تظاهرات عصبی سالمندان در ایران

(بررسی ۳۲۸ مورد)

مجله نظام پزشکی
سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۲۵، ۱۳۵۸

دکتر جلال بریمانی *

اغلب پژوهشگران شروع پیری (Senescence) را بدلخواه در ۶۵ سالگی‌قرار داده‌اند. گرچه سن متوسط عمر در ایران نسبت به‌ممالك پیشرفته کمتراست، شاید صلاح باشد آغازسالخوردگی را در ایران از ۵۰ سالگی بحساب آورد. ولی دراین بررسی حد۶۵ سالگی مأخذقرار داده شده‌است. دراین‌سن قدرت‌روانی وجسمی کاهش‌می‌یابد. آنچه که برای‌متخصص‌اعصاب‌قابل‌اهمیت‌است تشخیص تغییرات طبیعی (فیزیولوژیك) ازمرضی‌است. میدانیم که دگرگونیهای‌فیزیولوژیك پیری خیلی زودتر از۶۵ سالگی‌ظاهر میگردند. مثلا تخمین میزنندکه بافت‌مغزی در۲۵ سالگی‌روزانه ۱۰۰۰۰ یاخته عصبی و در سن ۴۰ سالگی بیش از ۱۰۰/۰۰۰ نرون را از دست میدهد. با توجه به اینکه تعدادکل یاخته‌های عصبی را بین۱۱ تا ۱۴ میلیارد برآوردکرده‌اند، هرانسانی‌وقتی به مرز ۶۵ سالگی‌میرسد بیش‌از ۱میلیارد نرون ازدست میدهد، بعلاوه در تشکیلات هسته‌ای و سیتو پلاسمی یاخته‌های عصبی باقی مانده نیز، اختلال‌های‌دژنراتیو پدید میآید. کاهش سرمایه نرونی در بروز اختلال‌های عصبی بی‌تأثیر نیست، بویژه‌آنکه یاخته‌های عصبی نابود شده به هیچوجه دوباره بزندگی باز نمی‌گردند.

معاینه بیمار سالمند مبتلا به‌عارضه عصبی:

معاینه‌سالمندان مانندکودکان باید باملایمت و ملاطفت‌کامل‌همراه باشدزیرا سالمند دائم درانتظار مرگ‌است بدین‌جهت مدت‌معاینه باید از معاینه بیماران دیگر طولانی‌تر باشد وگاه‌گاه نیز باید پرسش را قطع‌کرده، به بیمار اندکی فرصت استراحت داد. اخیراً سالمندی برای معاینه مراجعه‌کردکه یکسال قبل‌نیز باین‌جانب مراجعه ونسخه چهل روزه‌ای دریافت کرده بودوباوتذکر داده شدکه چهل‌روز بعد مجدداً مراجعه‌کند. بیمارجمله «مجدداً مراجعه‌کنید»را خوب نشنیده بود وخیال‌کرده‌بود «چهل‌روز بعد شماخواهید مرد» بدین‌جهت درآن مدت چهل‌روز وصیت کرده و اموال خود را میان فرزندان تقسیم کرده بود. بهرحال درحین مصاحبه، پزشك میتواند به‌اختلال‌های تکلم وحافظه و سیرمنطقی پاسخها پی‌ببرد و بعلاوه از حرکات غیرعادی دستها، پاها، لبها و سر و حرکات مختلف وی نتیجه‌گیری کند. سپس آرام آرام پرسشها را برای بررسی حافظه و دقت و درك زمان و مکان او ادامه دهد.

دربعضی موارد صلاح است ازکسان بیمار، بطورمخفیانه درمورد چگونگی اختلال‌های رفتاری و همچنین بی‌اختیاری ادرار و یا مدفوع ووجودکارهای نادرست وچگونگی اداره امورمالی وغیره اطلاعاتی کسب شود.

معاینه سالمند عصبی مانند هر بیمار عصبی دیگر شامل بررسی‌های زیر است:

۱- نیروی عضلانی:

باید دانست که‌حرکات سالمند بعلت ضعف‌پیری‌وکاهش‌قدرت‌ابتکار آهسته‌است. بررسی‌تنوس‌عضلانی‌بعلت‌کاهش‌سرعت‌انقباض وانبساط ماهیچه دشواراست. البته باید افزایش تنوس عضلانی (هیپرتونی) حقیقی را از هیپرتونی کاذبی که در ماهیچه‌های با جهت مخالف (آنتاگونیست)، هنگام حرکت پاسیف، بعداز شصت سالگی‌پدید میآید تشخیص داد.

* بخش اعصاب و الکترو آنسفالوگرافی دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

ضمور عضلانی در ماهیچه‌های کوچك دستها گاهی یافت میشود که منشأ عصبی‌دارد وباید آنرا ازمیوپاتی دیررس درانتهای اندامها که استثنائی است ، تفاوت گذاشت.

۳- رفلکس‌ها

الف- برای بررسی رفلکس‌های زهی باید توجه سالمندان را به مسأله دیگری جلب کرد تا بتوان به نتیجه دلخواه رسید. ناپدید شدن رفلکس آشیل نزد پیران کمیاب نیست.

مثلا دربررسی Klawans و همکارانش (۱۳) از ۱۰۰۰ سالمند که عارضه عصبی‌خاصی نداشته‌اند ، ۷۰۳ نفر فاقد رفلکس آشیل بوده‌اند. این محققان ازبین رفتن رفلکس مذکور را مربوط به آرتریواسکلروز محیطی ودیابت ونوروپاتیهای‌مشابه دانسته‌اند. از ۳۲۸ بیمار سالمند مورد مطالعه ما ، ۱۰۷ تن رفلکس آشیل نداشته‌اند.

