندرم‌های پارانتوپلاستیک ۱۸۳
 ۱۸۳ دلیریوم ۱۸۳
 ۱۸۳ علائم بالینی ۱۸۳
 ۱۸۳ علل دلیریوم ۱۸۴
 ۱۸۴ اقدامات لازم در درمان حالت دلیریوم

۱۴ ام اس و سایر بیماری‌های دمی‌لینزنان

۱۸۵ مقدمه ۱۸۵
 ۱۸۵ ام اس ۱۸۵
 ۱۸۵ کلیات و تاریخچه ۱۸۶
 ۱۸۶ اپیدمیولوژی ۱۸۶
 ۱۸۶ اتیولوژی ۱۸۶
 ۱۸۶ عوامل ژنتیک ۱۸۶
 ۱۸۶ عوامل محیطی و مکانیسم‌های خودایمنی ۱۸۷
 ۱۸۷ پاتولوژی ۱۸۹
 ۱۸۹ MRI ۱۸۹
 ۱۸۹ مایع مغزی - نخاعی ۱۸۹
 ۱۸۹ پتانسیل‌های برانگیخته ۱۹۰
 ۱۹۰ تشخیص افتراقی ۱۹۱
 ۱۹۱ پیش‌آگهی ۱۹۱
 ۱۹۱ درمان ۱۹۱
 ۱۹۱ درمان مرحله حاد ۱۹۱
 ۱۹۱ درمان‌هایی که سیر بیماری را تغییر می‌دهند ۱۹۲
 ۱۹۲ درمان‌های علامتی

۲۳۴ پلی نوروپاتی های بیماری های اندوکراین

۲۳۴ • دیابت

۲۳۵ • پائونز

۲۳۵ پلی نوروپاتی های ناشی از اختلالات تغذیه ای

۲۳۵ پلی نوروپاتی های ناشی از عوامل عفونی

۲۳۵ • دیفتری

۲۳۵ • جنام

۲۳۶ • گروه هرپس

۲۳۶ • HIV

پلی نوروپاتی های ناشی از عوامل گرنولوماتوز و سایر بیماری های سیستمیک

۲۳۶ • سارکونیدز

۲۳۶ • آمیلوکونیدز

۲۳۶ • اورمی

۲۳۷ پلی نوروپاتی بیمارار بستری در ICU

نوروپاتی های ایسکمیک (بیماری های عروق محیطی و واسکولیت ها)

۲۳۷ • پلی آرتریت نودوزا

۲۳۷ • آرتریت روماتوئید

۲۳۷ • لوپوس آریتما تویس سیستمیک

۲۳۷ • سندرم شوگرن

۲۳۷ • آنژیئیت گرنولوماتوز و سایر سندرم های همراه با هیپرانوزینوفیلی

۲۳۷ • گرنولوماتوز و کتر

۲۳۷ • اسکلرودرمی

پلی نوروپاتی های همراه با بیماری های نتوپلاستیک و پاراپروتئینی ها

۲۳۷ پلی نوروپاتی های ایجاد شده در اثر مواد صنعتی، فلزات، داروها و توکسین ها

۲۳۸ • پلی نوروپاتی ناشی از توکسین ها

۲۳۹ پلی نوروپاتی های ارثی با منشأ شناخته شده متابولیک

۲۴۰ پلی نوروپاتی های ارثی بدون منشأ شناخته شده متابولیک

۲۴۰ • گروه نوروپاتی های ارثی حسی - حرکتی

۲۴۰ • گروه نوروپاتی های ارثی حسی - اتونوم (HSAN)

۲۴۰ مولتی فوکال موتور نوروپاتی با بلوک هدایتی - MMNCB

۲۴۰ پلی نوروپاتی با علت نامشخص

۱۷ بیماری های عضلانی

۲۴۱ مقدمه

۲۴۱ علائم و نشانه ها در بیماری های عضلانی

۲۴۲ تشخیص بیماری های عضلانی

۲۴۳ علل بیماری های عضلانی

۲۴۳ میوپاتی های التهابی

• دیستونی های فوکال اولیه

• تور تیکولی اسپاسمودیک

• دیستونی کرامپ نویسندگان

• بلفارواسپاسم و دیستونی اوروماندیبولار

• بیماری ویلسون

اختلالات حرکتی دارویی

• یار کینسونیسیم دارویی

• واکنش دیستونیک حاد

• آکاتزیا

• دیس کینزی های تاردیو

• سندرم نورولپتیک بدخیم

۱۶ بیماری های اعصاب محیطی

• آناتومی و فیزیولوژی اعصاب محیطی

• پائونز بیماری های اعصاب محیطی

• نشانه شناسی بیماری های اعصاب محیطی و نحوه تشخیص بیماری های آن

• یافته های آزمایشگاهی

• یافته های الکترومیوگرافی و سرعت هدایت عصبی

• بیوپسی

• درمان بیماری های اعصاب محیطی

• درمان اختصاصی

• درمان عمومی

• طبقه بندی بیماری های اعصاب محیطی و آشنایی کلی با این بیماری ها

• درگیری یک عصب واحد (مونونوروپاتی سیملکس)

