

فصل ۲۳۰ میگرن و سایر اختلالات سردردی اولیه..... ۳۴۴	مقدمه..... ۷
فصل ۲۳۱ بیماری الزایمر..... ۳۶۶	بخش اول: تظاهرات بیماری‌های نورولوژیک..... ۹
فصل ۲۳۲ دمانس پیشانی گیجگاهی..... ۳۸۲	فصل ۱۶ سردرد..... ۱۱
فصل ۲۳۳ دمانس عروقی..... ۳۸۸	فصل ۲۱ سنکوپ..... ۱۹
فصل ۲۳۴ دمانس همراه با اجسام لویی..... ۳۹۴	فصل ۲۲ گیجی و سرگیجه..... ۳۱
فصل ۲۳۵ بیماری پارکینسون..... ۳۹۷	فصل ۲۳ خستگی..... ۳۷
فصل ۲۳۶ لرزش، کُره، و سایر اختلالات حرکتی..... ۴۲۲	فصل ۲۴ علل نورولوژیک ضعف و فلج..... ۴۲
فصل ۲۳۷ اسکلروز جانبی آمیوتروفیک و سایر بیماری‌های نورون حرکتی..... ۴۴۱	فصل ۲۵ کرختی، گزگز، و از بین رفتن حس..... ۴۸
فصل ۲۳۸ بیماری‌های پریونی..... ۴۵۲	فصل ۲۶ اختلالات راه رفتن، عدم تعادل، و سقوط..... ۵۶
فصل ۲۳۹ اختلالات آتاکسیک..... ۴۶۳	فصل ۲۷ سردرگمی و دلیریوم..... ۶۴
فصل ۲۴۰ اختلالات دستگاه عصبی خودمختار..... ۴۷۲	فصل ۲۸ کوما (اغما)..... ۷۰
فصل ۲۴۱ نوازی سه‌قلو، فلج بل، و سایر اختلالات اعصاب جمجمه‌ای..... ۴۸۸	فصل ۲۹ دمانس..... ۸۱
فصل ۲۴۲ بیماری‌های نخاع..... ۵۰۲	فصل ۳۰ آفازی، از دست دادن حافظه، غفلت نیم‌مکانی، سندرم‌های [قطعه] پیشانی، و سایر اختلالات مغزی..... ۹۴
فصل ۲۴۳ تکان مغزی و سایر آسیب‌های مغزی تروماتیک..... ۵۲۴	فصل ۳۱ اختلالات خواب..... ۱۱۰
فصل ۲۴۴ اسکالروز متعدد..... ۵۳۶	بخش دوم: سرطان‌های دستگاه عصبی..... ۱۳۳
فصل ۲۴۵ نورومیلیت اَبْتیکا..... ۵۶۳	فصل ۹۰ تومورهای اولیه و متاستاتیک دستگاه عصبی..... ۱۱۵
بخش ششم: اختلالات عصب و عضله..... ۵۶۹	فصل ۹۴ سندرم‌های نورولوژیک پارانتوپلاستیک و انسفالوپاتی خودایمنی..... ۱۵۴
فصل ۲۴۶ نوروپاتی محیطی..... ۵۷۱	بخش سوم: مراقبت‌های ویژه نورولوژیک..... ۱۶۹
فصل ۲۴۷ سندرم گیلن - باره و سایر نوروپاتی‌های با واسطه ایمنی..... ۶۰۶	فصل ۳۰۷ اختلالات دستگاه عصبی در مراقبت‌های ویژه..... ۱۷۱
فصل ۲۴۸ میاستنی گراو و سایر بیماری‌های پیوستگاه عصبی - عضلانی..... ۶۱۹	بخش چهارم: تشخیص اختلالات نورولوژیک..... ۱۹۱
فصل ۲۴۹ دیستوفی‌های عضلانی و سایر بیماری‌های عضلانی..... ۶۳۲	فصل ۴۲۲ برخورد با بیمار دچار بیماری نورولوژیک..... ۱۹۳
بخش هفتم: انسفالومیت میالژیک / سندرم خستگی مزمن..... ۶۵۹	فصل ۴۲۳ تصویربرداری عصبی در اختلالات نورولوژیک..... ۲۰۴
فصل ۴۵۰ انسفالومیت میالژیک / سندرم خستگی مزمن..... ۶۶۱	فصل ۴۲۴ پاتوبیولوژی بیماری‌های نورولوژیک..... ۲۲۲
نمایه..... ۶۶۷	بخش پنجم: بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی..... ۲۴۷
	فصل ۴۲۵ تشنج و صرع..... ۲۴۹
	فصل ۴۲۶ مقدمه‌ای بر بیماری‌های عروقی مغز..... ۲۸۱
	فصل ۴۲۷ سکنه مغزی ایسکمیک..... ۳۰۲
	فصل ۴۲۸ خونریزی درون جمجمه‌ای..... ۳۲۷
	فصل ۴۲۹ خونریزی تحت عنکبوتیه..... ۳۳۷