ب-رفلکس‌پوستی- کف‌پائی،همیشه‌درحال‌خمیدگی(En Flexion) است . در آمار Klawans و همکاران (۱۳) فقط دو مورد بی هیچگونه عارضه عصبی ، دارای علامت بابنسکی بوده‌اند.

رفلکس‌های‌پوست - شکم، برعکس رفلکس کف پا، دراکثرمواقع ازبین رفته است و ازبین رفتن‌آن مرضی(پاتولوژیك) نیست.

۳- نشانه‌های حسی: واکنش‌سالمندان به‌تحریکات‌حسی کم‌میشود بویژه حس ارتعاش با دیاپازون بسیار نقصان میابد. در آمار Klawans و همکارانش از۱۰۰۰ مورد ۱۰۵ تن‌بکلی این‌حس را از دست داده بودند. اخیراً Bender (۱) در ۴۸ درصد سالمندان مورد معاینه ،کاهش حس ارتعاش را به درجات مختلف یافته است . همهٔ محققان این نقص را ناشی از نوروپاتی به علل مختلف میدانند.

Bender(۱) نزد۱۵۰ سالمند ، با انجام‌آزمون صورت - دست (Face - Hand) ۲۴درصد خطای‌حسی‌یافت.بموجب‌این‌آزمون سالمند باید باچشمان بسته هربار که پزشك باانگشت خود دست وصورت وی‌را لمس میکند نام دست یا صورت را بموقع وصحیح بگوید.

۴- بررسی نیروی عقلانی

دراین‌بررسی بایدضعف نیروی‌عقلانی (زوال عقلی) فیزیولوژیك را از مرضی تشخیص داد.

استفاده ازآزمون که همه با عامل زمان بستگی دارد نمیتواند پاسخگوی صحیح بررسی نیروی عقلانی باشد .

پروفسور Lhermitte (۱۴) معتقداست که دستگاه عصبی سالمند دارای چنان تغییرات تجریك پذیری است که برای دریافت اطلاعات و انتقال‌آن به‌مغز سپس‌برنامه‌ریزی پاسخهای مربوط، به‌زمان بیشتری نیاز دارد . بعلاوه درتفسیر آزمون باید دوام دقت هنگام‌آزمایش وهمچنین شرایط‌اجتماعی وروانی‌بیماررا نیز درنظر گرفت. یکی ازمشخصات سالمند ، بی‌تفاوتی فیزیولوژیك وی در برابر واقعیت‌های جدید است .

بررسی اختلال‌های عصبی سالمندان در ایران:

همانطوریکه گفته شد این بررسی شامل ۳۲۸ بیمار از ۶۵ سال به بالا است که در ده سال اخیر مورد مطالعه قرارگرفته‌اند و در این گزارش فقط اختلال‌های عصبی‌آنها مدنظر قرار داده شده است. بیماریهای مختلف برحسب اهمیت شیوع بترتیب در زیر در نه گروه خلاصه شده است. از ۳۲۸ بیمار ۱۰۵ تن زن و بقیه مرد میباشند (جدول شماره۱).

۱- اختلال‌های عروقی:

۷۰ تن بترتیب گرفتار عوارض زیر شده‌اند: سندرمهای سیلوین ایسکمیك ۵۳ تن ، سندرم‌ایسکمیك مغزی قدامی ۱ تن ، عارضه (Ictus Amnesique) ۷ تن ، سندرم و بر ۱ تن ، سندرم پسودوبولبر ۳ تن ، خونریزی مغز ۵ تن .

بررسی‌آماری‌نشان میدهدکه اختلال‌های عروقی‌درنزد سالمندان بزرگترین رقم بیماری ومرگ ومیر را نشان میدهد. آماری را که پس‌از کالبدگشائی (اتوپسی) ۸۹۷ تن ازبیمارانی‌که دراثر عارضه مغزی و پرده‌های آن فوت شده بودند و توسط دکتر آرمین استادآسیب‌شناسی دراختیار اینجانب قرارگرفت بدینقرار است : (البته ایشان شروع پیری را در ایران از پنجاه سالگی بحساب‌آورده‌اند) (جدول شماره ۲).

چنانکه ملاحظه میشود از ۸۹۷ مورد اتوپسی ، ۹۶ بیمار دراثر عارضه عروقی ، خونریزی مغز در درجه اول سپس نرم شدگی مخ فوت شده‌اند.

درآمارمورد بررسی‌ما نیزاز۳۲۸سالمند عصبی‌وروانی، ۷۰مورد دچار عارضه عروقی بوده‌اندکه در درجه اول نرم شدگیهای مخ قراردارد. زیرا دراکثرمواقع،خونریزی‌دستگاه اعصاب‌مرکزی منتج به‌مرگ میشود و به‌بیمار فرصت‌نمی‌دهدکه به‌پزشك‌مراجعه کند. بعلاوه اصولا تعداد خونریزی مغز نسبت به نرم‌شدگی آن که ناشی‌ازایسکمی یك قسمت از اعصاب مرکزی ومعلول‌آمبولی یا ترومبوز عروق است بسیار کمتر دیده میشود.