• عصب مدیان

• عصب اولنار

• عصب رادیل

• عصب پروئنال

• عصب پوستی جانبی ران

• مونونوروپاتی های کرانیال

• • نوروپاتی عصب سه شاخه

• • نوروپاتی عصب صورتی

• آسیب چند عصب که با هم ارتباط آناتومیک دارند

• پلکسوپاتی براکیال

• آسیب چند عصب که با هم ارتباط آناتومیک ندارند (مونونوروپاتی مولتی پلکس)

• پلی نوروپاتی

• پلی نوروپاتی های التهابی

• • سندرم گیلن باره

• • پلی نوروپاتی التهابی دمیالیزان مزمن

۲۶۶	.....	جنين شناسي نخاع
۲۶۶	.....	آناتومي نخاع
۲۶۷	.....	علامت و نشانه‌ها در ضايعات نخاعي
۲۶۷	.....	• شوک نخاعي
۲۶۷	.....	• اختلال حسي
۲۶۷	.....	• اختلال اتونوم
۲۶۸	.....	• نخاع گردني
۲۷۰	.....	• نخاع پشتي
۲۷۱	.....	• نخاع کمری
۲۷۱	.....	نخاع خاجی و کونوس مدولاریس
۲۷۲	.....	• سندرم Hemicord یا Brown – Sequard
۲۷۲	.....	• سندرم Central cord
۲۷۲	.....	رويکرد به بيمار ميتلا به ضايعه نخاعي
۲۷۲	.....	ميلوپاتي هاي غير فشارنده
۲۷۲	.....	انفارکتوس نخاع
۲۷۲	.....	ميلوپاتي هاي عفوني و التهابي
۲۷۴	.....	• ضايعات عفوني نخاع
۲۷۴	.....	ميليت عرضي ايدوپاتيک
۲۷۵	.....	خون ريزی نخاع (هماتوميلى)
۲۷۵	.....	ميلوپاتي تروماتيک
۲۷۵	.....	ميلوپاتي هاي مزمن
۲۷۵	.....	ميلوپاتي اسپونديلوتيک گردني
۲۷۶	.....	اسپونديلوز کمری
۲۷۶	.....	ميلوپاتي ناشي از عفونت با ويروس HTLV۱
۲۷۶	.....	ميلوپاتي ناشي از کمبود ويتامين B۱۲
۲۷۷	.....	تومورهاي نخاع
۲۷۷	.....	تومورهاي اينترامدولري
۲۷۷	.....	تومورهاي اکسترامدولري اينترادورال

۲۱ خواب و اختلالات وابسته

۲۷۹	.....	تعريف
۲۷۹	.....	ساختار خواب و مراحل آن
۲۸۰	.....	تغييرات الگوي خواب و ارتباط آن با سن
۲۸۰	.....	نوروبيولوژي خواب و بيداري
۲۸۰	.....	ريتم سيرکادين و کرونوبيولوژي خواب
۲۸۰	.....	عملکردهاي خواب
۲۸۱	.....	تغييرات فيزيولوژيک در خواب
۲۸۱	.....	محروميت از خواب و خواب‌الودگي
۲۸۱	.....	محروميت کامل از خواب
۲۸۲	.....	محروميت نسبي از خواب
۲۸۲	.....	خواب‌الودگي مفرط روزانه
۲۸۲	.....	علل خواب‌الودگي مفرط روزانه
۲۸۲	.....	اختلالات خواب

۲۴۲	.....	• پلي ميوزيت
۲۴۳	.....	• درماتوميوزيت
۲۴۴	.....	يافته‌هاي آزمايشگاهي در پلي ميوزيت و درماتوميوزيت
۲۴۵	.....	تغييرات پاتولوژيک درماتوميوزيت و درماتوميوزيت
۲۴۵	.....	• ميوزيت آنكلوزيون بادي
۲۴۶	.....	ديستروفي هاي عضلاني
۲۴۶	.....	• ديستروفينيوپاتي ها
۲۴۷	.....	• ديستروفي عضلاني دوشن
۲۴۷	.....	• ديستروفي عضلاني بکر
۲۴۷	.....	• اتيولوژي ديستروفي دوشن – بکر
۲۴۸	.....	• ديستروفي عضلاني امري – دريفوس
۲۴۸	.....	• ديستروفي عضلاني فاسيوساسکاپولوهومرال
۲۴۹	.....	• ديستروفي عضلاني ليمب – گردل
۲۴۹	.....	• ديستروفي ميوتونيك
۲۵۰	.....	• درمان در ديستروفي عضلاني
۲۵۱	.....	بيماري هاي عضلاني ثانوي به اختلالات متابوليک ارثي
۲۵۲	.....	• بيماري هاي عضلاني ناشي از بيماري هاي اتدوکرين
۲۵۲	.....	• بيماري هاي عضلاني ناشي از اختلال عملکرد تيروئيد
۲۵۲	.....	ميلوپاتي هاي ناشي از اختلال کانال هاي يوني غشاء عضله
۲۵۲	.....	• قلع دوره‌هاي هيپو کالميک
۲۵۳	.....	ميلوپاتي هاي مادرزادي

