

فهرست مطالب

۱ اصول معاینه عصبی

- تست شواباخ ۱۴
- تست Dix - Halpike یا نیلن بارانی ۱۵
- اعصاب مغزی نهم و دهم ۱۵
- عصب مغزی یازدهم ۱۵
- عصب مغزی دوازدهم ۱۶
- نحوه معاینه سیستم حسی ۱۶
- معاینه حرکتی ۱۹
- مشاهده بیمار ۱۹
- امتحان تون عضلانی اندامها ۲۰
- قدرت اندامها ۲۱
- رفلکسها ۲۲
- • قوس رفلکس ۲۲
- رفلکسهای کششی عضلانی ۲۲
- • نحوه معاینه رفلکسهای تاندونی عمقی ۲۲
- رفلکسهای سطحی ۲۳
- • رفلکس های پوستی شکمی ۲۳
- • رفلکس کف پای ۲۳
- • رفلکس کرمانستر ۲۴
- • رفلکس مقعدی ۲۴
- • رفلکس بولبو کاورنوس ۲۴
- رفلکسهای پاتولوژیک ۲۴
- • رفلکس کف پای ۲۴
- • رفلکسهای بدوی ۲۴
- • رفلکس گراسپ ۲۴
- • رفلکس مکینن ۲۴
- • رفلکس پالمومتال ۲۴
- معاینه بالینی مخچه ۲۵
- معاینه بالینی ایستادن و راه رفتن ۲۷
- سندرمهای بالینی ۲۷
- • راه رفتن در همی پارزی ۲۷
- • راه رفتن در پاراپارزی ۲۸
- • راه رفتن اسبی ۲۸
- • راه رفتن Steppage ۲۸
- • راه رفتن پارکینسونی ۲۸
- • راه رفتن اردکی در میوپاتی ۲۸
- • راه رفتن مخچه‌ای ۲۸
- • آتاکسی حسی ۳۰
- • راه رفتن آپراکسیک ۳۰
- • راه رفتن هیستریکال ۳۱

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

۲ پاراکلینیک در نورولوژی

- یونکسیون کمبری (LP) ۳۳
- کنترل اندیکاسیون های LP ۳۳

- سکنه‌های همورازیک
- بررسی اتیولوژیک در سکنه مغزی
- ارزیابی آزمایشگاهی سکنه‌های مغزی
- تشخیص‌های افتراقی سکنه مغزی
- رسیدگی به بیمار دچار TIA
- درمان انفارکت مغزی
- حفظ راه هوایی
- ارزیابی تغذیه‌ای و شروع تغذیه
- جلوگیری از زخم استرس
- تعبیه سوند فولی و NG tube
- اکسیژن نازال
- وضعیت بیمار
- کنترل
- کنترل فشارخون
- جلوگیری از زخم بستر
- جلوگیری از ترمبوز وریدی اندام‌ها
- درمان‌های مرتبط با برقراری مجدد جریان خون
- درمان‌های تهاجمی
- درمان‌های غیرتهاجمی
- درمان دارویی با هدف جلوگیری از سکنه مجدد
- داروهای مهارکننده فعالیت پلاکتی
- داروهای کاهنده چربی خون
- جراحی
- درمان خون‌ریزی‌های مغزی
- ترومبوز سینوس‌ها و وریدهای مغزی
- علل بیماری
- انسفالوپاتی هایپر تنسیو (انسفالوپاتی خلفی برگشت‌پذیر)
- ویژگی‌های بالینی
- پاتوفیزیولوژی
- یافته‌های آزمایشگاهی
- عوارض عصبی - عروقی واسکولیت‌ها
- Giant Cell Arteritis
- Isolated Angiitis of the Central Nervous system
- Takayasu's Arteritis
- Systemic Lupus Erythematosus
- Wegener's Granulomatosis
- Rheumatoid Arthritis
- Behcet's Disease

صرع و سایر اختلالات تشنجی

- حمله صرعی
- تعریف
- صرع

- تکنیک انجام LP
- تفسیر نتایج
- الکتروانسفالوگرافی
- مطالعه الکترودیباگنوستیک
- پتانسیل‌های فراخوانده
- پتانسیل‌های فراخوانده بینایی
- پتانسیل‌های فراخوانده شنوایی
- پتانسیل‌های فراخوانده جسمی - حسی
- روش‌های تصویربرداری مغز و نخاع
- سی‌تی‌اسکن
- تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)
- آنژیوگرافی
- رادیوگرافی ساده
- میلوگرافی
- اولتراسونوگرافی