Matsumoto ،همکارانش(۱۵) ،Hutchinsonوهمکارانش(۱۱) Boudouresques وهمکارانش (۴) درآمار جدیدی‌که از ۲۷۷ مورد فلج نیمه بدن نزد پیران بیش‌از ۶۵ سال منتشر کرده‌اند،

جدول شماره ۱- شیوع بیماریهای مختلف عصبی درسالمندان ایرانی

بیماریها		از ۶۵ تا ۷۰ سالگی		از ۷۱ تا ۸۰ سالگی		از ۸۱ سال به بالا		جمع		
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	کل
اختلال‌های عروقی (۷۰ تن)	سندرم سیلوین	۲۶	۱۲	۹	۳	۱	۲	۳۶	۱۷	۵۳
	ایکتوس آمنزیك	۵	۱	۱				۶	۱	۷
	خونریزی	۲	۲	۱				۳	۲	۵
	متفرقه عروقی عصبی	۲	۱	۱		۱		۴	۱	۵
زوال عقلی (دمانس)		۷	۱۲	۱	۶		۱	۸	۱۹	۲۷
سندرمهای خارج‌هرمی (پارکینسون)		۱۰	۵	۴	۲	۱	۱	۱۵	۸	۲۳
تومورهای مغز		۲	۲	۲	۱			۴	۳	۷
سندرمهای نخاعی		۳	۱	۱	۱			۴	۲	۶
فلج عصب صورت (A. Frigore)		۳	۱	۱	۱			۴	۲	۶
صرع	صرع بزرگ	۳						۳		۳
	کانونی	۱		۱		۱		۳		۳
لرزش اصلی		۱	۳					۱	۳	۴
سندرم مخچه‌ای		۲						۲		۲
نورالژی عصب پنجم		۱	۱					۱	۱	۲
زونا بین دنده‌ای		۱			۱			۱	۱	۲
نوروپاتی اکینتیك		۱						۱		۱

ارقام زیرچشمگیر است:

نرم شدگی مغز ۲۴۰ مورد (۲۰۵ مورد مربوط به نیمکره‌ها و فقط ۲۲ مورد مربوط به تنه مخ)

خونریزی دستگاه اعصاب مرکزی ۱۶ مورد

تومورهای مغز ۲۱ مورد

درآمار دیگری که‌اخیراً Broe وهمکارانش (۵) درسال۱۹۷۶، از ۸۰۸ سالمند بیش از ۶۵ سال که بستری نشده بودند گزارش کرده‌اند ، بیماریهای عصبی زیر بترتیب بیش‌از دیگر بیماریهای عصبی شیوع داشته است:

۱ـ اختلال‌های عروقی‌مغز ۱۶درصد (اختلالات‌دائمی ۷/۳ درصد و اختلالات موقتی ۸/۷ درصد)

۲ـ زوال عقلی (دمانس) ۵/۸ درصد

۳ـ سندرمهای پارکینسونی ۱/۶ درصد

۴ـ لرزش بی‌علت ۱/۷ درصد

جدول شماره ۲

بیماریها	از ۵۰ تا ۵۹ سالگی		از ۶۰ تا ۶۹ سالگی		از ۷۰ تا ۷۹ سالگی		از ۸۰ تا ۸۹ سالگی		جمع		
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	کل
خونریزی مغز	۱۱	۲۱	۱۳	۱۳	۴	۸	۲		۳۰	۴۲	۷۲
نرم شدگی مغز	۱۱	۵	۲	۳	۲	۱			۱۵	۹	۲۴
متفرقه مغزی		۱	۳	۱	۱	۱			۴	۳	۷
بیماریهای عفونی مغز و مننژ (غیراز سلی)	۵	۱	۵	۲			۱		۱۱	۳	۱۴
بیماریهای سلی مغز ومننژ	۱	۱		۱					۱	۲	۳
تومورهای مخ	۸	۳	۱	۲					۹	۵	۱۴

۵- صرع

۶- اختلال‌های اعصاب محیطی

از اختلال‌های عروقی، سندرمهای ایسکمیك سیلوین دردرجه‌اول اهمیت قرار دارد.

الف- سندرم سیلوین(ایسکمی): جدول شماره ۳ چگونگی این عارضه را نزد بیماران ما مشخص میکند:

علائم بالینی سندرم سیلوین برحسب اینکه انسداد ، شاخه‌های سطحی شریان سیلوین و یا شاخه‌های عمقی آنرا گرفتار سازد ، فرق دارد.

۱- علائم سندرم سیلوین سطحی : فلج نیم‌تنه مقابل باتفوق فلج دردست وصورت ، اختلالات حسی منطبق برفلج ، نیم بینی‌جانبی همنام ، احتمالا در $\frac{۱}{۴}$ تحتانی میدان بینائی ، بعلاوه اگر نیمکره غالب گرفتارشود عدم قدرت‌تکلم وعدم توانائی درانجام فعالیتها (آپراکسی) بروز میکند و اگر نیمکره مغلوب آسیب دیده‌باشد اختلالات درتجسم فضائی‌اندام وجهت‌یابی فضائی دید، آپراکسی ولباس پوشیدن به آن اضافه میگردد.

۲- علائم سندرم سیلوین عمقی : فلج نیمه بدن بعلت ضایعه در کپسول مغز با عدم اختلال حسی و عدم اختلال در میدان بینائی ولی اختلال بلع وقطع موقتی تکلم و همچنین اگر نیمکره غالب گرفتارشود عدم‌تکلم باتفوق درضایعات اندام‌مربوط (آنارتری) جلب نظر میکند.