۱۸ اختلالات انتقالی عصبی-عضلانی

۲۵۵	.....	مقدمه
۲۵۵	.....	مياستني گراو
۲۵۸	.....	مياستني نوزادي
۲۵۹	.....	مياستني مادرزادي
۲۵۹	.....	سندرم مياستنيک لامبرت-ايتون
۲۵۹	.....	بوتوليسم

۱۹ بيماري هاي نورون حرکتی

۲۶۱	.....	تعريف و طبقه‌بندي
۲۶۲	.....	اتيولوژي
۲۶۲	.....	آميوتروفيك لترال اسکلروزيس
۲۶۳	.....	پروگنوز
۲۶۳	.....	Childhood Spinal Muscular Atrophies
۲۶۴	.....	بیماری کندی
۲۶۵	.....	سایر علل نادر بیماری‌های نورون حرکتی

۲۰ بيماري هاي نخاع

۲۶۶	مقدمه
-----	-------	-------

۲۹۵	..... آمبلیویپ ناشی از الکل	۲۸۲	..... بی‌خوابی
۲۹۵	..... میلیتونیز مرکزی یونس	۲۸۴	..... نارکولپسی
۲۹۵	..... بیماری مارکیافاوا - بیگنامی	۲۸۴	• تعریف
۲۹۵	..... میوپاتی ناشی از مصرف الکل	۲۸۴	• اتیولوژی
۲۹۵	..... سندرم محرومیت از الکل	۲۸۴	• علائم بالینی
۲۹۶	..... دلیریوم ترمنس	۲۸۵	• تشخیص‌های افتراقی نارکولپسی
۲۹۶	..... اقدامات لازم در درمان سندرم محرومیت از الکل	۲۸۵	• سایر تشخیص‌های افتراقی
۲۹۷	..... اعتیاد به مواد مخدر	۲۸۵	..... سندرم آپنه خواب
۲۹۷	..... خصوصیات بالینی	۲۸۵	..... پاتوبیولوژی آپنه انسدادی خواب
۲۹۷	..... تشخیص اعتیاد	۲۸۶	• علائم بالینی آپنه خواب
۲۹۷	..... سندرم محرومیت از مواد	۲۸۶	..... سندرم پای بی‌قرار
۲۹۸	..... درمان	۲۸۶	..... پاراسومنیا
۲۹۸	..... درمان مصرف بیش از حد	۲۸۷	..... ارزیابی تشخیصی بیماری‌های خواب
۲۹۸	..... درمان اعتیاد به مواد مخدر	۲۸۸	..... رویکرد به بیمار مبتلا به اختلال خواب
۲۹۸	..... ترک و سم‌زدایی	۲۸۸	..... اصول درمان بیماری‌های خواب
۲۹۸	..... روان‌درمانی	۲۸۸	..... سندرم نارکولپسی-کاتاپلکسی
۲۹۸	..... محرک‌ها	۲۸۹	..... سندرم وقفه تنفسی انسدادی
۲۹۸	..... آفتامین‌ها	۲۸۹	..... بی‌خوابی
۲۹۹	..... متیل‌فنیدات (ریتالین)	۲۹۰	..... سندرم پای بی‌قرار و سندرم حرکات دوره‌ای پاها
۲۹۹	..... مواد و داروهای توهمزها و روان‌گردان	۲۹۰	..... اختلالات پاراسومنیا
۲۹۹	• کوکائین	۲۹۰	..... اختلالات خواب همراه بیماری‌های نورولوژیک
۲۹۹	• خطرات کوکائین		
۲۹۹	• ماری‌جوآنا (حشیش)		
۲۹۹	• فن‌سیکلیدین		
۳۰۰	• اکستازی		
۳۰۰	• مسکالین، LSD، سیلوسایبین		
۲۳ اختلالات تکاملی سیستم عصبی		۲۲ اختلالات وابسته به مواد	
۳۰۱	..... مقدمه	۲۹۲	..... الکل
۳۰۱	..... مراحل تکاملی سیستم عصبی	۲۹۲	..... مسمومیت با اتانول
۳۰۴	..... فلج مغزی	۲۹۳	..... مسمومیت پاتولوژیک
۳۰۴	• اتیولوژی	۲۹۳	..... خاموشی الکلی
۳۰۴	• علائم بالینی	۲۹۳	..... اسمولالیتی در بیماران الکلیک
۳۰۵	..... عقب‌ماندگی ذهنی	۲۹۳	..... سندرم ورنیکه - کورساکوف
۳۰۵	• اتیولوژی	۲۹۴	..... اختلالات چشمی
۳۰۶	..... اختلالات اندازه جمجمه	۲۹۴	..... آتاکسی
۳۰۸	..... نمایه	۲۹۴	..... اختلالات منتال
		۲۹۴	..... سندرم کورساکوف
		۲۹۴	• درمان سندرم ورنیکه - کورساکوف
		۲۹۴	• دژنراسانس مخچه‌ای در بیماران الکلیک
		۲۹۴	..... پلی‌نوروپاتی الکلی