۳ کما و سایر اختلالات هوشیاری

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

۴ بیماری‌های عروقی مغز

- مقدمه
- تعریف
- عوامل خطر ساز
- جریان خون مغز
- جریان خون قدامی
- جریان خون خلفی
- تقسیم‌بندی سکنه‌های مغزی
- ملاک پاتولوژیک
- سکنه‌های ایسکمیک
- علل کمتر شایع سکنه‌های مغزی ایسکمیک
- همونوکلوس یا امک 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 ضد میکروبی اختصاصی |
| ۱۰۱ | • مننژیت مننکو کوکی |
| ۱۰۱ | • مننژیت پنوموکوک |
| ۱۰۱ | • مننژیت لیستریایی |
| ۱۰۱ | • درمان‌های تجربی |
| ۱۰۱ | • دگزامتازون |
| ۱۰۲ | • افزایش حساسیت داخل جمجمه و داروهای ضد تشنج - ۱۰۲ |
| ۱۰۲ | آبسه‌های مغزی |
| ۱۰۵ | اندخالیت و پروسی |
| ۱۰۵ | انسداد هرپسی |
| ۱۰۶ | انسداد خلفاوپاتی چند کانونی پیش رونده |
| ۱۰۷ | انسداد اسکلروزان تحت حاد |
| ۱۰۸ | مننژیت اسپتیک |
| ۱۰۹ | توبرکولوزیس |
| ۱۰۹ | مننژیت TB |
| ۱۰۹ | تشخیص آزمایشگاهی |
| ۱۱۰ | توبرکولوما |
| ۱۱۰ | توبرکولوزیس ستون فقرات |
| ۱۱۰ | بیماری‌های اسپیروکتی دستگاه اعصاب |
| ۱۱۰ | نوروسیفیلیس |
| ۱۱۱ | سیفیلیس نوزادی |
| ۱۱۲ | بروسلوز |
| ۱۱۳ | نارسایی اکتسابی دستگاه ایمنی یا بیماری ایدز |
| ۱۱۳ | عفونت اولیه و گسترش ویروس |
| ۱۱۳ | مرحله پایدار مزمن |
| ۱۱۴ | بیماری پیشرفته HIV |
| ۱۱۴ | طیف کلینیکی تظاهرات نورولوژیک بیماری ایدز |
| ۱۱۴ | بیماری‌های ناشی از پرویون |
| ۱۱۵ | بیماری کروتسفلدزاکوب (بیماری Heidenhain) |
| ۱۱۵ | سندرم جرسمن - استراسلر - شینکر |
| ۱۱۵ | سندرم بی‌خوابی فامیلی 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 بر اساس 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 | اتوسوکسماید |
| ۸۴ | سایر روش‌های درمانی صرع |
| ۸۵ | صرع پایدار |
| ۸۵ | برخورد اولیه با صرع پایدار |

تومورهای مغزی

| | |
|----|-------------------------------------------|
| ۸۹ | تومورهای مغزی |
| ۹۰ | تظاهرات بالینی |
| ۹۰ | بررسی‌های آزمایشگاهی |
| ۹۰ | بررسی‌های تصویربرداری |
| ۹۰ | تقسیم‌بندی تومورهای مغزی |
| ۹۰ | • تومورهای مغزی اولیه |
| ۹۰ | آستروسیتوما |
| ۹۱ | اولیگودندروگلیوما |
| ۹۱ | اپاندیموما |
| ۹۱ | تومورهای برخاسته از ژرم سل |
| ۹۱ | مدولوبلاستوما |
| ۹۱ | لنفوم اولیه سیستم عصبی مرکزی |
| ۹۳ | آدنوم هیوفیز |
| ۹۳ | مننژیوما |
| ۹۳ | • مننژیومای برخاسته از فالکس |
| ۹۳ | شوانوما (نوروما، نورینوما) |
| ۹۳ | کرانیو فارنژیوما |
| ۹۳ | کیست کلونید |
| ۹۵ | تومورهای متاستاتیک مغزی |
| ۹۵ | متاستاز به لپتومننژ (مننژیت کارسینوماتوز) |

عوارض نورولوژیک بیماری های سیستمیک

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| مقدمه | ۱۱۷ |
| انسفالوپاتی اسکمیک - هیپوکسیک | ۱۱۷ |
| علائم بالینی | ۱۱۸ |
| سندرم های نورولوژیک متعاقب هیپوکسی | ۱۱۹ |
| انسفالوپاتی ناشی از مسمومیت با مونوکسید کربن | ۱۱۹ |
| علائم بالینی | ۱۱۹ |
| علائم پاراکلینیک | ۱۱۹ |
| درمان | ۱۱۹ |
| انسفالوپاتی ناشی از بیماری های هیپرکاپنیک پولمونری | ۱۱۹ |
| انسفالوپاتی هیپوگلیسمیک | ۱۱۹ |
| انسفالوپاتی هیپرگلیسمیک | ۱۲۰ |
| انسفالوپاتی کبدی | ۱۲۰ |
| انسفالوپاتی اورمیک و سندرم لرزه- تشنج | ۱۲۱ |
| 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 | ۱۲۲ |
| هیپرناترمی | ۱۲۲ |
| هیپو و هیپرکالمی | ۱۲۳ |
| هیپرکلسمی | ۱۲۳ |
| هیپوکلسمی | ۱۲۳ |
| سندرم های مخچه ای مرتبط با بیماری سلیمان | ۱۲۳ |
| پسیکوز ناشی از کورتیکواستروئیدها و بیماری دوشینگ | ۱۲۴ |
| هیپر تیروئیدیسم | ۱۲۴ |
| انسفالوپاتی هاشیموتو | ۱۲۴ |