جدول ۱-۱۶. علل شایع سردرد			
سر درد ثانویه		سر درد اولیه	
درصد	نوع	درصد	نوع
۶۳	عفونت سینوس	۶۹	نوع تنشی
۴	آسیب به سر	۱۶	میگرن
۱	اختلالات عروقی	۲	خنجری نهان‌زاد
کمتر از ۱	خونریزی نحت‌عنکبوتیهای	۱	فالیسی
۰/۱	تومور مغزی	۰/۱	خوشه‌ای

ایجاد درد شوند، که عبارت‌اند از پوست سر، شریان منتریال میانی، سینوس‌های سخت‌شامه‌ای، داس مغزی، و بخش‌های پروگزیمال از شریان‌های بزرگ نرم‌شامه‌ای. اپاندیم بطنی، شبکه کورونید، وریدهای نرم‌شامه‌ای، و بخش عمده پارتیشیم مغز، سبب ایجاد درد نمی‌شوند.

به‌نظر می‌رسد راجحان‌های اصلی که در ایجاد سردرد اولیه نقش دارند، عبارت‌اند از:

- عروق بزرگ درون جمجمه‌ای و سخت‌شامه و پایانه‌های محیطی عصب سه‌قلو (تری‌مینال) که این ساختمان‌ها را عصبدهی می‌کنند.
- سیستم‌های فوقانی نخاع گردنی گسترش یافته و درون‌دادهایی را از اولین و دومین ریشه‌های عصبی گردنی دریافت می‌کند (مجموعه سه‌قلویی - گردنی)
- نواحی فوقانی پردازش درد، مانند بخش شکمی - خلفی - میانی تالاموس و قشر مغز
- سیستم‌های تنظیم‌کننده درد موجود در داخل مغز که درون‌دادهای رسیده از گیرنده‌های درد عصب سه‌قلو در تمامی سطوح مسیرهای پردازش درد را تنظیم کرده و فعالیت‌های نباتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مانند هیپوتالاموس و ساقه مغز.

عصبدهی عروق بزرگ داخل جمجمه‌ای و سخت‌شامه توسط عصب سه‌قلو، سیستم سه‌قلویی - عروقی نامیده می‌شود. علائم خودمختار جمجمه‌ای، مانند اشک‌ریزش، پرخونی ملتحمه، احتقان بینی، آبریزش بینی، تورم دور کره چشم، احساس پری گوش، و افتادگی پلک، در سردردهای نشأت گرفته از بخش خودمختار عصب سه‌قلو (TAC) ها، و از جمله سردرد خوشه‌ای و سردرد یک‌طرفه حمله‌ای (بارز هستند و ممکن است در میگرن نیز دیده شوند (حتی در کودکان). این علائم خودمختار، بیانگر فعال شدن مسیرهای پاراسمپاتیک جمجمه‌ای هستند، و مطالعات تصویربرداری عملکردی نشان می‌دهند که تغییرات عروقی در میگرن و سردرد خوشه‌ای (چنانچه وجود داشته باشند) نیز در اثر همین سیستم‌های خودمختار جمجمه‌ای ایجاد می‌شوند بنابراین،