مقدمه

هدف از معاینه عصبی پاسخ به دو سؤال زیر است:

۱. آیا ضایعاتی در سیستم عصبی وجود دارد؟

۲. در صورت وجود ضایعه، محل آن کجاست؟

برای این که معاینه عصبی را به خوبی انجام دهید به طوری که نکته پاتولوژیک مهمی را از دست ندهید، لازم است آن را به شکلی سازمان یافته و به ترتیب زیر انجام دهید.

- معاینه قوای ذهنی و هوشی بیمار^۱
- معاینه اعصاب کرانیال
- معاینه سیستم حرکتی
- معاینه سیستم حسی
- معاینه رفلکس‌های عمقی، سطحی و پاتولوژیک
- معاینه مخچه
- معاینه ایستادن و راه رفتن

بدیهی است براساس اطلاعات به دست آمده از شرح حال و میزان همکاری بیمار، ممکن است لزومی به انجام تمامی معاینات فوق نباشد و یا این که ترتیب آنها تغییر کند.

در بعضی از بیماری‌های خاص نورولوژیک برخی معاینات اختصاصی ضروری است مثل معاینه بیمار با اختلال سطح هوشیاری یا کما، معاینه نورواسکولر در بیماری‌های عروقی مغز، نشانه‌های تحریک مننژ در عفونت‌های سیستم عصبی مرکزی، معاینه سیستم اتونوم و معاینه برای بررسی اعصاب محیطی اندام‌های فوقانی و تحتانی در بیماران با ضعف عضلات.

تشخیص بیماری‌های نورولوژیک مانند سایر رشته‌ها براساس تلفیق مناسب شرح حال و معاینه فیزیکی و استفاده مناسب از روش‌های پاراکلینیکی است. ابتدا براساس شرح حال و معاینه فیزیکی مشخص می‌کنیم که محل ضایعه کجاست و یا بیمار به چه سندرمی مبتلاست (تشخیص آناتومیک یا سندرمیک). سپس با استفاده از یافته‌های شرح حال و به خصوص سیر زمانی علائم و نیز داده‌های پاراکلینیک (تصویرنگاری و آزمایشگاهی) باید مشخص کرد که علت یا نوع ضایعه چیست (تشخیص اثبولوجیک) در نهایت در صورت امکان قبل از آزمایش‌ها، تشخیص پاتولوژیک نیز داده می‌شود. حتی در بیماران به ظاهر دشوار نورولوژیک، در صورتی که به گونه فوق برخورد شود تشخیص بیماری بسیار آسان تر خواهد شد.

اصول معاینه عصبی

Principles of Neurological Examination

1. Mental State

مقدمه

هدف از معاینه عصبی پاسخ به دو سؤال زیر است:

۱. آیا ضایعاتی در سیستم عصبی وجود دارد؟

۲. در صورت وجود ضایعه، محل آن کجاست؟

برای این که معاینه عصبی را به خوبی انجام دهید به طوری که نکته پاتولوژیک مهمی را از دست ندهید، لازم است آن را به شکلی سازمان یافته و به ترتیب زیر انجام دهید.

- معاینه قوای ذهنی و هوشی بیمار^۱
- معاینه اعصاب کرانیال
- معاینه سیستم حرکتی
- معاینه سیستم حسی
- معاینه رفلکس‌های عمقی، سطحی و پاتولوژیک
- معاینه مخچه
- معاینه ایستادن و راه رفتن

بدیهی است براساس اطلاعات به دست آمده از شرح حال و میزان همکاری بیمار، ممکن است لزومی به انجام تمامی معاینات فوق نباشد و یا این که ترتیب آنها تغییر کند.

