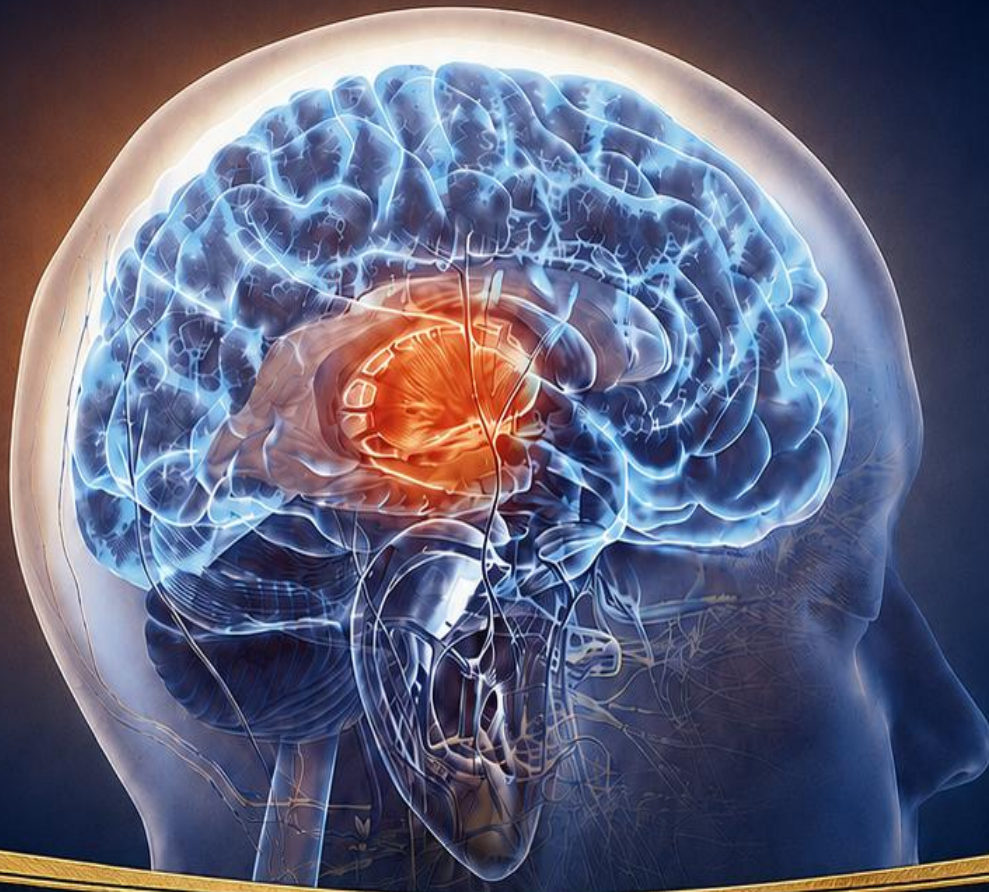




ویژه آزمون دستیاری ۱۴۰۶



خلاصه طلایی

نورولوژی دستیاری

Michael J. Aminoff

درسنامه کیس محور و تست محور

مرور جامع مباحث و تحلیل سؤالات پنج دوره اخیر

۱۴۰۱ تا ۱۴۰۵

دکتر امیرحسین صالحی

بورد فوق تخصصی روماتولوژی

فهرست فصل‌ها

- فصل ۱ - شرح حال و معاینه نورولوژیک (4)
سوالات (14)
- فصل ۲ - بررسی‌های تشخیصی در نورولوژی (18)
سوالات (25)
- فصل ۳ - کما (28)
سوالات (36)
- فصل ۴ - حالات گیجی و دلیریوم (39)
سوالات (50)
- فصل ۵: دمانس و اختلالات حافظه (53)
سوالات (64)
- فصل ۶: سردرد و درد صورت (68)
سوالات (75)
- فصل ۷: اختلالات نورو-افتالمولوژیک (79)
سوالات (85)
- فصل ۸: اختلالات تعادل (87)
سوالات (94)
- فصل ۹: اختلالات حرکتی - ضعف و بیماری‌های واحد حرکتی (96)
سوالات (109)
- فصل ۱۰: اختلالات حسی (117)
سوالات (128)
- فصل ۱۱: اختلالات حرکتی (131)
سوالات (139)
- فصل ۱۲: تشنج و سنکوپ (143)
سوالات (150)
- فصل ۱۳: سکته مغزی (152)
سوالات (160)
- پیوست: معاینه اعصاب محیطی منفرد شایع (163)
سوالات (167)

شرح حال و معاینه نورولوژیک

فصل در یک نگاه

در نورولوژی معمولاً پیش از آن که نام بیماری را حدس بزنیم، باید دو سؤال را پاسخ دهیم:

۱. ضایعه کجاست؟ مغز، ساقه مغز، نخاع، ریشه عصبی، عصب محیطی، محل اتصال عصب و عضله یا خود عضله؟
۲. چه فرایندی آن را ایجاد کرده است؟ عروقی، التهابی، عفونی، متابولیک، سمی، نئوپلاستیک، دژنراتیو، ژنتیکی یا تروماتیک؟

شرح حال نورولوژیک – واژه بیمار را ترجمه کنید

واژه‌هایی مانند «گیجی»، «ضعف»، «بی‌حسی»، «لرزش»، «تاری دید» و «حمله» برای بیماران مختلف معنای یکسانی ندارند. نخست باید بفهمیم بیمار دقیقاً چه تجربه‌ای را توصیف می‌کند.