ضربه های سیستم عصبی مرکزی

| | |
|-------------------------------------|-----|
| ایدیوپاتولوژی | ۱۲۵ |
| اسبب تروماتیک مغزی | ۱۲۵ |
| ارزیابی شدت آسیب | ۱۲۵ |
| تعریف تکان مغزی | ۱۲۵ |
| تقسیم بندی TBI بر اساس مورفولوژی | ۱۲۶ |
| • شکستگی های جمجمه | ۱۲۶ |
| • ضایعات داخل جمجمه | ۱۲۶ |
| بررسی و درمان | ۱۲۶ |
| کنترل فشار داخل جمجمه | ۱۲۸ |
| پانوفیلولوژی افزایش فشار داخل جمجمه | ۱۲۸ |

روش های کنترل ICP.....
اسبب تروماتیک ستون فقرات

- استروئید
- درمان جراحی

سردرد، درد صورت و افزایش فشار داخل جمجمه

| | |
|-------------------------------------------|-----|
| کلیات سردرد | ۱۲۸ |
| آناتومی | ۱۲۸ |
| تشخیص انواع سردرد | ۱۲۸ |
| خصوصیات سردرد | ۱۲۸ |
| علائم و نشانه های همراه سردرد | ۱۲۸ |
| شرایط همراه با سردرد | ۱۲۸ |
| عوامل بهیپو دهنده | ۱۲۸ |
| سابقه بیماری های قلبی و زمینه ای | ۱۲۸ |
| ارزیابی سابقه درمان | ۱۲۸ |
| سابقه روانی و عادات های بیمار | ۱۲۸ |
| بیماری خانوادگی | ۱۲۸ |
| معاینه فیزیکی | ۱۲۸ |
| تشخیص افتراقی | ۱۲۵ |
| معاینه بیمار مبتلا به سردرد | ۱۲۵ |
| انواع سردرد | ۱۲۵ |
| سردرد میگرنی | ۱۲۶ |
| در چه مواردی باید تصویربرداری انجام دهیم؟ | ۱۲۸ |
| سردرد تنشی | ۱۴۰ |
| سردرد خوشه ای | ۱۴۰ |
| نورالژی تری ژمینال | ۱۴۱ |
| نورالژی گلو سوفارنژیال | ۱۴۲ |
| آرتریت تمپورال | ۱۴۲ |
| سردرد رعده آسا | ۱۴۳ |
| سردرد ناشی از ترومبوز سینوس وریدی | ۱۴۴ |
| سردرد ناشی از بیماری های داخلی | ۱۴۴ |
| سردرد ناشی از ضایعات فضاگیر مغزی | ۱۴۴ |
| افزایش فشار داخل جمجمه | ۱۴۵ |
| ادم مغزی | ۱۴۵ |
| هیپرتانسیون ایدیوپاتیک داخل جمجمه | ۱۴۶ |
| هیدروسفالی | ۱۴۷ |

درد کمر، گردن و اندام ها

| | |
|--------------------------------------|-----|
| کمر درد | ۱۴۸ |
| آناتومی ستون فقرات | ۱۴۸ |
| ساختار های حساس به درد در ستون فقرات | ۱۴۹ |

سندرم تونل کارپ CTS ۱۴۲
مفصل شانه ۱۴۲

۱۲ سرگیجه و اختلالات سیستم وستیبولار

مقدمه ۱۴۳
آناتومی ۱۴۳
تعیین محل ضایعه (لوکالیزاسیون) ۱۴۶
نحوه برخورد با بیمار مبتلا به سرگیجه ۱۴۷
علل سرگیجه ۱۴۸
علل محیطی ۱۴۸
• نوریت وستیبولار ۱۴۸
• سرگیجه حمله‌ای وضعیتی خوش‌خیم ۱۴۸
• بیماری منیر ۱۴۹
• سرگیجه متعاقب تروما ۱۷۰
• وستیبولوباسی‌های نوکسیک ۱۷۰
• تومورهای آویز پونز - مخچه ۱۷۰
علل مرکزی ۱۷۰
• ایسکمی ساقه مغز یا مخچه ۱۷۰
• زائعات حفره خلفی ۱۷۱
• صرع ۱۷۱
سایر علل سرگیجه ۱۷۱

۱۱ زوال عقل و سندرم‌های فراموشی

مقدمه ۱۷۲
تعریف حافظه ۱۷۲
زوال عقل یا خردسودگی ۱۷۳
همه‌گیرشناسی ۱۷۳
اتیولوژی ۱۷۳
دمانس با علل برگشت‌ناپذیر ۱۷۳
• بیماری‌های دژنراتیو ۱۷۳
• بیماری آلزایمر ۱۷۳
• علائم بیماری ۱۷۴
• بیماری بیک یا Frontotemporal dem entias ۱۷۵
• بیماری هانتینگتون ۱۷۶
• زوال عقل با اجسام لویی ۱۷۶
• بیماری پارکینسون ۱۷۸
• فلج پیش‌رونده فوق‌هسته‌ای ۱۷۸
• زوال عقل عروقی ۱۷۸
دمانس با علل برگشت‌پذیر ۱۷۸
• زوال عقل ناشی از هیدروسفالی با فشار داخل مغزی طبیعی (NPH) ۱۷۸
• بیماری‌های عفونی ۱۷۹