سردرد، از شایع‌ترین عللی است که بیماران به دلیل آن، به پزشک مراجعه می‌کنند، و در مقیاس جهانی، کم‌توانی‌های بیشتری در مقایسه با هر مشکل نورولوژیک دیگری را سبب می‌شود. تشخیص و درمان سردرد، بر پایه نوعی رویکرد بالینی دقیق استوار است که البته درک مسائل آناتومی، فیزیولوژی، و فارماکولوژی مسیرهای دستگاه عصبی که واسطه سندرم‌های مختلف سردرد هستند نیز سبب تقویت چنین رویکردی می‌شود. ما در این فصل بر برخورد کلی با بیمار دچار سردرد تمرکز خواهیم کرد؛ و میگرن و سایر اختلالات سردرد اولیه را در فصل ۴۳۰ شرح خواهیم داد.

■ اصول کلی

در نوعی نظام طبقه‌بندی که از سوی انجمن بین‌المللی سردرد (www.ihs-headache.org/en/resources/-guidelines/) ارائه شده، سردرد به دو دسته اولیه یا ثانویه تقسیم می‌شود (جدول ۱-۱۶). سردردهای اولیه، سردردهایی هستند که در آنها، سردرد و ویژگی‌های مرتبط با آن، خود اختلال قلمداد می‌شوند، درحالی‌که سردردهای ثانویه، سردردهایی هستند که در اثر اختلالات برون‌زاد ایجاد می‌شوند. (کمیت طبقه‌بندی سردرد - وابسته به انجمن بین‌المللی سردرد، ۲۰۱۸). سردرد اولیه اغلب سبب کم‌توانی قابل ملاحظه و کاهش کیفیت زندگی بیمار مبتلا می‌شود. سردرد ثانویه خفیف، مانند آنچه در ارتباط با عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی دیده می‌شود، تسخیر بوده ولی به‌ندرت مایه نگرانی است. سردرد تهدیدکننده حیات، نسبتاً ناشایع بوده، ولی برای شناسایی و درمان صحیح چنین بیمارانی، باید گوش‌به‌زنگ باشیم.

■ آناتومی و فیزیولوژی سردرد

درد معمولاً هنگامی ایجاد می‌شود که گیرنده‌های محیطی درد، در پاسخ به آسیب بافتی، اتساع عروقی، یا عوامل دیگر تحریک می‌شوند (فصل ۳۱). در چنین مواردی، درک درد نوعی پاسخ فیزیولوژیک طبیعی است که با واسطه یک دستگاه عصبی سالم صورت می‌گیرد. در هنگامی که مسیرهای ایجادکننده درد در دستگاه عصبی مرکزی یا محیطی صدمه می‌بینند یا به‌صورت نادرست فعال می‌شوند نیز ممکن است درد ایجاد شود. سردرد می‌تواند از یکی از این دو سازکار یا از هر دوی آنها نشأت بگیرد. ساختمان‌های درون جمجمه‌ای نسبتاً ممدودی می‌توانند سبب

چنین رویدادهایی به عنوان رویدادهای ثانویه (و نه رویدادهای مسبب) در اِشبار سردرد قلمداد می‌گردند. به‌علاوه، این علائم ممکن است در اغلب موارد با علائم یا نشانه‌های التهاب سینوس جمجمه‌ای اشتباه شده و به تشخیص بیش از حد سینوزیت و درمان نادرست منتهی شوند. میگرن و سایر انواع سردرد اولیه، «سردرد عروقی» به‌شمار نمی‌روند؛ این اختلالات، همواره تظاهرات مربوط به تغییرات عروقی را بروز نداده و لذا نتایج درمان را نمی‌توان با توجه به اثرات عروقی درمان، پیش‌بینی کرد. میگرن نوعی اختلال مغزی است و باید به‌عنوان نوعی اختلال مغزی بررسی شده و درمان شود.