شکایت‌های شایع و معنای واقعی آن‌ها

واژه بیمار	سؤال روشن‌کننده	برداشت‌های ممکن
گیجی یا منگی	«احساس چرخش دارید، تعادلتان بهم می‌خورد یا نزدیک است غش کنید؟»	سرگیجه دورانی (Vertigo)، عدم تعادل یا پیش‌سنگوپ
ضعف	«واقعاً قدرت اندام کم شده یا فقط خسته و بی‌انرژی هستید؟»	کاهش قدرت ناشی از مسیر حرکتی، عصب محیطی یا عضله – یا صرفاً خستگی و لتارژی
لرزش	«حرکت را نشان دهید – در استراحت است یا هنگام کار؟»	ترمور، کره، آنتوز، میوکلونوس یا فاسیکولاسیون
بی‌حسی	«حس کمتر شده، مور مور است یا لمس آزاردهنده شده؟»	هیپوستزی، پارستزی، هیپراستزی – گاهی بیمار ضعف را بی‌حسی می‌نامد
تاری دید	«یک تصویر تار است یا دو تصویر می‌بینید؟ قسمتی از میدان دید حذف شده؟»	افت حدت بینایی، دوبینی، نوسان تصویر یا نقص میدان بینایی
حمله یا Spell	«شروع و پایان ناگهانی دارد؟ چند بار تکرار شده؟ حین آن چه دیده‌اند؟»	تشنج یا سنگوپ و سایر اختلالات اپیزودیک

کیفیت، محل و شدت علامت

علامت را با مثال عینی ثبت کنید. مثلاً به جای «درد عجیب پا»، مشخص کنید آیا درد سوزشی و ناخوشایند است، لمس معمولی درد ایجاد می‌کند یا حساسیت به درد افزایش یافته است. توزیع علامت نیز اهمیت زیادی دارد – ضعف یک نیمه بدن با ضعف دوطرفه پروگزیمال یک معنی ندارد.

مثال ساده: اگر بیمار می گوید «پایم ضعیف است»، از او بخواهید دقیقاً بگوید در بالا رفتن از پله مشکل دارد، پنجه پا روی زمین گیر می کند یا فقط پس از فعالیت زود خسته می شود. هر پاسخ، محل متفاوتی را مطرح می کند.

سیر زمانی – یکی از قوی ترین سرنخها

الگوی زمانی	برداشت کلی
شروع طی چند ثانیه تا چند دقیقه	بیشتر به نفع ایسکمی، تشنج یا سنکوپ
شروع تدریجی و پیشرفت مداوم	فرایندهای نئوپلاستیک یا دژنراتیو را مطرح می کند
دوره های عود و بهبود	در بیماری هایی مانند میگرن، صرع یا مولتیپل اسکلروزیس دیده می شود
حمله های تکراری و مشابه	مدت هر حمله، عامل آغازگر و وضعیت پس از حمله باید جداگانه پرسیده شود

همیشه زمان شروع، ناگهانی یا تدریجی بودن، روند بهبود یا تشدید و وجود دوره های خاموشی را مشخص کنید. عوامل تشدیدکننده، تخفیف دهنده و علائم همراه نیز می توانند به تعیین محل یا علت کمک کنند – برای نمونه، همراهی تب با سردرد احتمال مننژیت را مطرح می کند و همراهی درد گردن با ضعف پاها به نفع میلوپاتی گردنی است.

سابقه های مهم

بیماری های زمینه ای مانند پرفشاری خون، دیابت، بیماری قلبی، سرطان و اختلالات ایمنی می توانند علت مشکل نورولوژیک را روشن کنند. جراحی قلب ممکن است با سکته یا حالت گیجی همراه شود و فشار موضعی هنگام عمل می تواند نوروپاتی فشاری ایجاد کند.

در سابقه دارویی، همه داروهای نسخه ای، بدون نسخه و مواد مصرفی پرسیده شوند – زیرا داروها ممکن است موجب گیجی، کما، سردرد، آتاکسی، نوروپاتی، اختلال عصب-عضله یا تشنج شوند.