در بعضی از بیماری‌های خاص نورولوژیک برخی معاینات اختصاصی ضروری است مثل معاینه بیمار با اختلال سطح هوشیاری یا کما، معاینه نورواسکولر در بیماری‌های عروقی مغز، نشانه‌های تحریک مننژ در عفونت‌های سیستم عصبی مرکزی، معاینه سیستم اتونوم و معاینه برای بررسی اعصاب محیطی اندام‌های فوقانی و تحتانی در بیماران با ضعف عضلات.

تشخیص بیماری‌های نورولوژیک مانند سایر رشته‌ها براساس تلفیق مناسب شرح حال و معاینه فیزیکی و استفاده مناسب از روش‌های پاراکلینیکی است. ابتدا براساس شرح حال و معاینه فیزیکی مشخص می‌کنیم که محل ضایعه کجاست و یا بیمار به چه سندرمی مبتلاست (تشخیص آناتومیک یا سندرمیک). سپس با استفاده از یافته‌های شرح حال و به خصوص سیر زمانی علائم و نیز داده‌های پاراکلینیک (تصویرنگاری و آزمایشگاهی) باید مشخص کرد که علت یا نوع ضایعه چیست (تشخیص اثبولوجیک) در نهایت در صورت امکان قبل از آزمایش‌ها، تشخیص پاتولوژیک نیز داده می‌شود. حتی در بیماران به ظاهر دشوار نورولوژیک، در صورتی که به گونه فوق برخورد شود تشخیص بیماری بسیار آسان تر خواهد شد.

اصول معاینه عصبی

Principles of Neurological Examination

1. Mental State

✓ وسایل لازم برای معاینه عصبی

وسایل لازم برای معاینه عبارتند از:

۱. چکش رفلکس برای معاینه رفلکس‌های وتری عمقی و سطحی
۲. سوزن ته‌گرد برای معاینه حس درد
۳. پنبه برای رفلکس قرنیه و حس لمس
۴. کارت حدت بینایی
۵. دیپایزون (۲۵۶ هرتز برای ارزیابی شنوایی و ۱۲۶ هرتز برای معاینه حس ارتعاش مناسب‌تر است ولی با دیپایزون ۲۵۶ هرتز هر دو را می‌توان با دقت قابل قبول انجام داد).
۶. افتالموسکوپ و اتوسکوپ
۷. چراغ قوه
۸. آبسلانگ
۹. استتوسکوپ
۱۰. ماده معطر مثل تکه‌های صابون در یک جعبه مناسب و کوچک برای حس بویایی گاهی لازم است.

حالت بخش‌های مختلف معاینات سیستم عصبی را به ترتیب بررسی می‌کنیم.

✓ معاینه قوای هوشی و ذهنی بیمار^۱

معاینه عصبی را با امتحان وضعیت هوشیاری و قوای ذهنی و شناختی بیمار آغاز می‌کنیم چون با انجام این بخش ممکن است به یکی از نتایج زیر برسیم.

- هوشیاری و قوای شناختی کاملاً طبیعی است و به این ترتیب بیمار آمادگی و همکاری لازم را برای ادامه معاینه دارد.
 - بیمار دچار اختلال سطح هوشیاری است. برخورد با این گونه بیماران متفاوت است.
 - بیمار مبتلا به اختلال منتشر نیمکره‌های مغزی یا دمانس است.
 - بیمار مبتلا به اختلال موضعی نیمکره مغزی مثل آفازی، آپراکسی یا آمزی است.
 - بیمار از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برد.
- بنابراین با انجام این بخش از معاینه، رویکرد بعدی ما مشخص خواهد شد.

هوشیاری دارای دو بخش است:

۱. سطح هوشیاری^۲
۲. محتوای هوشیاری^۳

سطح هوشیاری

به معنی میزان بیداری و پاسخ به تحریکات کلامی و یا دردناک است، فرد با سطح هوشیاری طبیعی کسی است که بیدار و با چشمان باز است، به محرکات مختلف به خوبی پاسخ می‌دهد، توجه دارد و ارتباط کافی با پزشک برقرار می‌کند. حفظ بیداری بر عهده تشکیلات رتیکولر ساقه مغز است.

محتوای هوشیاری

به معنی اعمال عالیه مغزی مثل آگاهی^۴، حافظه، تکلم، محاسبه، قضاوت، تفکر انتزاعی، قدرت حل مسائل و تجسم فضایی است. محتوای هوشیاری نتیجه عمل کورتکس مغز است.

بدیهی است زمانی می‌توان محتوای هوشیاری را ارزیابی کرد که بیمار دارای سطح هوشیاری طبیعی باشد.

معاینه سطح هوشیاری

ابتدا باید به معاینه سطح هوشیاری پرداخت. میزان بیداری و پاسخ او را در مقابل صدا زدن و تحریکات دردناک باید ارزیابی کرد. در صورتی که متوجه کاهش سطح هوشیاری شدیم باید میزان آن را مشخص کنیم. سطوح مختلف کاهش سطح هوشیاری در زیر آورده شده است.