■ ارزیابی بالینی سردرد حاد که به‌تازگی ایجاد شده است

تشخیص مطرح شده برای بیماری که با سردردی مراجعه می‌کند که شدید بوده و به‌تازگی ایجاد شده است، با تشخیص مطرح شده برای بیماری که دچار سردردهای راجعه در طول سالیان متمادی بوده است، کاملاً متفاوت است. در سردرد شدیدی که به‌تازگی ایجاد شده است، احتمال یافتن نوعی علت بالقوه وخیم به‌مراتب بالاتر از احتمال آن در سردرد راجعه است. بیماران دچار سردردی که اخیراً آغاز شده، باید تحت بررسی بهنگام و درمان مناسب قرار گیرند. علل سردرد حاد در این میان باید مد نظر قرار گیرند عبارت‌اند از مننژیت، خونریزی تحت‌عنکبوتیه‌ای، هماتوم اپی‌دورال یا ساب‌دورال، گلنگو، تومور، و سینوزیت چرکی. در مواردی که علائم و نشانه‌های تک‌کری‌کننده‌ای وجود داشته باشند (جدول ۲-۱۶)، تشخیص درمان سریع، از اهمیت بسیاری برخوردارند.

معاینه دقیق نورولوژیک، گام نخست ارزیابی در ارزیابی بیمار است. در اکثر موارد، بیماران دچار نتایج طبیعی در معاینات یا دارای سابقه سردردی که اخیراً ایجاد شده است، باید با استفاده از توموگرافی کامپیوتری (سی‌تی‌اسکن) یا تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) ارزیابی شوند. به‌نظر می‌رسد که در این زمینه، حساسیت روش‌های سی‌تی‌اسکن و MRI به‌عنوان روش غربالگری اولیه جهت تشخیص پاتولوژی درون جمجمه‌ای، یکسان باشند. در برخی موارد، انجام پونکسیون کمری (LP) نیز ضروری است، مگر آنکه بتوان وجود نوعی علت خوش‌خیم را به‌روش‌های دیگر اثبات کرد. ارزیابی کلی سردرد حاد، می‌تواند شامل موارد زیر باشد: بررسی شریان‌های جمجمه‌ای از طریق لمس؛ بررسی نخاع گردنی از طریق بررسی تأثیر حرکت نافعال سر و از طریق تصویربرداری؛ بررسی وضعیت قلبی-عروقی و کلیوی از طریق پایش فشار خون و بررسی ادرار؛ و بررسی چشم‌ها از طریق فوندوسکوپی، اندازه‌گیری فشار داخل چشم، و انکسار.

جدول ۲-۱۶. علائم سردرد که از وجود نوعی اختلال زمینه‌ای وخیم حکایت دارند

- سردردی که ناگهان ایجاد شده باشد
- نخستین سردرد شدید
- «بدترین» سردرد زندگی
- استفراغی که قبل از سردرد رخ داده باشد
- بدتر شدن سردرد به‌صورت تحت‌حاد و ملی مدت چند روز یا چند هفته
- سردردی که به‌دلیل خم‌شدن، بلندکردن اجسام، یا سرفه ایجاد شود
- سردردی که خواب را مختل ساخته یا بلافاصله پس از بیدار شدن از خواب تظاهر کند

- بیماری سیستمیک شناخته‌شده
- شروع سردرد پس از سن ۶۵ سالگی
- تب یا نشانه‌های سیستمیک غیر قابل توجه
- نتایج غیر طبیعی در معاینه نورولوژیک
- درد همراه حساسیت موضعی به لمس (تندرنس)، مثلاً در ناحیه شریان گیجکی

و وضعیت روان‌شناختی بیمار نیز باید بررسی شود، زیرا رابطه‌ای میان سردرد، افسردگی، و اضطراب وجود دارد. البته هدف از این کار، بی‌کردن به وجود هم‌بیمارمندی است، و نه ارائه توجیهی برای سردرد. زیرا سردرد مشکل‌ساز، به‌ندرت فقط به‌دلیل تغییر خلق ایجاد می‌شود. اگرچه لازم به ذکر است که داروهای دارای اثرات ضد افسردگی نیز در درمان پیشگیرانه هر دو نوع سردرد تنشی و میگرن مؤثر هستند، ولی هر علامت را باید به‌نحو مطلوب درمان کرد.