در زنان، بارداری می تواند بر صرع و میگرن اثر بگذارد و زمینه نوروپاتی های فشاری مانند سندرم تونل کارپ و مرالژی پارسنتیکا را فراهم کند. اکلامپسی با تشنج تونیک-کلونیک ژنرالیزه در زمینه پره اکلامپسی مشخص می شود.

سابقه خانوادگی ممکن است الگوی توارث را نشان دهد: بیماری هانتینگتون اتوزوم غالب، بیماری ویلسون اتوزوم مغلوب و دیستروفی عضلانی دوشن وابسته به X مغلوب است. تحصیلات و شغل برای تفسیر عملکرد شناختی، سفر برای مواجهه عفونی، و سابقه جنسی برای عفونت هایی مانند سیفلیس و HIV اهمیت دارند.

- TTP: پنج گانه ترومبوسیتوپنی، کم خونی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک، اختلال عصبی، تب و بیماری کلیه - PT/PTT و فیبرینوژن معمولاً طبیعی یا اندکی غیرطبیعی اند. درمان اصلی Plasma exchange

تروما، تشنج و دلیریوم ICU

Concussion با گیجی، آمیزی یا عدم هماهنگی گذرا و تصویربرداری معمولاً طبیعی مشخص می شود. از دست رفتن فوری و پایدار هوشیاری پس از تروما، آسیب آکسونی منتشر را مطرح می کند. همتوم اپیدورال عدسی شکل و محدود به Suture است - ساب دورال هلالی شکل از Suture عبور می کند ولی از خط وسط یا Tentorium عبور نمی کند.

حالت پس از تشنج ژنرالیزه معمولاً طی ۱ تا ۲ ساعت برطرف می شود. تداوم گیجی نیازمند بررسی استاتوس، ضایعه ساختاری یا انسفالوپاتی زمینه ای است. استاتوس غیر تشنجی ممکن است فقط با گیجی، آفازی، تغییر شخصیت، حرکت بسیار ظریف یا نیستاگموس دیده شود و EEG برای تشخیص ضروری است. دلیریوم ICU اغلب نوع آرام دارد، نه آژیته. سن بالا، اختلال شناختی قبلی، آرام بخش و آنتی کولینرژیک، ترک الکل، محرومیت حسی، اختلال خواب، عفونت و اختلالات متابولیک مهم اند. درمان اصلی، یافتن و اصلاح علت برگشت پذیر و کم کردن داروهای ایجادکننده است.

اختلال روان پزشکی یا دلیریوم؟

اختلال روان پزشکی معمولاً طی چند هفته شکل می گیرد، سطح هوشیاری نوسان دار ندارد، بیمار بیدار و به شخص، مکان و زمان آگاه است و حافظه حفظ می شود - مشکل اصلی در محتوا یا فرم فکر، توهم و Affect است. در دلیریوم، بی توجهی، عدم جهت یابی و نوسان سطح هوشیاری هسته تشخیص اند.

مرور سریع پایان فصل

- دلیریوم حاد و نوسان دار است و توجه زود مختل می شود - دمانس مزمن است.
- پنج اورژانس: هیپوگلیسمی، مننژیت باکتریایی، SAH، خونریزی تروماتیک و ورنیکه.
- آستریکسی سرنخ متابولیک است - علامت فوکال پایدار به ضایعه ساختاری فکر می دهد.
- آنتی کولینرژیک: خشک - سمپاتومیمتیک: معمولاً عرق کرده - اپیوئید: Pinpoint و دپرسیون تنفس.
- سروتونین با کلونوس و هیپررفلکسی - NMS با برادی کینزی و ریجیدیتی - هایپرترمی بدخیم پس از بیهوشی/سوکسینیل کولین.
- در شک به ورنیکه، تیامین را پیش یا همراه گلوکز بدهید.
- CSF باکتریایی: PMN و گلوکز کم - ویروسی: لنفوسیت و گلوکز معمولاً طبیعی - سل/قارچ: سیر تحت حاد و گلوکز اغلب پایین.
- انسفالیت HSV به تمپورال تمایل دارد و آسیکلوویر نباید تا نتیجه PCR به تعویق بیفتد.
- گیجی طول کشیده پس از تشنج ممکن است استاتوس غیر تشنجی باشد.

سوالات حالات گيجی، عفونت‌ها و اختلالات متابولیک

۱- جوانی ۲۷ ساله دچار تب و سردرد از روز گذشته و صبح امروز دچار توهّم بویایی و تشنج فوکال می‌شود. در MRI ضایعه‌ای مغزی در ناحیه تمپورال و فرونتال داشته که با تزریق، جذب گادولینیوم را نشان می‌دهند. در ارزیابی مایع مغزی-نخاعی فشار CSF افزایش دارد و پروتئین و تعداد گلبول‌های سفید با ارجحیت لنفوسیت بالاست و قند CSF نرمال است. کدام اقدام ارجح است؟ (دستیاری ۱۴۰۱)

الف) تجویز سفتریاکسون و وانکومايسين

ب) تجویز آسیکلوویر

ج) تجویز کورتیکواستروئید

د) انجام پلاسمافرز

پاسخ صحیح: گزینه ب

تب، تشنج فوکال و علائم تمپورال همراه CSF لنفوسیتی با قند طبیعی، انسفالیت هرپسی را مطرح می‌کنند؛ آسیکلوویر باید در اولین شک شروع شود.