انواع کمردرد ۱۴۹
معاینه کمر ۱۵۰
بررسی‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری و نوار عصب و عضله ۱۵۱
علل کمردرد ۱۵۱
• ناهنجاری‌های مادرزادی ستون فقرات کمری ۱۵۱
• تروما ۱۵۲
• پیچ‌خوردگی یا کشش ساختمان‌های کمری ۱۵۲
• شکستگی مهره در اثر تروما ۱۵۲
• بیماری دیسک کمری ۱۵۲
• تشخیص افتراقی دیسکوپاتی کمری ۱۵۲
• تشخیص افتراقی کمردرد ۱۵۳
• سندرم دم اسب ۱۵۳
• بیماری‌های دژنراتیو ۱۵۴
• تنگی کانال کمری ۱۵۴
• استئوآرتریت ستون مهره ۱۵۴
• اسپوندیلیت انکیلوزان AS ۱۵۴
• نئوپلاسم‌ها ۱۵۵
عفونت‌ها و التهاب‌های ستون فقرات ۱۵۵
• علل متابولیک ۱۵۵
• استئوپروز ۱۵۵
• استئواسکلروز ۱۵۶
• درد ارجاعی از بیماری‌های احشایی ۱۵۶
• درد کمر و پشتی تحتانی در بیماری‌های شکمی ۱۵۶
• درد ساکرال در بیماری‌های ارولوژی و ژنیکولوژی ۱۵۶
سایر علل کمردرد ۱۵۷
• کمردرد پوسچرال ۱۵۷
• بیماری‌های روان‌شناختی ۱۵۷
• موارد متفرقه ۱۵۷
• درمان کمردرد ۱۵۷
• کمردرد حاد ۱۵۷
• کمردرد مزمن ۱۵۸
درد گردن و شانه ۱۵۸
علل درد گردن و شانه ۱۵۹
• ترومای ستون مهره گردنی ۱۵۹
• رماتیسم مفصلی ۱۵۹
• اسپوندیلوز گردنی ۱۵۹
• بیماری دیسک گردنی ۱۶۰
درمان ۱۶۰
درد مربوط شبکه عصبی بازویی ۱۶۰
سندرم خروجی قفسه صدری ۱۶۱
التهاب حاد شبکه عصبی بازویی ۱۶۲