جدول شماره ۳

	از ۶۵ تا ۷۰ سال		از ۷۱ تا ۸۰ سال		از ۸۱ سالگی به بالا	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
سندرم سیلوین راست	۹	۵	۱			۱
سندرم سیلوین چپ	۱۷	۷	۸	۳	۱	۱
جمع جمع کل ۵۳ تن	۲۶	۱۲	۹	۳	۱	۲

۳- علائم سندرم سیلوین کامل: علائم آن شدید است. بیماردچار اغماء وفلج کامل نیمه‌بدن همراه با بیحسی نیمه‌بدن و نیم‌بینی‌جانبی همنام و اختلال تکلم توأم با عدم تعادل (آفازی بروکا) میشود. ترمیم ضایعات عروقی ایسکمی مغز به چگونگی عروق جـانشین شونده‌آنها وابسته‌است وبنابراین برحسب‌اشخاص مختلف‌متفاوت است و عواملی مانند امکان کوچك ماندن (هیپوپلازی) و یا رشد ناقص (Agenesie) یکی از شرائین چند ضلعی (Willis) ، فشار خـون ، اختلال میوکارد ، سرعت بسته شدن منفذ شریان و غیره دخالت دارند.

ب- سندرم مغزی قدامی: دربررسی ما ، فقط یك مرد ۶۵ ساله وجود داردکه‌شریان مغزی‌قدامی طرف‌چپ وی گرفتاربوده‌است. سندرم ایسکمیك مغزی قدامی نیز به دو نوع سطحی وعمقی‌تقسیم میشود:

سندرم سطحی: فلج نیمه‌بدن با تفوق فلج درپا ، بی‌حسی‌نیمه‌بدن منطبق برفلج ، اختلال‌های دیگرمانند پیدایش‌رفلکس چنگ زدن در طرف مقابل و یا اختلال اسفنکتر ویا رفتاری ممکن است بر آن اضافه گردد.

سندرم عمقی: علائم‌بالینی خاص بسته‌شدن شاخه‌های‌عمقی شریان مغزی قدامی هنوز شناخته نشده است.

پ- سندرم مغزی خلفی: سندرم ایسکمیك‌مغزی خلفی به دونوع سطحی و عمقی منقسم میگردد:

سندرم سطحی: از علائم آن نیم بینی جانبی همنام (باستثناء دید ماکولر) ، توهمات بینائی ، فقدان حس بینائی‌که درگرفتاری نیمکره غالب بصورت ناتوانی در خواندن وعدم شناسائی رنگها خودنمائی میکند.

سندرم عمقی: که اغلب بصورت سندرم تالامیك (سستی زودگذر نیمه‌بدن)، بیحسی نیمه‌بدن باتفوق اختلالات حسی عمقی، افزایش غیرطبیعی جواب شخص نسبت به تحریکات دردناك (هیپرپاتی) و حرکات غیرعادی است .

ت- نرم‌شدگی هردونیمکره : این نوع نرم‌شدگیهـا بیشتر در گرفتاری‌هردولوبول پاراسانترال، اوپرکول‌رلاندیك‌ویا کپسول داخلی دیده میشود.

ث - ایکتوس‌آمنزیك (Ictus Amnesique) : این عارضه‌که نزد هفت بیمار مورد بررسی این گروه (۶ مرد و ۱ زن) یافت شده ، عبـارت است ازفراموشی ناگهانی بمدت چند ساعت (از بین‌رفتن حافظه نزدیك) که‌آنرا ناشی ازایسکمی زودگذرشریان مهره‌ای و قاعده‌ای میدانند. در این مدت بیمار مضطرب است و لاینقطع یك موضوع را از طرف مقابل خود می‌پرسد. گاهی نیز فراموشی مربوط به‌حافظه‌دور (رتروگراد) که میتواند چندسال را دربرگیرد برآن افزوده میشود . این اشخاص بهیچوجه خلاء حافظه‌خودرا باافسانه پردازی پر نمی کنند. این‌فراموشی‌ناگهان از بین میرود و در مدت عارضه ، آمنزی حفـره‌ای (لاکونر) وجود خواهد داشت. آزمایشهـای مختلف مانند آنژیوگرافی ، توموگرافی، کامپیوتری مغز ، الکتروآنسفالوگرافی‌هیچ‌اختلالی نشان نمی‌دهند. عود عارضه استثنائی است.

درمان عارضه ایسکمیك: داروهـای گشادکننده عروق بمقـدار مناسب وکورتیکوستروئیدها که اثر آن روی ورم مغز ، مورد قبول بعضی از محققان است.

ج- خونریزی مغز: ده درصد سکته‌ها مربوط به خونریزی مغز است. ازکل‌بیماران مورد این‌مطالعه ، پنج تن (چهار مرد و یك زن) دچارتجمع لخته خون(هماتوم) داخل‌مغز شده‌اند. دومورد در ناحیه پیشانی راست ، یـك مورد پیشانی چپ ، یك مـورد خونریزی کپسولی چپ و یك مورد هماتوم آهیانه‌ای چپ‌که با صرع براوه‌ژاکسون‌توأم بوده‌است (بیمار هفتادساله‌ای‌که پس‌از مرگ زنش ، سر خود را از شدت درد روانی بدیوار کوبیده و هماتوم ایجاد شده بود).

۱- نشانه‌های بالینی: آغازآن‌ناگهانی‌واغلب درحین‌فعالیت‌است (برخلاف نرم شدگی‌که اغلب وقتی بیمار دررختخواب است رخ میدهد)،سردرد موضعی‌شدید ، اختلال‌های هوشیاری وبویژه‌اغماء وفلج نیمه بدن از علائم‌آن‌است.