۱. Lethargy یا Drowsiness (بیمار با صدا زدن چشم‌ها را باز می‌کند ولی با قطع تحریک بلافاصله به خواب می‌رود).
۲. Stupor (برای گرفتن پاسخی از بیمار به صورت حرکت در اندام و یا ناله کردن نیاز به تحریک شدید وجود دارد).
۳. Coma (به هیچ تحریکی پاسخ نمی‌دهد).

معاینه محتوای هوشیاری

حال به ارزیابی اعمال عالیه مغزی می‌پردازیم. هدف پاسخ به این سؤال است که آیا بیمار از ضایعه منتشر مغزی (دمانس) یا ضایعه موضعی مغزی (آفازی، آپراکسی، آمزی) و یا اختلال روان‌پزشکی

2. Level of Consciousness

3. Content of Consciousness

۴. ارئاناسیون

1. Mental State Examination

رنج می‌برد؟

۱. اریاتانسیمون یا آگاهی^۱ بیمار را امتحان کنید.

از بیمار در مورد آگاهی از زمان، مکان و اشخاص سؤال کنید. از او بپرسید اینجا کجاست؟ الان چه وقت از روز است؟ آیا اطرفیان خود را می‌شناسید؟

۲. حافظه^۲ و بخش‌های آن را امتحان کنید.

حافظه دارای سه مرحله است:

- ابتدا اطلاعات را از طریق حس‌های مختلف دریافت کرده، ضبط می‌کنیم.^۳
- سپس اطلاعات دریافت و ضبط شده را در مرکز حافظه ذخیره و انبار می‌کنیم.^۴
- یادآوری مجدد آنچه که قبلاً در حافظه ذخیره شده است.^۵

دریافت و ضبط اطلاعات (مرحله اول) مسئول حافظه فوری^۶ ذخیره کردن اطلاعات (مرحله دوم) مسئول ایجاد حافظه اخیر^۷ و به یاد آوردن (مرحله سوم) مسئول حافظه دور^۸ است. حافظه فوری، اخیر و دور را به صورت جداگانه امتحان می‌کنیم.

برای معاینه حافظه فوری، سه جسم یا سه عدد مختلف را به بیمار گفته و بلافاصله از او می‌خواهیم آنها را به یاد بیاورد. حافظه فوری در حقیقت همان ضبط اطلاعات است و به توجه و تمرکز بیمار بستگی دارد. بنابراین حافظه فوری به خودی خود کورتکس مغز و هیپوکامپ را ارزیابی نمی‌کند و به همین دلیل در دمانس ممکن است طبیعی باشد.

برای ارزیابی حافظه اخیر از بیمار بخواهید بعد از ۵-۳ دقیقه، سه جسم یا عدد گفته شده را به یاد بیاورد. حافظه اخیر بیانگر قدرت ذخیره اطلاعات در هیپوکامپ است و بنابراین بیشترین جزئی از حافظه است که در دمانس آلزایمر مختل می‌شود. بیماران آلزایمر قادر به ذخیره اطلاعات در حال جریان، در مرکز حافظه و یادگیری جدید نیستند و بنابراین نسبت به حوادث دقیق، ساعت‌ها و روزهای قبل فراموشی دارند و به

همین علت احساس سرگردانی و گم‌گشتگی می‌کنند. برای ارزیابی حافظه دور از بیمار بخواهید نام خیابان یا کوچه محل زندگی دوران بچگی، نام مدرسه و یا نوسان قدیمی و یا حوادث تاریخی را بازگو کند این گونه اطلاعات به دلیل تکرار بیش از حد، در کورتکس ارتباطی^۹ مغز ذخیره شده است و به همین علت در دمانس آلزایمر کمتر از حافظه اخیر مختل می‌شود.

بنابراین در ضایعه هیپوکامپ (بیماری آلزایمر) در حالی که حافظه اخیر نسبت به حوادث ساعت‌ها و روزهای گذشته به شدت مختل است، به علت سالم بودن نسبی حافظه دور بیمار قادر است حوادث سال‌های قبل و دوران کودکی را به یاد بیاورد.

۳- زبان و تکلم^{۱۰} بیمار را امتحان کنید:

زبان دارای اجزای زیر است:

- الف) روانی و سلاست کلام (ب) درک (ج) تکرار (د) نامیدن (ه) خواندن و نوشتن
- برای معاینه کامل و افتراق انواع اختلالات، لازم است هر کدام از اجزای فوق به صورت جداگانه امتحان شود.