انسفالومیلیت منتشر حاد ۱۷۹

تظاهرات بالینی ۱۷۹

یافته‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری ۱۷۹

تشخیص‌های افتراقی ۱۷۹

درمان ۱۷۹

اختلالات حرکتی

مقدمه ۱۸۰

تقسیم‌بندی اختلالات حرکتی ۱۸۰

پاتوفیزیولوژی اختلالات حرکتی ۱۸۲

سندرم‌های اکتینیک - رزید ۱۸۲

طبقه‌بندی سندرم‌های اکتینیک - رزید ۱۸۲

بیماری پارکینسون ۱۸۲

• آنتی‌کولینرژیک ۱۸۳

• آمانتادین ۱۸۳

• لی‌دوپا ۱۸۳

• سلزین ۱۸۳

• آگونیست‌های مستقیم دوپامین ۱۸۳

• درمان‌های غیردارویی ۱۸۳

• روش‌های جراحی در بیماری پارکینسون ۱۸۳

سندرم‌های پارکینسون پلاس ۱۸۳

دیس‌کینزی ها ۱۸۳

ترمور Tremor ۱۸۳

• طبقه‌بندی ترمور ۱۸۳

ترمور نرمال (فیزیولوژیک) ۱۸۳

ترمور اسانسیل خوش‌خیم ۱۸۳

ترمور مخچه‌ای ۱۸۳

ترمور پارکینسونی ۱۸۳

کره ۱۸۳

طبقه‌بندی کره ۱۸۳

کره سیدنهام ۱۸۳

بیماری هانتینگتون ۱۸۳

همی‌پالسم ۱۸۳

میوکلونوس ۱۸۳

• میوکلونوس ژنرالیزه و مولتی فوکال ۱۸۳

• میوکلونوس‌های فوکال ۱۸۳

• درمان میوکلونوس ۱۸۳

تیک ۱۸۳

• سندرم ژیل دولاتور ۱۸۳

• درمان تیک ۱۸۳

دیستونی ۱۸۳

• دیستونی‌های ژنرالیزه یا سکمتال اولیه ۱۸۳

• درمان ۱۸۳

• بیماری‌های متابولیک ۱۷۹

• بیماری‌های متابولیک ارثی ۱۷۹

• بیماری‌های متابولیک اکتسابی ۱۷۹

• بیماری‌های اندوکراین ۱۷۹

• بیماری‌های تغذیه‌ای ۱۷۹

• بیماری‌های اتوایمیون ۱۷۹

دمانس کاذب ۱۸۰

ارزیابی دمانس ۱۸۰

سندرم‌های فراموشی ۱۸۲

اختلال حافظه ناشی از سالمندی ۱۸۲

سندرم ورنیکه - کورساکف ۱۸۲

فراموشی کلی گذرا ۱۸۲

تومورهای مغزی ۱۸۲

فراموشی روان‌زا یا انفکاک ۱۸۲

داروها و عوامل دیگر ۱۸۳

سیگار ۱۸۳

هیپوکسی ۱۸۳

مولتیپل اسکلروزیس ۱۸۳

سندرم‌های پارانتوپلاستیک ۱۸۳

دلیریوم ۱۸۳

علائم بالینی ۱۸۳

علل دلیریوم ۱۸۳

اقدامات لازم در درمان حالت دلیریوم ۱۸۳

۱۴ ام اس و سایر بیماری‌های دمی‌لینیزان

مقدمه ۱۸۵

ام اس ۱۸۵

کلیات و تاریخچه ۱۸۵

اپیدمیولوژی ۱۸۶

اتیولوژی ۱۸۶

• عوامل ژنتیک ۱۸۶

• عوامل محیطی و مکانیسم‌های خودایمنی ۱۸۶

پاتولوژی ۱۸۷

• MRI ۱۸۹

• مایع مغزی - نخاعی ۱۸۹

• پتانسیل‌های برانگیخته ۱۸۹

تشخیص افتراقی ۱۹۰

پیش‌آگهی ۱۹۱

درمان ۱۹۱

• درمان مرحله حاد ۱۹۱

• درمان‌هایی که سیر بیماری را تغییر می‌دهند ۱۹۱

• درمان‌های علامتی ۱۹۲

- ۲۳۴ پلی نوروپاتی های بیماری های اندوکراین
- ۲۳۴ • دیابت
- ۲۳۵ • پاتوزنز
- 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 گرانولوماتوز و سایر بیماری های

- ۲۳۶ سیستمیک
- ۲۳۶ • سارکوئیدز
- ۲۳۶ • آمیلوئیدوز
- ۲۳۶ • اورمی
- ۲۳۷ • پلی نوروپاتی های ناشی از بستری در ICU
- نوروپاتی های ایسکمیک (بیماری های عروق محیطی و
- ۲۳۷ واسکولیت ها)
- ۲۳۷ • پلی آرتریت نودوزا
- ۲۳۷ • آرتریت روماتوئید
- ۲۳۷ • لوپوس اریتماتوزیس سیستمیک
- ۲۳۷ • سندرم شوگرن
- آنژیئیت گرانولوماتوز و سایر سندرم های همراه با
- ۲۳۷ هیپراتوزینوفیلی
- ۲۳۷ • گرانولوماتوز و گنر
- ۲۳۷ • اسکرودرمی
- پلی نوروپاتی های همراه با بیماری های نشوونمایی
- ۲۳۷ • پاراپروتئینمی ها
- پلی نوروپاتی های ایجاد شده در اثر مواد صنعتی، فلزات، داروها
- ۲۳۸ و توکسین ها
- ۲۳۹ 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 ۲۱۵
- تورنیکولی اسپاسمودیک ۲۱۵
- دیستونی کرامپ نویسندگان ۲۱۶
- بلفارواسپاسم و دیستونی اوروماندیبولار ۲۱۶
- بیماری ویلسون ۲۱۷
- اختلالات حرکتی دارویی ۲۲۰
- پارکینسونیسم دارویی ۲۲۰
- واکنش دیستونیک حاد ۲۲۰
- آکاتزیا ۲۲۰
- دیس کینزی های تاردیو ۲۲۱
- سندرم نورولپتیک بدخیم ۲۲۱

۱۶ بیماری های اعصاب محیطی

- آناتومی و فیزیولوژی اعصاب محیطی ۲۲۳
- پاتوزنز بیماری های اعصاب محیطی ۲۲۵
- نشانه شناسی بیماری های اعصاب محیطی و نحوه تشخیص
- بیماری های آن ۲۲۵
- یافته های آزمایشگاهی ۲۲۶
- یافته های الکترومیوگرافی و سرعت هدایت عصبی ۲۲۶
- بیوپسی ۲۲۶
- درمان بیماری های اعصاب محیطی ۲۲۶
- درمان اختصاصی ۲۲۶
- درمان عمومی ۲۲۶
- طبقه بندی بیماری های اعصاب محیطی ۲۲۷
- این بیماری ها ۲۲۷
- درگیری یک عصب واحد (موتور) ۲۲۷
- عصب مدیان ۲۲۷
- عصب اولنار ۲۲۹
- عصب رادیال ۲۲۹
- عصب پروئنال ۲۲۹
- عصب پوستی جانبی ران ۲۲۹
- منونوروپاتی های کرانیال ۲۲۹
- نوروپاتی عصب سه شاخه ۲۲۹
- نوروپاتی عصب صورتی ۲۲۹
- آسیب چند عصب که با هم ارتباط آناتومیک دارند ۲۳۰
- پلکسوپاتی براکیال ۲۳۰
- آسیب چند عصب که با هم ارتباط آناتومیک ندارند (مونونوروپاتی
- مولتی پلکس) ۲۳۱
- پلی نوروپاتی ۲۳۱
- پلی نوروپاتی های التهابی ۲۳۱
- سندرم گیلن باره ۲۳۱
- پلی نوروپاتی التهابی دمیالینیزان مزمن ۲۳۳