در خونریزی نواحی عمیق مغز بیشتر شرائین عدسی و هسته‌های مخطط مغز گرفتار میشوند و تقریباً مرگ بیمار حتمی است.

خونریزی‌سطحی اغلب‌درناحیه پیشانی ویا چهارراه آهیانه‌ای ـ پشت سری رخ میدهد که اگر فضای زیر پرده عنکبوتیه آلوده شود سندرم ورم پرده مغز (مننژه) برآن افزوده میگردد.

بهترین آزمایشها درحال حاضر ، توموگرافی‌کامپیوتری مغز و آنژیوسنتی‌گرافی‌است‌که باید فوراً قبل‌ازبزل کمری (درصورت عدم علائم ازدیاد داخل جمجمه) بعمل آید.

بعداز انجام این آزمایشها است‌که میتوان دربارهٔ امکان یا عدم امکان آنژیوگرافی تصمیم‌گرفت.

هماتوم زیر سخت سامه: امکان‌هماتوم نزدپیرانی‌که‌گنگی‌روانی ویا عارضه‌موضعی عصبی‌دارند وجوددارد‌که ممکن است درنتیجه ضربه بسیار خفیف باشد وبعلاوه در بعضی موارد هماتوم دوطرفه است.

۲- زوال عقلی (Demences):

گرچه زوال عقل یکی از سندرمهای بزرگ و نادر روانپزشکی

است که نشانه‌های عصبی ـ عضوی دارد، معهذا با توجه به اینکه محققان انگلوساکسون آنرا تحت عنوان پسیکوزهای پیری درجزء بیماریهای با منشأ داخلی (آندوژن) روانپزشکی قرار میدهند ، از بررسی آن که خود بسیار مفصل است در این گزارش خودداری میشود. درآمار این گروه بعداز بیماریهای عروقی ، سندرم زوال عقلی بالاترین رقم را دارا است و جالب است که از ۲۷ مورد بیمار ، زنان با ۱۹ مورد ، اکثریت قابل توجهی دارند.

۳ـ سندرمهای خارج هرمی:

سندرمهای خارج هرمی عبارت ازجمع حرکات غیرارادی بااختلال تونوس عضلانی (هیپو یا هیپرتونی) است. حرکات غیر ارادی به چهار نوع تقسیم میشوند:

حرکات کره‌ای ، حرکات آتتوزی ، حرکات بالیك ولرزش.

الف ـ پارکینسون:

هر پزشکی سه علامت بزرگ آن را که لرزش غیرارادی ، هیپر تونی و اختلال حرکتی (Akinesie) باشد بخوبی میداند و سه علت مهم آن یعنی بیماریهای دژنراتیف ، مسمومیتها (مانند اکسید کربن و منگنز) و ورم مغز را می‌شناسد.

امروزه پارکینسون پس از آنسفالیت بطور استثنا دیده میشود.

از کل بیران موردبحث ما ، ۲۳ مورد بشرح زیر دچارپارکینسون بوده‌اند (جدول شماره ۴):

جدول شماره ۴

سن	پارکینسون راست	پارکینسون چپ	هردو طرف	جمع
از ۶۵ تا ۷۰ سالگی	۸	۳	۴	۱۵
از ۷۱ تا ۸۰ سالگی	۱	۴	۱	۶
از ۸۱ به بالا			۲	۲

ازعلل پارکینسون دربیماران مورد مطالعه ما فقط یك مورد ضربه بوده و ورم مغز دیده نشده است . بنابراین برای مابقی حالات علت دژنراتیف محتمل است.

درمان :

تحقیقات سالهای اخیر نشان داده است که پارکینسون ، در اغلب مواقع ناشی از کاهش دوپامین دراجسام مخطط است. ضایعات تجربی جسم سیاه (Locus Niger) و یا استعمال ماده شیمیائی Reserpine موجب نقصان دوپامین میشود ولی لرزش ایجاد نمی کندوفقط باعث پیدایش سفتی عضلات واختلال حرکتی میگردد.

برای بوجودآوردن لرزش بایدهم راههای رابط جسم سیاه وجسم مخطط وهم راههای رابط Rubro tegmental را از بین برد. داروی L. Dopa که مدتها به‌تنهائی برای درمان پارکینسون بکار میرفت بعلت عبورکم آن ازسد خونی ـ مغزی چندان مؤثر نبود وبرای جبران آن باید مقادیرزیاد دارو مصرف میشد بهمین جهت اختلال‌های قلبی ـ عروقی، گوارشی‌وياعصبی پدیدارمیگشت.

بنابراین اکنون‌همراه با L. Dopa یك‌ماده مهارکننده‌آنزیم Decarboxylase (آنزیم خراب کننده ال ـ دوپا) اضافه میکنند تا از خراب شدن ال ـ دوپا در محیط جلوگیری شده و مقدار بیشتری به‌مغز برسد وبدین ترتیب در مقدار مصرف آن نیزپنج تاشش برابر صرفه‌جوئی میشود وهم اختلال‌های قلبی ـ عروقی ویا گوارشی کمتر عارض میشود ولی برحرکات غیرعادی وغیرارادی چندان‌مؤثرنیست. باداروی L. Dopa ، هیپرتونی وآکینزی سریعتر ازلرزش‌ازبین میرود. داروهای آنتی کولینرژیك (آرتان) قدیمی‌را که گاهی مفیداست میتوان همراه با L. Dopa مصرف کرد.

از درمان جراحی استرئوتاکسی در بعضی موارد لرزش که به درمان داروئی مقاوم است میتوان سود جست ولی درمان‌جراحی هردو طرف خطرناك است.