الف) روانی و سلاست^{۱۱}

به تکلم خودبه‌خودی بیمار گوش کنید و به روانی کلام، تعداد کلمات و گرامر جملات دقت کنید. آیا جملات بیمار قابل فهم است؟ آیا واژه‌سازی به صورت بیان واژه‌های ساختگی^{۱۲} و یا جایگزینی کلمات^{۱۳} وجود دارد؟

ب) درک^{۱۴}

درک گفتاری و نوشتاری بیمار را امتحان کنید. بدون ژست و اشاره از بیمار بخواهید که چشمان خود را ببندد و یا دست راست خود را روی چشم چپ بگذارد. سپس برای امتحان درک نوشتاری از بیمار بخواهید آنچه را که روی کاغذ نوشته‌اید، انجام دهد.

ج) تکرار^{۱۵}

از بیمار بخواهید کلمات و یا جملات شما را که بدون کلمات «گر»، «اما»، «و» بیان می‌شوند تکرار کند.

- 9. Association
- 10. Language & Speech
- 11. Fluency
- 14. Comprehension
- 15. Repetition

۱۲. نئولوژیسم
۱۳. پارافازی

- 1. Orientation
- 2. Memory
- 3. Registration
- 4. Storage
- 5. Recall
- 6. Immediate Memory
- 7. Recent Memory
- 8. Remote Memory

جدول ۱-۱. مشخصات بالینی انواع شایع آفازی

ویژگی	آفازی بروکا	آفازی ورنیکه	آفازی گلوبال	آفازی هدایتی
روایی و سلاست	مختل	طبیعی	مختل	طبیعی
درک	نسبتاً طبیعی	مختل	مختل	طبیعی
تکرار	مختل	مختل	مختل	مختل
نامیدن	مختل	مختل	مختل	مختل
خواندن	مختل	مختل	مختل	مختل
نوشتن	مختل	مختل	مختل	مختل

د) نامیدن^۱

از بیمار بخواهید که اشیای آشنا مانند خودکار، ساعت و اجزای آنها را نام ببرد. (درجاتی از آنومی یا اشکال در نامیدن در تمامی انواع آفازی دیده می‌شود).

ه) خواندن و نوشتن^۲

از بیمار بخواهید عبارات و جملات را بخواند.

۴. محاسبه^۳ را امتحان کنید.

از بیمار بخواهید اعمال ریاضی را در حد ساده و مشکل‌تر (براساس میزان تحصیلات) انجام دهد. از او بخواهید از ۷، ۱۰ تا ۷ تا، ۵ بار کم کند. اختلال در قدرت محاسبه *Dyscalculia* نامیده می‌شود.

۵. تفکر انتزاعی^۴ یا قدرت درک مفاهیم را امتحان کنید.

به معنی درک مفاهیم است. از بیمار سؤال کنید: اگر علی بلندتر از محمد باشد و محمد بلندتر از حسن باشد، کدام یک کوتاه‌تر از بقیه است؟ شباهت ماشین و هواپیما چیست؟ تفسیر ضرب المثل «با یک دست نمی‌توان دو هندوانه را برداشت» چیست؟

در دمانس، تفکر انتزاعی و قدرت درک و آنالیز مفاهیم مختل می‌شود.

1. Naming
2. Reading and Writing
3. Calculation
4. Abstract Thinking

۶. قضاوت^۵ را امتحان کنید.

از بیمار بپرسید ضرورتی که کیف پول را در خیابان پیدا کند چه کار می‌کند؟ در مانس الزایمر براساس شدت بیماری، قضاوت ممکن است به درجات مختلف مختل شود.

۷. خلق و رفتار^۶ بیمار چگونه است؟

آیا بیمار شواهدی از افسردگی، اضطراب و یا خلق بالا دارد؟ آیا پرخاشگری، رفتارهای عجیب و غریب و آشفته دارد؟ علائم افسردگی شامل خلق پایین، فقدان انرژی، فقدان انگیزش، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس، اختلال خواب و اشتها، کاهش میل جنسی، کاهش تمرکز و فقدان لذت است. شایع‌ترین علامت افسردگی *Anhedonia* یا فقدان لذت بردن از شرایطی است که قبلاً برای وی لذت‌بخش بوده است.

افسردگی در سالمندان می‌تواند منجر به اختلال شناختی در حدی شود که بیماری الزایمر را تقلید کند. به این حالت دمانس کاذب^۷ گفته می‌شود و با درمان ضدافسردگی قابل برگشت است. این در حالی است که بیماران الزایمر نیز گاه آپاتیک^۸ و افسرده به نظر می‌رسند و با درمان ضدافسردگی ممکن است مقداری از نظر عملکرد شناختی بهتر شوند.