- پلی میوزیت ۲۴۳
- درماتومیوزیت ۲۴۳
- یافته‌های آزمایشگاهی در پلی میوزیت و درماتومیوزیت ۲۴۴
- تغییرات پاتولوژیک پلی میوزیت و درماتومیوزیت ۲۴۵
- میوزیت انکلوزیون بادی ۲۴۵
- دیستروفی‌های عضلانی ۲۴۶
- دیستروفینوپاتی‌ها ۲۴۶
- دیستروفی عضلانی دوشن ۲۴۷
- دیستروفی عضلانی بکر ۲۴۷
- اتیولوژی دیستروفی دوشن - بکر ۲۴۷
- دیستروفی عضلانی امری - دریفوس ۲۴۸
- دیستروفی عضلانی فاسیواسکاپولوهومرال ۲۴۸
- دیستروفی عضلانی لیمب - گردل ۲۴۹
- دیستروفی میوتونیک ۲۴۹
- درمان در دیستروفی عضلانی ۲۵۰
- بیماری‌های عضلانی ثانوی به اختلالات متابولیک ارثی ۲۵۱
- بیماری‌های عضلانی ناشی از بیماری‌های اندوکرین ۲۵۲
- بیماری‌های عضلانی ناشی از اختلال عملکرد تیروئید ۲۵۲
- میوپاتی‌های ناشی از اختلال کانال‌های یونی غشاء عضله ۲۵۲
- فلج دوره‌ای هیپوکالمیک ۲۵۲
- میوپاتی‌های مادرزادی ۲۵۳

۱۸ اختلالات انتقالی عصبی-عضلانی

- مقدمه ۲۵۵
- میاستنی گراو ۲۵۵
- میاستنی نوزادی ۲۵۸
- میاستنی مادرزادی ۲۵۹
- سندرم میاستینک لامبرت-ایتون ۲۵۹
- بوتولیسم ۲۵۹

۱۹ بیماری‌های نورون حرکتی

- تعریف و طبقه‌بندی ۲۶۱
- اتیولوژی ۲۶۲
- آمیوتروفیک لترال اسکلروزیس ۲۶۲
- پروگنوز ۲۶۳
- Childhood Spinal Muscular Atrophies ۲۶۳
- بیماری کندی ۲۶۴
- سایر علل نادر بیماری‌های نورون حرکتی ۲۶۵

۲۰ بیماری‌های نخاع

- مقدمه ۲۶۶

- جنین‌شناسی نخاع ۲۶۶
- آناتومی نخاع ۲۶۶
- علائم و نشانه‌ها در ضایعات نخاعی ۲۶۶
- شوک نخاعی ۲۶۷
- اختلال حسی ۲۶۷
- اختلال اتونوم ۲۶۷
- نخاع گردنی ۲۶۷
- نخاع پشتی ۲۶۸
- نخاع کمری ۲۷۰
- نخاع خاجی و کونوس مدولاریس ۲۷۱
- سندرم Hemicord یا Brown - Sequard ۲۷۱
- سندرم Central cord ۲۷۲
- رویکرد به بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی ۲۷۲
- میلوپاتی‌های غیرفشارنده ۲۷۲
- انفارکتوس نخاع ۲۷۲
- میلوپاتی‌های عفونی و التهابی ۲۷۴
- ضایعات عفونی نخاع ۲۷۴
- منیجیت عرضی ایدیوپاتیک ۲۷۴
- خون‌ریزی نخاع (هماتومیلی) ۲۷۵
- میلوپاتی تروماتیک ۲۷۵
- میلوپاتی‌های مزمن ۲۷۵
- میلوپاتی اسپوندیلوتیک گردنی ۲۷۵
- اسپوندیلوز کمری ۲۷۶
- میلوپاتی ناشی از عفونت با ویروس HTLV۱ ۲۷۶
- میلوپاتی ناشی از کمبود ویتامین B۱۲ ۲۷۶
- تومورهای نخاع ۲۷۷
- تومورهای اینترامدولری ۲۷۷
- تومورهای اکسترامدولری اینترادورال ۲۷۷