ب ـ سندرم Steele - Richardson - Olzewski :

سالمندان‌بیشتر گرفتاراین‌بیماری میشوند. علائم‌آن سندرم‌پسودو بولبر ، همراه باسختی‌ماهیچه‌های محوربدن(Rigidité Axiale) بویژه گردن و سندرم چشمی که فلج حرکات چشم درجهت‌عمودی است میباشد.

درمان با L. Dopa فقط بطورخفیف برهیپرتونی مؤثر است.

پ ـ لرزش اصلی:

لرزش‌رفتاری(Attitude): مثلا لرزش‌انگشت که‌دریك‌سانتیمتری بینی متوقف شده است ولرزش هنگام پیری که گاهی موروثی‌است درچهارمورد ازبیماران مورد بررسی‌ما (سه‌زن ویك مرد) یافت شده است.

از نظر عصبی ، لرزش اصلی هیچگاه با دیگر علائم سندرم خارج هرمی همراه‌نیست ومعمولا مربوط به‌ضایعه پایه‌های فوقانی‌مخچه است. درمان با L. Dopa و یا آرتان روی این لرزش مؤثر نیست وفقط‌تر کیبات باربیتوریك که درطی‌روز بمقدارکم ومداوم داده شود اثر دارند. درمان جراحی با انعقاد هسته بطنی خلفی تالاموس نه‌تنها برلرزش‌پارکینسونی‌اثردارد بلکه لرزش‌رفتاری (Attitude) را نیز ازبین می‌برد.

۴- تومورهای مغز :

هفت مورد از بیماران مورد بحث دچار تومورهای مغز بوده‌اند که پنج مورد تومور پیشانی راست و یك مورد آهیانه‌ای راست و یك مورد آهیانه‌ای چپ (گلیو بلاستوم) بوده است.

تومورهای مغز نزد سالمندان گرچه باعلائم کانونی ویاازدیادفشار داخل جمجمه خودنمائی میکند ولی برطبق عقیده Paillas and Alliez (۱۶) که صد مورد را تحت بررسی قرار داده‌اند دارای خواص زیر است:

علائم‌کانونی ۹۲٪ موارد

علائم صرعی کمیاب است (۳۰٪ موارد)

نشانه‌های بالینی وچشمی ازدیاد فشار داخل جمجمه ۵۰٪ کمتر از افراد بزرگسال دیده میشود .

تومورهای بدخیم ۶۵ درصد موارد را تشکیل میدهند.

خطر مرگ بعداز جراحی مغز بسیار زیاد است (۴۴٪ موارد)

تشخیص باآزمایشهائی‌مانند پرتونگاری جمجمه ، معاینه ته‌چشم، الکترو آنسفالوگرافی ، توموگرافی‌کامپیوتری مغز است .

آنژیوگرافی برای بررسی عروق تومور لازم است.

۵- سندرمهای نخاعی:

شش‌مورد ازبیماران مورد این‌مطالعه (چهارمرد و دو زن) دچار سندرمهای نخاعی بوده‌اند.

علل سندرمهای نخاعی:

الف- فشارهای نخاعی: دراکثر مواقع مربوط به متاستازاست. این بیماران از دردهای ستون فقرات که بصورت دردهای ریشه عصبی‌است می‌نالند و ازراه رفتن خسته میشوند. در معاینه‌اعصاب غیراز سندرم ریشه‌عصب ، یك‌سندرم هرمی اسپاستیك درزیرضایعه دارند.

باید عارضه را زود تشخیص داد زیرا برداشتن تومور ، باعث بهبود بیمارمیشود وگرنه فلج شل پاها فرامیرسد ودرمان‌جراحی به شکست میانجامد.

ب- بیماریهای نخاعی‌آرتروزیك: که‌بیشتر نخاع گردنی گرفتار میشود. مجرای‌استخوانی دراثر فتق‌دیسکال تنگ میشود و زائده‌های غیرطبیعی‌استخوان (استئوفیت‌ها) عروق نخاعی‌را می‌فشارند. ازعلائم‌آن غیرازفلج نسبی‌اسپاستیك ، اختلال‌های‌حسی‌ذهنی‌است. علامت (Lhermitte) یعنی احساس تخلیه الکتریکی هنگام خم کردن ناگهانی‌گردن به جلو راگاهی میتوان یافت.

در اندام فوقانی یك‌سندرم حرکتی وحسی از نوع ریشه‌ای جلب نظر میکند زیرا یکی ازرفلکس‌های تاندونی ازبین رفته‌است در حالیکه رفلکس‌های دیگر تند شده‌اند.

با توموگرافی قدامی ـ خلفی میتوان قطر مجرای نخاعی را بررسی کرد.

میلوگرافی با هوا ، همراه با چرخش حرکات گردن ، مقدار فضائی راکه در اطراف نخاع است نشان میدهد.

درمان جراحی (برداشتن قوس خلفی مهره و غیره) بیماران را بهبودی قابل ملاحظه‌ای می‌بخشد.

پ- بیماریهای نخاعی عروقی : بردونوع است:

بیماریهای نخاعی دراثر نرم شدگی‌آن (میلومالاسی)

بصورت قطع عرضی ناگهانی نخاع است که بشکل فلج شل پاها همراه با بیحسی در زیر محل ضایعه خودنمائی میکند. اگرفقط شریان‌نخاعی‌قدامی گرفتارشود ، اختلال‌حس‌عمقی وجود نخواهد داشت.