الف) سفتریاکسون و وانکومايسين: رژیم مننژیت باکتریایی است؛ الگوی تمپورال و تشنج فوکال این سؤال HSV را برجسته می‌کند.

ب) آسیکلوویر: پاسخ صحیح؛ درمان نباید تا تأیید آزمایشگاهی به تأخیر بیفتد.

ج) کورتیکواستروئید: جای درمان ضدویروسی HSV را نمی‌گیرد؛ درمان‌های ایمنی مربوط به تشخیص‌های دیگرند.

د) پلاسمافرز: در برخی بیماری‌های ایمنی مطرح است و درمان اولیه انسفالیت HSV نیست.

منبع: کتاب خلاصه طلایی، ص ۳۶، مننژیت باکتریایی؛ ۳۷ و ۳۸، انسفالیت HSV.

۲- درمان تجربی ضد میکروبی در بیمار با شک مننژیت باکتریایی با شانت مغزی چیست؟ (دستیاری ۱۴۰۴)

الف) وانکومايسين + سفتازیدیم

ب) وانکومايسين + سفتازیدیم + آمپی‌سیلین

ج) سفتازیدیم + آمپی‌سیلین

د) سفتریاکسون + وانکومايسين

پاسخ صحیح: گزینه الف

در مننژیت مرتبط با شانت CSF، کتاب پوشش استافیلوکوک و باسیل‌های گرم‌منفی را با وانکومايسين و سفتازیدیم توصیه می‌کند.

الف) وانکومايسين و سفتازیدیم: پاسخ صحیح؛ همان رژیم گروه شانت، تروما یا جراحی اعصاب است.

ب) افزودن آمپی‌سیلین به دو داروی بالا: در شرح سؤال، زمینه جداگانه نیازمند پوشش لیستریا ذکر نشده است.

ج) سفتازیدیم و آمپی‌سیلین: وانکومايسين لازم در رژیم شانت حذف شده است.

د) سفتریاکسون و وانکومايسين: رژیم معمول مننژیت بالغین است؛ رژیم مشخص شانت در جدول کتاب سفتازیدیم دارد.

منبع: کتاب خلاصه طلایی، ص ۳۶، جدول درمان تجربی مننژیت.

دمانس و اختلالات حافظه

فصل در یک نگاه

دمانس یعنی افت اکتسابی و منتشر توانایی‌های شناختی که معمولاً سیر پیشرونده دارد و زندگی روزمره را مختل می‌کند - اما سطح بیداری بیمار، دست‌کم تا مراحل پایانی، حفظ می‌شود. پس بیماری که امروز ناگهان گیج شده، توجهش نوسان دارد و خواب‌آلود است، ابتدا «دلیریوم» دارد نه دمانس - هرچند این دو می‌توانند هم‌زمان باشند.

سه سؤال ابتدای برخورد:

۱. آیا واقعاً افت شناختی وجود دارد و عملکرد روزمره را مختل کرده است؟
۲. سیر آن حاد، پله‌ای یا آهسته و پیشرونده است؟
۳. کدام حوزه زودتر درگیر شده است: حافظه، رفتار، زبان، دید فضایی یا عملکرد اجرایی؟

از افت طبیعی سن تا دمانس

با افزایش سن ممکن است سرعت پردازش، یادگیری مطالب تازه، یادآوری و پیدا کردن واژه کمی کند شود - این تغییرات به تنهایی دمانس نیستند.

وضعیت	تعریف ساده	اثر بر زندگی روزانه
شکایت شناختی ذهنی	خود فرد احساس می‌کند حافظه یا تمرکزش کمتر شده، اما نقص عینی ثابت نشده است	اختلال واضح وجود ندارد
اختلال شناختی خفیف (MCI)	آزمون‌ها افتی بیش از انتظار برای سن نشان می‌دهند	استقلال عمدتاً حفظ می‌شود
دمانس	افت اکتسابی چند حوزه شناختی	کار، امور مالی، داروها یا مراقبت از خود مختل می‌شود
خطر شناختی-حرکتی	شکایت شناختی همراه با آهسته‌شدن راه رفتن	می‌تواند زنگ خطر افت شناختی آینده باشد

در MCI سالانه حدود ۷ تا ۱۰ درصد بیماران به دمانس پیشرفت می‌کنند. بنابراین «استقلال عملکردی» مرز عملی مهم میان MCI و دمانس است.