۸. بیمار را از نظر ابتلا به انواع هذیان‌ها و توهمات

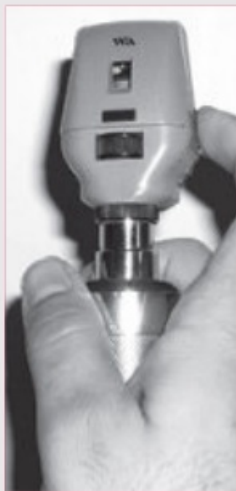
(محتوای تفکر) ارزیابی کنید.

هذیان^۹ به معنی یک باور یا تفکر غلط است که با فرهنگ بیمار مغایرت دارد و با استدلال و منطق نیز قابل تصحیح نیست. شایع‌ترین اشکال آن هذیان گزند و آسیب و بزرگ‌منشی است. از بیمار بپرسید که آیا کسی قصد آسیب رساندن و یا نگاه کردن به او را دارد؟ آیا قدرت و توانایی بیش از حدی را در خود احساس می‌کند؟

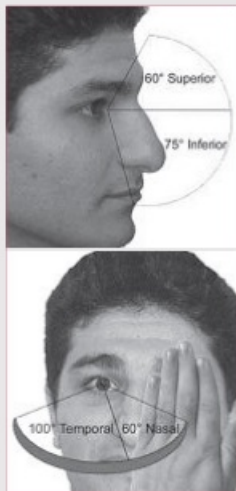
هذیان‌های عجیب و غریب^{۱۰} مثلاً احساس می‌کنم مغز من تحت کنترل دیگران است. معمولاً در اختلالات اولیه روان‌پزشکی مثل اسکیزوفرنی و سایر اختلالات پسیکوتیک اولیه دیده می‌شود.

از بیمار بپرسید آیا صیادی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند و یا چیزی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند؟

5. Judgment
6. Mood and Behavior
7. Pseudo Dementia
8. Apathetic
9. Delusion
10. Bizarre Delusions



شکل ۱-۳. نحوه تنظیم اوقاتالموسکوب



شکل ۱-۲. دامنه یک میدان بینایی نرمال



شکل ۱-۱. معاینه میدان بینایی

به علت آسیب راه‌های سمپاتیک مرکزی (از هیپوتالاموس تا نخاع C۵-T۲) (و محیطی از نخاع تا اوربیت) باشد. پتوز در سندرم هورنر برخلاف فلج عصب سوم، خفیف است و گاهی برای کشف آن به دقت کافی نیاز است. همچنین اختلاف اندازه مردمک‌ها در محیط تاریک واضح‌تر است، زیرا مردمک گرفتار (میوتیک) در محیط تاریک گشاد نمی‌شود. در سندرم هورنر به دلیل سلامت پاراسمپاتیک پاسخ مردمک به نور و تطابق کاملاً طبیعی است و در سندرم هورنر مادرزادی رنگ عنبیه نیز روشن‌تر است.

(شکل ۱-۵) سندرم هورنر در چشم راست (پتوز خفیف و میوز) به تغییر رنگ عنبیه که نشانه سندرم هورنر مادرزادی است دقت کنید.

مردمک تونیک^۵

معمولاً یک‌طرفه است. مردمک گرفتار دیلاته است و به سختی به نور پاسخ می‌دهد درحالی‌که به تطابق بهتر پاسخ می‌دهد. شایع‌ترین فرم به صورت یک سندرم مادرزادی و به همراه کاهش رفلکس‌های وتری و اختلالات اتونوم در یک خانم جوان است. به این حالت سندرم هولمز - آدی

بیشتر از پنج میلی‌متر میریاز^۱ گفته می‌شود. به قطر مردمک کمتر از یک میلی‌متر مردمک ته‌سجاقی^۲ گفته می‌شود. پاسخ مردمک به نور را امتحان کنید. درحالی‌که از بیمار می‌خواهید به دور نگاه کند، نور را به صورت مایل به مردمک بتابانید. پاسخ مستقیم مردمک در همان چشم و پاسخ غیرمستقیم^۳ را در چشم مقابل ارزیابی کنید. توجه داشته باشید که برای ارزیابی دقیق پاسخ مردمک، اتاقی باید ترجیحاً تاریک و نور قوی باشد. در غیر این صورت ممکن است اشتباه قضاوت کنیم.

در صورتی‌که پاسخ مردمک به نور مختل باشد، رفلکس تطابق را امتحان کنید. از بیمار بخواهید درحالی‌که انگشت خود را از فاصله دورتر به نزدیک او حرکت می‌دهید به آن نگاه کند. به انقباض مردمک در هنگام نزدیک شدن انگشت شما و حرکات چشم‌ها به داخل دقت کنید.

سندرم هورنر^۴

به ترکیب پتوز خفیف و میوز با یا بدون فقدان تعریق (آنهیدروز) در نیمه صورت گفته می‌شود. این حالت می‌تواند

1. Mydriasis
2. Pinpoint
3. Consensual
4. Horner Syndrome

5. Adies Pupil