از علل نرم شدگی نخاعی میتوان ضایعه آترو اسکلروز آئورت ویا عمل جراحی‌آن و یا آنوریسم منتشر آئورت را نام برد.

۲- بیماریهای مزمن نخاع: این‌شکل از بیماری نخاع برخلاف بیماریهای قبلی بطور مزمن و پیشرونده تظاهر میکند. فلج‌نسبی میتواند از نوع شل باشد و اختلالات حسی در $\frac{۲}{۳}$ موارد وجود ندارد.

تشخیص افتراقی با اسکلروز آن پلاك ویا بیماری شارکودشوار است.

۶- فلج عصب صورتی: (فلج A. Frigore)

شش مورد از پیران مورد بحث ما (چهار مرد و دو زن) گرفتار فلج عصب صورتی شده‌اند.

در دو مورد بیماران دیابت داشته‌اند.

۷- صرع :

شش‌تن‌ازبیماران مورد تحقیق ما صرع داشته‌اندکه سه‌موردصرع کانونی بوده است.

همه محققان عقیده دارندکه حملات صرع بزرگ باعلت نامعلوم بعداز هفتاد سالگی بندرت اتفاق میافتد.

Schorsch و همکارانش گزارش داده‌اند که اختلالات عروقی‌مغز باعث بروز صرع دیررس میگردد . در این مورد باید متذکر شدکه Woodcock and Cosgrow (۱۹) در بررسی هشتاد بیمار که بعداز پنجاه سالگی دچار صرع شده‌اند ، ۳۵٪ تومور ، ۲۶٪ آرتریو اسکلروز و ۳۹٪ علت نامعلوم پیداکرده‌اند.

دو مورد از بیماران ما که صرع بزرگ داشته‌اند ازکودکی به این بیماری مبتلا بوده‌اند و یك تن دیگر مرد ۷۰ ساله‌ای بوده که درمدت چهار سال دوبار دچار حمله صرع بزرگ شده است

(در الکتروآنسفالوگرام وی حمله‌هائی بصورت امواج تتا نوك تیزمنتشر دیده شده است).

گاستو و همکارانش(۹) از ۱۶۸۰ بیمار مبتلا به «حمله مغزی» فقط ۱۴ درصد را دچار صرع گزارش داده‌اند.

صرع ازنوع حمله کوچك هرگز نزد بزرگسالان بعنوان نخستین تظاهر صرع ، دیده نشده است.

از سه بیمار دچار حملات صرع‌کانونی در موارد بیماران ما دو تن صرع گیجگاهی ویك‌تن صرع براوه ژاکسون ناشی ازتومور پیشانی راست داشته‌اند.

Gastaut وهمکارانش (۹) علل زیررا برای موارد صرع کانونی خود یافته‌اند.

تومورهای مغز	۷ درصد
ضربه‌های جمجمه	۳/۵ »
علل عروقی	۷ »
نامعلوم	۷۸/۶ »

آشکار است که پزشك برای علت صرع دیررس ، نخست باید به تومور بیاندیشد. محققین علت‌توموری صرع دیررس را درپیران کمتراز ده‌درصد مواردصرع میدانندکه تقریباًمشابه‌علت‌توموری صرع دیگر بزرگسالان است.

آزمایشهای لازم مانند پرتونگاری جمجمه ، معاینه کامل چشم‌ها، الکترو آنسفالوگرافی ، آزمایش با مواد رادیو ایزوتوپ ، توموگرافی‌کامپیوتری مغز و در صورت لزوم آرتریوگرافی و وانتریکولوگرافی باید انجام شود.

در درمان داروئی از ترکیبات هیدانتوئین و فنوباربیتال استفاده میگردد و در صورت وجود تومور ، درمان جراحی مورد بحث قرار میگیرد.

۸- سندرم مخچه‌ای :

دو بیمار ما دارای سندرم مخچه‌ای بویژه علامت رومبرگ‌شدید بوده‌اند که‌مربوط‌به‌آتروفی‌قشری دیررس کرمینه‌مخچه (ورمیس) است.

مهمترین علل سندرم مخچه‌ای را در پیران ، میتوان به سه‌گروه تقسیم کرد:

الف- اختلالات دژنراتیف:

این اختلالات بردو نوع است:

۱- آتروفی قشری دیررس باتفوق درناحیه کرمینه :

این آتروفی بسیار تدریجی و پیش رونده است و قسمت قدامی کرمینه ونواحی مجاور نیمکره‌های مخچه را گرفتار میسازد . عارضه با عدم تعادل اندامهای تحتانی شروع میشود و راه رفتن برسالمند بسیار دشوار میگردد. بعدها زوال عقلی برآن افزوده میشود.

در سابق ، تشخیص بتوسط آنسفالوگرافی باهوا انجام میشد اما اکنون با توموگرافی‌کامپیوتری مغز امکان‌پذیر است.

۲- آتروفی تحت حاد مخچه (پارانئوپلازیك): این عارضه کمیاب است. غیراز عدم تعادل ، اختلالات حرکتی مخچه‌ای نیز دیده میشود و بدین جهت آتروفی ، هم‌کرمینه و هم نیمکره‌های مخچه را فرامیگیرد.

ب- اختلالات عروقی: خونریزی مخچه:

بیمارناگهان ، دچار سردرد همراه باعدم تعادل حرکتی درطرف ضایعه وعلائم ازدیاد فشار داخل جمجمه وگاهی فلج عصب‌صورتی همان طرف میشود. بیمار بسرعت بطرف اغماء پیش میرود وفقط عمل جراحی فوری ، بیمار را نجات میدهد.