دمانس یا دلیریوم؟

ویژگی	دمانس	دلیریوم
شروع	معمولاً آهسته	حاد یا تحت حاد
سیر	پیشرونده و نسبتاً پایدار	نوسانی، گاهی ساعت به ساعت
بیداری	تا اواخر حفظ می شود	اغلب کاهش یا نوسان دارد
توجه	در ابتدا نسبتاً بهتر	به وضوح مختل
فعالیت خودکار	معمولاً طبیعی	ممکن است افزایش یابد
برگشت پذیری	اغلب محدود	با درمان علت، غالباً بهتر می شود

مثال: بیماری که شش ماه است قبض ها را اشتباه می پردازد، مسیرهای آشنا را گم می کند و هر هفته بدتر می شود، دمانس محتمل تری دارد. بیماری که از دیشب بعد از عفونت، گاهی هوشیار و گاهی خواب آلود است و نمی تواند ماه های سال را برعکس بگوید، بیشتر دلیریوم دارد.

رویکرد مرحله به مرحله**۱. شرح حال را فقط از بیمار بگیرید**

بیمار ممکن است از شدت نقص خود آگاه نباشد. از همراه قابل اعتماد درباره زمان شروع، سرعت پیشرفت، اثر بر کارهای روزمره، تغییر شخصیت، رفتار، زبان، راه رفتن و کنترل ادرار سؤال کنید. سابقه سکت، ضربه سر، الکل، بیماری های سیستمیک و همه داروها مهم اند.

۲. حوزه های شناختی را جداگانه ببینید

- توجه و تمرکز
 - ثبت، یادگیری و یادآوری
 - جهت یابی به زمان و مکان
 - زبان
 - محاسبه و توانایی دیداری-فضایی
 - پراکسی، گنوز و عملکرد اجرایی
 - خلق، رفتار و قضاوت
- آزمون هایی مانند MoCA یا MMSE برای غربالگری و پیگیری مفیدند، اما جای شرح حال و معاینه را نمی گیرند.

۳. معاینه عصبی سرنخ مکان یابی می دهد

به میدان بینایی، حرکات چشم، پارکینسونیسم، حرکات غیرطبیعی، میوکلونوس، علائم هرمی، حس، رفلکس ها و راه رفتن توجه کنید.

سرنخ غالب	تشخیص مهم تر در این فصل
اختلال زودرس حافظه اخیر	آلزایمر
تغییر رفتار یا آفازی زودرس	دمانس فرونتوتمپورال
توهم بینایی واضح و نوسان شناخت	بیماری اجسام لویی
فلج نگاه عمودی، به ویژه پایین	فلج فوق هسته ای پیشرونده
آپراکسی یک اندام و پدیده دست بیگانه	دژنراسیون کورتیکوبازال
گره	هانتینگتون
دمانس سریع همراه میوکلونوس	کروتزفلد-یاکوب
اختلال راه رفتن، شناخت و ادرار	هیدروسفالی با فشار طبیعی
پیشرفت پله ای و علائم کانونی	دمانس عروقی

۴. آزمایش ها هدفمند باشند

آزمایش های خون برای یافتن علل متابولیک یا تغذیه ای، تصویربرداری مغز برای بررسی آتروفی، انفارکتوس، همتوم، هیدروسفالی یا توده، و در موارد منتخب EEG، بررسی CSF یا آزمون های ژنتیک به کار می روند. حدود ۱۰ درصد دمانس ها در این منبع بالقوه برگشت پذیرند - بنابراین جست و جوی علت درمان پذیر ارزشمند است.

بیماری آلزایمر

آلزایمر شایع ترین علت دمانس است و حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد موارد را تشکیل می دهد. دو یافته آسیب شناختی اصلی عبارتند از پلاک های خارج سلولی آمیلوئید بتا و کلافه های داخل سلولی tau فسفریله.

سیر بالینی ساده شده

۱. ابتدا یادگیری و حفظ اطلاعات تازه دشوار می شود - بیمار سؤال را تکرار می کند یا قرار اخیر را فراموش می کند.

۲. سپس جهت یابی، نامیدن، محاسبه، پراکسی و مهارت دیداری-فضایی مختل می شوند.

۳. در مراحل جلوتر تغییر رفتار، روان پریشی، تشنج، سفتی و کندی حرکت دیده می شود.