۲۱ خواب و اختلالات وابسته

- تعریف ۲۷۹
- ساختار خواب و مراحل آن ۲۷۹
- تغییرات الگوی خواب و ارتباط آن با سن ۲۸۰
- نوروبیولوژی خواب و بیداری ۲۸۰
- ریتم سیرکادین و کرونوبیولوژی خواب ۲۸۰
- عملکردهای خواب ۲۸۱
- تغییرات فیزیولوژیک در خواب ۲۸۱
- محرومیت از خواب و خواب‌آلودگی ۲۸۱
- محرومیت کامل از خواب ۲۸۲
- محرومیت نسبی از خواب ۲۸۲
- خواب‌آلودگی مفرط روزانه ۲۸۲
- علل خواب‌آلودگی مفرط روزانه ۲۸۲
- اختلالات خواب ۲۸۲

| | | |
|-----|-------|---------------------------------------------|
| ۲۹۵ | ..... | آمبلیوبی ناشی از الکل |
| ۲۹۵ | ..... | میلینولیز مرکزی پونس |
| ۲۹۵ | ..... | بیماری مارکیافاوا - بیگنامی |
| ۲۹۵ | ..... | میوپاتی ناشی از مصرف الکل |
| ۲۹۵ | ..... | سندرم محرومیت از الکل |
| ۲۹۶ | ..... | دلیریوم ترمنس |
| ۲۹۶ | ..... | اقدامات لازم در درمان سندرم محرومیت از الکل |
| ۲۹۷ | ..... | اعتیاد به مواد مخدر |
| ۲۹۷ | ..... | خصوصیات بالینی |
| ۲۹۷ | ..... | تشخیص اعتیاد |
| ۲۹۷ | ..... | سندرم محرومیت از مواد |
| ۲۹۸ | ..... | درمان |
| ۲۹۸ | ..... | درمان مصرف بیش از حد |
| ۲۹۸ | ..... | درمان اعتیاد به مواد مخدر |
| ۲۹۸ | ..... | ترک و سمزدایی |
| ۲۹۸ | ..... | روان درمانی |
| ۲۹۸ | ..... | محرك‌ها |
| ۲۹۸ | ..... | آمفتامین |
| ۲۹۹ | ..... | متیل فنیت (ریتالین) |
| ۲۹۹ | ..... | مواد داروهای توهم‌زا و روان گردان |
| ۲۹۹ | ..... | • نیکوتین |
| ۲۹۹ | ..... | • خطرات کوکائین |
| ۲۹۹ | ..... | • ماری‌جوآنا (حشیش) |
| ۲۹۹ | ..... | • فن‌سیکلیدین |
| ۳۰۰ | ..... | • اکستازی |
| ۳۰۰ | ..... | • مسکالین، LSD، سیلوسایبین |

۲۳ اختلالات تکاملی سیستم عصبی

| | | |
|-----|-------|-------------------------|
| ۳۰۱ | ..... | مقدمه |
| ۳۰۱ | ..... | مراحل تکاملی سیستم عصبی |
| ۳۰۴ | ..... | فلج مغزی |
| ۳۰۴ | ..... | • اتیولوژی |
| ۳۰۴ | ..... | • علائم بالینی |
| ۳۰۵ | ..... | عقب ماندگی ذهنی |
| ۳۰۵ | ..... | • اتیولوژی |
| ۳۰۶ | ..... | اختلالات اندازه جمجمه |
| ۳۰۸ | ..... | نمایه |

| | | |
|-----|-------|----------------------------------------------|
| ۲۸۲ | ..... | بی‌خوابی |
| ۲۸۴ | ..... | نار کولپسی |
| ۲۸۴ | ..... | • تعریف |
| ۲۸۴ | ..... | • اتیولوژی |
| ۲۸۴ | ..... | • علائم بالینی |
| ۲۸۵ | ..... | • تشخیص‌های افتراقی نار کولپسی |
| ۲۸۵ | ..... | • سایر تشخیص‌های افتراقی |
| ۲۸۵ | ..... | سندرم آپنه خواب |
| ۲۸۵ | ..... | • پاتوبیولوژی آپنه انسدادی خواب |
| ۲۸۶ | ..... | • علائم بالینی آپنه خواب |
| ۲۸۶ | ..... | سندرم پای بی‌قرار |
| ۲۸۶ | ..... | پاراسومنیا |
| ۲۸۷ | ..... | ارزیابی تشخیصی بیماری‌های خواب |
| ۲۸۸ | ..... | رویکرد به بیمار مبتلا به اختلال خواب |
| ۲۸۸ | ..... | اصول درمان بیماری‌های خواب |
| ۲۸۸ | ..... | سندرم نار کولپسی - کاتاپلکسی |
| ۲۸۹ | ..... | سندرم وقفه تنفسی انسدادی |
| ۲۸۹ | ..... | بی‌خوابی |
| ۲۹۰ | ..... | سندرم پای بی‌قرار و سندرم حرکات دوره‌ای پاها |
| ۲۹۰ | ..... | اختلالات پاراسومنیا |
| ۲۹۰ | ..... | اختلالات خواب همراه بیماری‌های نورولوژیک |

۲۲ اختلالات وابسته به مواد

| | | |
|-----|-------|--------------------------------------|
| ۲۹۲ | ..... | الکل |
| ۲۹۲ | ..... | مسمومیت با اتانول |
| ۲۹۲ | ..... | مسمومیت پاتولوژیک |
| ۲۹۳ | ..... | خاموشی الکلی |
| ۲۹۳ | ..... | اسمولالیتی در بیماران الکلیک |
| ۲۹۳ | ..... | سندرم ورنیکه - کورساکوف |
| ۲۹۴ | ..... | اختلالات چشمی |
| ۲۹۴ | ..... | آتاکسی |
| ۲۹۴ | ..... | اختلالات منتال |
| ۲۹۴ | ..... | سندرم کورساکوف |
| ۲۹۴ | ..... | • درمان سندرم ورنیکه - کورساکوف |
| ۲۹۴ | ..... | • دژنراسنس مخچه‌ای در بیماران الکلیک |
| ۲۹۴ | ..... | پلی‌نوروپاتی الکلی |