اختلالات زمینه‌ای سردرد راجعه ممکن است در اثر درد ناشی از اقدامات جراحی بر روی گوش یا دندان فعال شوند. بنابراین، درد در ناحیه سر که از تروما یا بافت‌های بیمار ناشی می‌شود، ممکن است در سندرم میگرنی که از سایر جهات خاموش است، دوباره فعال شود. درمان سردرد تا هنگامی که مشکل اصلی مربوطه برطرف نشود، تا حد بسیاری بی‌تأثیر خواهد بود.

بیماری‌های زمینه‌ای وخیمی که با سردرد همراه هستند، در ادامه شرح داده خواهند شد. تومور مغزی از علل نادر سردرد بوده، و شیوع آن به‌عنوان یکی از علل سردرد شدید، حتی از آن هم کمتر است. اکثریت قریب به اتفاق بیمارانی که با سردرد شدید مراجعه می‌کنند، دارای علتی خوش‌خیم هستند.

سردرد ثانویه

درمان سردرد ثانویه، بر تشخیص و درمان بیماری زمینه‌ای مربوطه استوار است.

تومورهای مغزی در فصل ۹۰ شرح داده خواهند شد.

■ آرتريت تمپورال

آرتريت تمپورال (سلول غول آسا) نوعی اختلال التهابی شریان‌ها است که اغلب عروق کاروتید خارج جمجمه‌ای را مبتلا می‌سازد. این اختلال، از اختلالات شایع در سالمندان است. میزان بروز سالانه آن ۷۷ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ فرد ۵۰ ساله و بالاتر است. میانگین سن شروع بیماری، ۷۰ سالگی است، و ۶۵ درصد مبتلایان را زنان تشکیل می‌دهند. حدود نیمی از بیماران دچار آرتريت تمپورال درمان نشده، دچار نابینایی ناشی از درگیری شریان اُفتالمیک و شاخه‌های آن می‌شوند؛ آنچه مسلم است، نوروپاتی اپتیک ایسکمی ناشی از آرتريت سلول غول آسا، علت اصلی نابینایی دوطرفه سرخ‌بین در بیماران با سن بالاتر از ۶۰ سال است. از آنجایی که درمان گلوکوکورتیکوئیدها در پیشگیری از این عارضه مؤثر است، تشخیص بهنگام این اختلال حایز اهمیت است.

علامت‌های اولیه که بیمار با آنها مراجعه می‌کند، عبارت‌اند از سردرد، پلیم‌الژی (روماتیسم) (فصل ۳۶۳)، درد در هنگام جویدن، تب، و کاهش وزن. سردرد، علامت غالب بوده و اغلب به‌همراه کسالت و دردهای عضلانی بروز می‌کند. سردرد می‌تواند یک‌طرفه یا دوطرفه باشد، و در ۵۰ درصد بیماران در ناحیه گیجگاهی بوده، ولی می‌تواند هر بخش از جمجمه یا تمامی بخش‌های جمجمه را درگیر سازد. درد معمولاً به تدریج و در طول چند ساعت ظاهر کرده، و سپس به حداکثر شدت خود می‌رسد؛ البته گهگاه ممکن است شروع درد حالت انفجاری داشته باشد. کیفیت درد فقط به‌ندرت ممکن است ضربان‌دار باشد؛ و تقریباً همواره به‌صورت دردی مبهم و آزارنده توصیف می‌شود که دوره‌هایی از درد خنجری (شبهه به دردهای تیزی که در میگرن حس می‌شوند) بر روی آن سوار می‌شود. اکثر بیماران درمی‌یابند که منشأ سردرد آنان، سطحی و در خارج جمجمه است (و نه در اعماق جمجمه، که خاستگاه درد در مبتلایان به میگرن قلمداد می‌شود). حساسیت به لمس (تندرنس) در پوست سر، اغلب به‌میزان شدید وجود دارد؛ شانه‌کردن موها یا قرار دادن سر بر روی بالش ممکن است به‌علت درد، غیر ممکن باشد. سردرد معمولاً در هنگام شب تشدید شده و اغلب به‌دنبال مواجهه با سرما افزایش می‌یابد. از دیگر یافته‌ها می‌توان به وجود ندول‌های قرمز رنگ و حساس به لمس یا وجود رگه‌های قرمز رنگ در پوست واقع بر روی شریان‌های گیجگاهی، و نیز حساسیت شریان‌های گیجگاهی یا با شیوع کمتر، شریان‌های پس‌سری به لمس اشاره کرد.