سوالات دمانسی و اختلالات حافظه

۱- مرد ۵۷ ساله به طور ناگهانی حافظه خود را از دست داده است. مکرراً سوال تکراری می پرسد. قادر به حفظ اطلاعات نیست و وقایع صبح امروز را به یاد نمی آورد. کمی مضطرب است اما سایر فعالیت های شناختی از قبیل رانندگی، نوشتن و مهارت های ارتباطی و اجتماعی سالم است. معاینه عصبی و علایم حیاتی نرمال است. بهترین تشخیص برای این بیمار چیست؟ (دستیاری ۱۴۰۱)

الف) آنسفالیت هرپسی

ب) سندروم کورساکوف

ج) دلیریوم ترمنس

د) فراموشی کلی گذرا

پاسخ صحیح: گزینه د

از دست رفتن ناگهانی توان ساختن خاطره تازه، سؤال پرسیدن تکراری و حفظ سایر توانایی های شناختی، الگوی فراموشی کلی گذرا یا TGA است.

الف) آنسفالیت هرپسی: معمولاً تب، تغییر رفتار یا هوشیاری، تشنج و یافته های تمپورال دارد؛ این علائم در شرح سؤال دیده نمی شوند.

ب) کورساکوف: اختلال مزمن حافظه در زمینه کمبود تیامین است؛ بیمار غالباً کم بینش و بی تفاوت است و ممکن است کنfabولاسیون داشته باشد.

ج) دلیریوم ترمنس: در زمینه ترک الکل، با اختلال توجه و هوشیاری و بیش فعالی اتونوم مطرح می شود؛ حفظ سایر کارکردهای شناختی علیه آن است.

د) TGA: بهترین تطابق را دارد؛ بیمار هویت و مهارت های خود را حفظ می کند، ولی اطلاعات تازه را نگه نمی دارد. منبع: کتاب خلاصه طلایی، ص ۳۱، ترک الکل؛ ۳۷، HSV؛ ۵۰، TGA و کورساکوف.

۲- مهم ترین یافته در ام آر آی بیماران مبتلا به آلزایمر، که ارزش بالینی بیشتری نسبت به یافته های دیگر دارد. کدام است؟ (دستیاری ۱۴۰۲)

الف) آتروفی منتشر مغز

ب) گشاد شدن بطن های جانبی

ج) آتروفی لوب پاریتال و اکسی پیتال

د) آتروفی مدیال لوب تمپورال دو طرفه

پاسخ صحیح: گزینه د

در آلزایمر، آتروفی تمپورال داخلی به ویژه هیپوکامپ، یافته تصویربرداری مهمی است و با اختلال زودرس یادگیری و حافظه اخیر تناسب دارد.

الف) آتروفی منتشر: محل شاخص مرتبط با نقص زودرس حافظه را مشخص نمی کند.

ب) گشاد شدن بطن ها: به تنهایی یافته شاخص آلزایمر نیست؛ بزرگی نامتناسب بطن ها در NPH هم مطرح می شود.

ج) آتروفی پاریتال و اکسیپیتال: کتاب در آلزایمر آتروفی پاریتال را ذکر می کند، اما ترکیب این گزینه جای یافته برجسته تمپورال داخلی را نمی گیرد.

د) آتروفی دو طرفه تمپورال داخلی: پاسخ صحیح؛ هیپوکامپ در ساخت خاطرات تازه نقش دارد.

منبع: کتاب خلاصه طلایی، ص ۴۴، یافته های آلزایمر؛ ۴۷، NPH؛ ۴۹، حافظه.

رادیکولوپاتی (Radiculopathy): رادیکولوپاتی معمولاً با درد تیرکشنده و برجسته در مسیر یک درماتوم ظاهر می‌کند. یافته‌های همراه عبارت‌اند از: ضعف عضلات مربوط به یک میوتوم، کاهش رفلکس متناظر با ریشه درگیر، تشدید درد با سرفه، زورزدن یا حرکت ستون فقرات.

تابس دورسالیس (Tabes dorsalis): یکی از تظاهرات دیررس نوروسیفلیس است که ستون‌های خلفی نخاع و ریشه‌های خلفی را گرفتار می‌کند. ★ تظاهرات مهم: دردهای ناگهانی و برق‌آسا (Lightning pains)، اختلال حس وضعیتی و ارتعاش، آتاکسی حسی و Romberg مثبت، کاهش یا فقدان رفلکس‌ها، مردمک Argyll Robertson ← پاسخ به تطابق حفظ می‌شود، اما پاسخ به نور از بین می‌رود.

بیماری لایم (Lyme disease): بیماری لایم می‌تواند موجب ← رادیکولوپاتی دردناک، نوروپاتی اعصاب مجامه‌ای به‌ویژه فلج عصب فاسیال، درگیری هم‌زمان چند ریشه عصبی

سیرنگومیلی (Syringomyelia): در سیرنگومیلی، حفره‌ای در قسمت مرکزی نخاع ایجاد می‌شود. این حفره ابتدا رشته‌های در حال تقاطع مسیر اسپینوتالامیک را گرفتار می‌کند. ★ الگوی حسی کلاسیک: از بین رفتن حس درد و دما، توزیع شل‌مانند (Cape-like) روی شانه‌ها، بازوها و دست‌ها، حفظ حس ارتعاش و وضعیتی مفاصل. به این حالت، اختلال حسی تفکیک‌شده (Dissociated sensory loss) گفته می‌شود. با گسترش ضایعه:

- درگیری شاخ قدامی ← ضعف، آتروفی و فاسیکولاسیون عضلات دست
- درگیری راه کورتیکواسپینال ← اسپاستیسیتی، افزایش رفلکس‌ها و علائم نوروپاتی فوقانی در پاها

دژنراسیون ترکیبی تحت‌حاد (Subacute combined degeneration): کمبود ویتامین B12 به‌طور هم‌زمان ستون خلفی و راه کورتیکواسپینال را گرفتار می‌کند. ★ تظاهرات: پارسیزی و بی‌حسی، کاهش حس وضعیتی و ارتعاش، آتاکسی حسی و Romberg مثبت، اسپاستیسیتی و افزایش رفلکس‌ها، پاسخ اکستانسور کف پا یا علامت Babinski مثبت. ⚠ کمبود B12 و آسیب عصبی ناشی از آن ممکن است بدون کم‌خونی یا ماکروسیتوز وجود داشته باشد.

سندرم‌های درد

درد نوروپاتیک محیطی: درد نوروپاتیک معمولاً به‌صورت سوزش، برق‌گرفتگی، تیرکشیدن یا حساسیت دردناک به محرک‌های غیردردناک (Allodynia) توصیف می‌شود. داروهای کنترل‌کننده درد نوروپاتیک عبارت‌اند از: داروهای سه‌حلقه‌ای (TCA)، دولوکستین، گاباپنتین، پیرگابالین. ★ این داروها شدت درد را کاهش می‌دهند، اما علت اصلی آسیب عصب را درمان نمی‌کنند.

درد رادیکولار (Radicular pain): درد از گردن یا کمر آغاز می‌شود و در مسیر یک درماتوم به اندام انتشار می‌یابد. درد ممکن است با سرفه، عطسه، زورزدن یا حرکت ستون فقرات تشدید شود. وجود دو یافته زیر به تعیین ریشه درگیر کمک می‌کند: ضعف در توزیع یک میوتوم، کاهش رفلکس.

درد تالامیک (Thalamic pain): پس از آسیب تالاموس، ابتدا کاهش حس در نیمه مقابل بدن ایجاد می‌شود. سپس بیمار ممکن است دچار ← درد مداوم و سوزان، آلودینیا، پاسخ دردناک و اغراق‌آمیز به محرک‌ها (Hyperpathia)

کمردرد و گردن‌درد: بیشتر موارد کمردرد و گردن‌درد منشأ مکانیکی دارند؛ اما وجود نشانه‌های هشدار، بررسی فوری‌تر را ضروری می‌کند. علائم هشدار: ضعف پیشرونده، اختلال ادرار یا مدفوع، بی‌حسی ناحیه زینی (Saddle anesthesia)، تب یا شواهد عفونت، سابقه بدخیمی، درد مداوم یا پیشرونده شبانه، درد مقاوم به استراحت. این یافته‌ها می‌توانند نشان‌دهنده فشار بر نخاع یا کودا اکوینا، عفونت یا بدخیمی باشند.

بیماری	سرنخ تشخیصی
بیماری دیسک	درد مکانیکی با احتمال رادیکولوپاتی
تنگی کانال کمری	لنگش نوروزنیک؛ تشدید با ایستادن و راه رفتن و بهبود با نشستن یا خم شدن به جلو
استئوآرتروپاتی کمری	درد مکانیکی مرتبط با فعالیت
اسپوندیلیت آنکیلوزان	سن پایین، خشکی صبحگاهی و درد التهابی که با فعالیت بهتر می‌شود
بدخیمی	درد پیشرونده، شبانه و مقاوم به استراحت
استئومیلیت مهره	درد موضعی، حساسیت، تب احتمالی و افزایش شاخص‌های التهابی
استئوپروز	شکستگی فشاری مهره، گاهی پس از ضربه‌ای خفیف
بیماری پاژه	درد استخوانی، تغییر شکل استخوان و افزایش ALP

★ استراحت طولانی در بستر برای کمردرد غیراختصاصی توصیه نمی‌شود.

بیماری دیسک گردنی: درگیری دیسک گردنی ممکن است موجب رادیکولوپاتی، به‌ویژه در ریشه‌های C6 یا C7 شود. اگر بیرون‌زدگی مرکزی دیسک نخاع را تحت فشار قرار دهد، میلوپاتی گردنی ایجاد می‌شود که می‌تواند با اسپاستیسیتی و ضعف پاها همراه باشد. ⚠ در آرتریت روماتوئید، ساب‌لوکسایون آتلانتوآکسیال ممکن است موجب فشار بر نخاع گردنی شود؛ بنابراین دست‌کاری یا اکستانسیون گردن، به‌ویژه هنگام بیهوشی، می‌تواند خطرناک باشد.