مقدمه

هدف از معاینه عصبی پاسخ به دو سؤال زیر است:

۱. آیا ضایعه‌ای 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 سازمان‌یافته 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 منحنی گردن
- معاینه گاسترن و راه رفتن

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

تجزیه‌بندی از بیماری‌های خاص نورولوژیک برخی معاینات اختصاصی ضروری است مثل معاینه بیمار با اختلال سطح هوشیاری یا کما، معاینه نوروواسکولر 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 اتیولوژیک) 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 آسان‌تر خواهد شد.

اصول معاینه عصبی

Principles of
Neurological
Examination

pub
med
isteb
.pub

✓ 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. دیپازون (۲۵۶ هرتز برای ارزیابی شنوایی و ۱۲۶ هرتز برای معاینه حس ارتعاش مناسب‌تر است ولی با دیپازون 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 تکه‌ای صابون در یک جعبه مناسب و کوچک برای حس بویایی گاهی لازم است.

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

✓ معاینه قوای هوشی و ذهنی بیمار

معاینه عصبی را با امتحان وضعیت هوشی 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 آماده همکاری لازم را برای ادامه معاینه دارد.
- بیمار دچار اختلال سطح هوشیاری است. برخورد با این‌گونه بیماران متفاوت است.
- بیمار مبتلا به اختلال منتشر نیمکره‌های مغزی یا دمانس است.
- بیمار مبتلا به اختلال موضعی نیمکره مغزی مثل آفازی، آپراکسی یا آمنزی 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^۱
۲. محتوای هوشیاری^۲

سطح هوشیاری

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

محتوای هوشیاری

به معنی اعمال عالیه مغزی مثل آگاهی، حافظه، تکلیف، قضاوت، تفکر انتزاعی، قدرت حل مسائل و تصمیم‌گیری 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 پرداخته میزان بیداری و پاسخ او را در مقابل صدا زدن و تحریکات دردناک 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 بلافاصلاً 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، آمنزی) و یا اختلال رول پریشانی

رنج می‌برد؟

۱. اریانتاسیون 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 بین ۵-۳ دقیقه، سه جسم یا عدد گفته شده را به یاد بیاورد. حافظه اخیر بیانگر قدرت ذخیره اطلاعات در هیپ و کامپ 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 و یا کوچه محل زندگی دوران بچگی، نام مدرسه و یا دوستان 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

سایر اجزای کامل و افتراق انواع اختلالات، لازم است هر کدام از اجزای فوق به صورت جداگانه امتحان شود.

ب) 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»، «ما»، «و» بیان می‌شوند، تکرار کند.

9. Association

10. Language & Speech

11. Fluency

۱۲. نئولوژیسم

۱۳. پارافازی

14. Comprehension

15. Repetition

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 | افازی بروکا | افازی ورنیکه | افازی گلوبال | افازی 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 |

۶. قضاوت^۵ را امتحان کنید.

از بیمار بپرسید در صورتی که کیف پول را در پیدا کند چه کار می‌کند؟ در دمانس آلزایمر پرسش بیماری، قضاوت ممکن است به درجات مختلف مختل ۷. خلق و رفتار^۶ بیمار چگونه است؟

آیا بیمار شواهدی از افسردگی، اضطراب و یا خا دارد؟ آیا پرخاشگری، رفتارهای عجیب و غریب و اشف علائم افسردگی شامل خلق پایین، فقلن انرژی انگیزش، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس، خواب و اشتها، کاهش میل جنسی، کاهش تمرکز لذت است شایع‌ترین علامت افسردگی *donia* یا اختلال لذت بردن از شرایطی است که قبلاً برایش بخشش بوده است.

افسردگی در سالمندان می‌تواند منجر به اختلال در حدی شود که بیماری آلزایمر را تقلید کند به این دمانس کاذب^۷ گفته می‌شود و با درمان ضدافسردگی برگشت است. این در حالی است که بیماران آلزایمر 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 توهم (محتوای تفکر) ارزیابی کنید.

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

هذیان‌های عجیب و غریب^{۱۰} مثلاً احساس می‌کند من تحت کنترل دیگران است. معمولاً در اختلالات روان‌پزشکی مثل اسکیزوفرنی و سایر اختلالات پس‌گم اولیه دیده می‌شود. از بیمار بپرسید آیا صدایی را می‌شنود که دین نمی‌شنوند و یا چیزی را می‌بیند که دیگران نمی‌

(د) نامیدن^۱

از بیمار بخواهید که اشیای آشنا مانند خودکار، ساعت و اجزای آنها را نام ببرد (درجاتی از آنومی یا استال 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 (بر اساس میزان اختلالات) انجام دهد. از او بخواهید از ۷، ۱۰۰ تا ۷ تا ۸ 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