سرعت رسوب گویچه‌های قرمز (ESR) اغلب (هرچند نه همیشه) افزایش می‌یابد؛ وجود ESR طبیعی، آرتريت سلول غول آسا را

سردرد حاد و شدیدی که با سفتی گردن و تب همراه باشد، از مننژیت حکایت دارد. انجام پونکسیون کم‌ری در این مورد الزامی است. در اغلب موارد، درد به‌دنبال حرکت چشم به‌شدت افزایش می‌یابد. مننژیت ممکن است به‌سهولت با میگرن اشتباه شود، زیرا علائم اصلی میگرن شامل سردرد ضربان‌دار، هراس از نور، تهوع، و استفراغ اغلب وجود داشته و شاید بیانگر هویت زیست‌شناختی برخی از بیماران باشند.

مننژیت در فصل‌های ۱۳۸ و ۱۳۹ (کتاب بیماری‌های عفونی هاریسون، مترجم) شرح داده شده‌اند.

■ خونریزی داخل جمجمه‌ای

سردرد حاد (که ظرف مدت کمتر از ۵ دقیقه به حداکثر برسد) و شدید (که بیش از ۵ دقیقه به طول انجامد) همراه با سفتی گردن ولی بدون تب، از خونریزی تحت‌عنکبوتیه‌ای حکایت دارد. آنوریسم پاره شده، مالفورماسیون شریانی-وریدی، یا خونریزی داخل پارانشیمی مغز نیز ممکن است فقط با سردرد تظاهر کند. به‌ندرت، اگر این خونریزی مختصر بوده یا پایین‌تر از فوران ماگنوم باشد، نتیجه سی‌تی‌اسکن سر می‌تواند طبیعی باشد. بنابراین، انجام پونکسیون کم‌ری ممکن است برای تشخیص قطعی خونریزی تحت‌عنکبوتیه‌ای لازم باشد.

خونریزی تحت‌عنکبوتیه‌ای در فصل ۴۲۹، و خونریزی داخل جمجمه‌ای در فصل ۴۲۸ شرح داده خواهد شد.

■ تومور مغزی

حدود ۳۰ درصد از بیماران دچار تومورهای مغزی، سردرد را به‌عنوان حکایت اصلی خود بیان می‌کنند. این سردرد معمولاً غیر قابل‌توصیف است - یعنی نوعی درد مبهم، عمیق، متناوب، با شدت متوسط است که ممکن است با فعالیت یا تغییر وضعیت بدن تشدید شده، ممکن است با تهوع و استفراغ همراه باشد. این الگوی علائم، به‌مراتب بیشتر از آنکه از تومور مغزی ناشی شود، از میگرن ناشی می‌شود. سردرد ناشی از تومور مغزی، خواب را در قریب به ۱۰ درصد از بیماران مبتلا مختل می‌سازد. استفراغی که چند هفته قبل از ظهور سردرد رخ دهد، از مشخصات بارز تومورهای مغزی حفره خلفی است. وجود سابقه آمنوره یا گالاکتوره باید احتمال وجود نوعی آدنوم مترشح‌ه پرولاکتین در غده هیپوفیز (یا سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) را به‌عنوان منشأ سردرد مطرح سازد. سردرد نوپدید در بیمار دچار بدخیمی شناخته‌شده، بیانگر متاستاز مغزی یا مننژیت کارسینوماتو است. سردردی که بلافاصله پس از خم شدن، بلند کردن اجسام، یا سرفه کردن ایجاد می‌شود، می‌تواند ناشی از توده حفره خلفی، مالفورماسیون کیاری، یا پایین بودن حجم مایع مغزی-