هرپس زوستر (Herpes zoster): ابتدا درد، سوزش یا حساسیت در مسیر یک درماتوم ایجاد می‌شود. معمولاً ۲ تا ۵ روز بعد، وزیکول‌های یک‌طرفه در همان ناحیه ظاهر می‌شوند. درمان زودهنگام با داروی ضدویروس می‌تواند مدت ضایعات پوستی و شدت درد حاد را کاهش دهد.

نورالژی پس از هرپس (Postherpetic neuralgia): پس از بهبود ضایعات پوستی، درد سوزان و آلودینیا ممکن است ماه‌ها باقی بماند. خطر آن در سالمندان و درگیری شاخه چشمی عصب سه‌قلو (V1) بیشتر است. درمان علامتی شامل ← گابانتین یا پرگابالین، داروهای سه‌حلقه‌ای، دولوکستین، پیچ لیدوکائین، کپسایسین موضعی.

در زوستر ناحیه V1 باید قرنیه و چشم از نظر درگیری چشمی بررسی شوند. فلج عصب فاسیال همراه با وزیکول‌های گوش یا حلق، سندرم رامزی هانت (Ramsay Hunt syndrome) را مطرح می‌کند.

سوالات اختلالات حسی و اعصاب محیطی

۱- مرد ۳۲ ساله پس از تروما دچار ضعف اسپاستیک و از بین رفتن حس ارتعاش در پای راست و از بین رفتن حس درد و دما در پای چپ از سطح T10 به پایین شده است. محتمل ترین نوع ضایعه نخاعی در T10 کدام ناحیه است؟ (دستیاری ۱۴۰۵)

الف) ضایعه نیمه راست طناب نخاعی

ب) ضایعه نیمه چپ طناب نخاعی

ج) ضایعه مرکزی نخاع

د) ضایعه کامل نخاع

پاسخ صحیح: گزینه الف

ضعف اسپاستیک و کاهش ارتعاش در راست، همراه کاهش درد و دما در چپ، سندرم براون-سکوارد ناشی از درگیری نیمه راست نخاع است.

الف) نیمه راست: پاسخ صحیح؛ مسیر حرکتی و ستون خلفی در همان سمت، و درد و دما در سمت مقابل گرفتار می شوند.

ب) نیمه چپ: باید الگوی سمت‌ها معکوس باشد؛ ضعف و کاهش ارتعاش در چپ انتظار می رود.

ج) مرکز نخاع: بیشتر فقدان دوطرفه و سگمانی درد و دما با حفظ حس عمقی ایجاد می کند.

د) ضایعه کامل: انتظار الگوی گسترده دوطرفه داریم، نه تفکیک دو سمت این سؤال.

نکته: طبق کتاب، مرز کاهش درد و دما معمولاً چند سگمان پایین تر از ضایعه است؛ پاسخ درباره سمت ضایعه است، نه اثبات دقیق سطح T10.

منبع: کتاب خلاصه طلایی، ص ۸۶ و ۸۹، مسیرهای حسی و براون-سکوارد.

۲- خانم ۳۰ ساله‌ای با اختلال اسفنکتری و ضعف اندام تحتانی از ۴ روز قبل مراجعه کرده است. بیمار همچنین از پارستزی اندام تحتانی و درد لگن نیز شاکی می باشد. کدام یک از علائم زیر به ضرر تشخیص گیلن باره می باشد؟ (پره انترنی آذر ۱۴۰۳)

الف) درد لگن

ب) پارستزی اندام تحتانی

ج) اختلال اسفنکتری زودرس

د) ضعف اندام تحتانی

پاسخ صحیح: گزینه ج

اختلال زودرس اسفنکتر، به ویژه همراه ضعف پاها، احتمال ضایعه نخاع یا دم اسب را بیشتر می کند و نسبت به سایر گزینه ها کمتر با گیلن باره تیپیک سازگار است.

الف) درد لگن: به تنهایی محل ضایعه را تعیین نمی کند و از اختلال اسفنکتری زودرس افتراق دهنده کمتری دارد.

ب) پارستزی پاها: علائم حسی خفیف مانند گزگز در گیلن باره ممکن است وجود داشته باشند.

ج) اختلال اسفنکتری زودرس: بهترین پاسخ؛ بررسی نخاع و دم اسب را ضروری تر می کند.

د) ضعف پاها: ضعف صعودی با شروع از پاها از تظاهرات اصلی گیلن باره است.

نکته: این علامت به ضرر الگوی تیپیک است، اما ردکننده مطلق گیلن باره نیست؛ کتاب ناپایداری اتونوم را نیز در آن ذکر می کند.

منبع: کتاب خلاصه طلایی، ص ۷۴ و ۷۸، نخاع و دم اسب؛ ۹۰ و ۹۱، گیلن باره.