در سابق تشخیص توسط آنژیوگرافی شریان سبات و مهره‌ای و آنسفالوگرافی با هوا داده میشد ، اما امروزه بهترین آزمایش توموگرافی‌کامپیوتری مخچه است.

پ- اختلالات توموری:

درنزد پیران ، شایعترین‌تومورها ، متاستازناشی از تومور بدخیم اپی‌تلیوما است . علائم بالینی بعلت تمایل متاستاز به جایگزینی درسطح فوقانی‌کرمینه‌مخچه ، بصورت عدم‌تعادل همراه با ازدیاد فشار داخل جمجمه خودنمائی میکند.

تشخیص باآزمایشهای رادیو ایزوتوپ و توموگرافی امکان‌پذیر است.

هرگاه‌که وضع‌بالینی بیمار اجازه دهد درمان‌جراحی لازم‌است.

۹- نوروپاتیها :

الف- نورالژی عصب پنجم: دومورداز بیماران‌مادچار نورالژی عصب سه‌قلو بوده‌اند. این‌نورالژی‌که بسیاردردناك ومانع‌خواب میشود بصورت درد خفیف ، دردهای شدیدکوتاه مدت در مسیر یکی از سه شاخه عصب سه قلو ایجاد میشود. معاینه عصبی هنگام حمله درد طبیعی است.

درمان توسط‌داروی‌کار با مازپین (تگرتول) همراه با فنوتیازین اغلب مؤثر است. درصورت شکست این درمان ، عمل جراحی‌را میتوان پیشنهادکرد.

ب- درد زونا: دو تن ازبیماران مورد این‌تحقیق‌گرفتار زونای بین دنده‌ای بوده‌اند.

در این بیماران زونا در ناحیه صورت دیده نشده است . بعداز ناپدیدشدن علائم‌پوستی زونا درمنطقه بی‌حس‌شده ، دردهای

شدیدی بروزمی کند که دراغلب مواقع‌درمان طبی وحتی‌جراحی تأثیری ندارد.

پ- نوروپاتی دیابتیك: این‌عارضه میتواندعصب‌حسی یاحرکتی را فراگیرد. اختلال‌های حرکتی معمولا در ریشه اندامها بیشتر است.

ت - نوروپاتی در اثر رادیوتراپی: بعضی از بیماران که بعلتی تحت درمان رادیوتراپی در منطقـه زیر بغل قـرار گرفته‌اند ، چندسال بعد علائم نوروپاتی اعصاب این‌ناحیه را ظاهرمیسازند. یکی از بیماران ما که مرد ۶۵ ساله‌ای‌بود ، دچار این‌نوروپاتی شده بود.

ث - نوروپاتی‌های دیگر : بعلت‌سرطان، ایسکمی‌وباآمیلوئیدوز نیز گاهگاه‌نزد پیران‌یافت میشود. برای‌تشخیص‌آزمایشهائی‌مانند الکترومیوگرافی ، بیوپسی عصب ، تجزیه مایع نخاع ، بررسی اختلال‌های عروقی‌محیطی، اختلالات متابولیك و غیره بایدانجام گیرد.

درمان مربوط به علت نوروپاتی است.

خلاصه :

پس‌از یادآوری‌چگونگی معاینه عصبی یك‌سالمند ، نویسنده مقاله ۳۲۸ بیمار از۶۵ سال به‌بالا را درده سال اخیر ، ازنظراعصاب وروان موردمعاینه وبررسی قرار داده‌است وشایعترین‌بیماریهای عصبی سالمندان در ایران را در نه‌گروه بشرح زیر تقسیم بندی نموده سپس با درنظر گرفتن یافته‌های پژوهشگران دیگر بحث و مقایسه‌کرده است . (بررسی اختلالات روانی در این گزارش منظور نشده است)

۱ـ اختلال‌های عروقی	۷۰	تن
ـ سندرمهای سیلوین ایسکمیك:	۵۳	»
ـ سندرم ایسکمیك مغزی قدامی	۱	»
ـ عارضه Ictus Amnesique	۷	»
سندرم Weber	۱	»
ـ سندرم پسودوبولبر	۳	»
ـ خونریزی داخل مغزی	۵	»
۲ـ زوال عقلی (دمانس)	۲۷	»
۳ـ سندرمهای خارج هرمی (اکستر اپیرامیدال)	۲۷	»
۴ـ تومورهای مغز	۷	»
۵ـ سندرمهای نخاعی	۶	»
۶ـ فلج عصب صورت (A frigore)	۶	»
۷ـ صرع	۶	»
۸ـ سندرمهای مخچه‌ای	۲	»
۹ـ نوروپاتیها	۵	»

REFERENCES:

1- Bender, M. B: The incidence and type of perceptual deficiences in the aged. P. 15 - 31. In. Neurological and Sensory Disorders in the Elderly (W.S. Field editor). Stratton intercontinental medical book corporation. New York 1975.

2- Bonduelle, M: Le tremblement senile. P. 97 - 105. Dans: Le Cerveau du 3e age, Dausse, 1974.

3- Bonduelle, M., Sallon, C. L. and Guillond, J: Etude de 51 dossiers d'èpilepsie ayant débuté après 60 ans. Sem. Hop. de Paris, 48, 3141 - 3144. 1970.

4- Boudouresques, J., Vigouroux, R., Lehmann, G. and Boudouresques, G: L'hemiplégie du 3e âge: à propos de 277 cas d'hemiplégie observés apres 65 ans, dans un service de neurologie. Dans : le Cerveau du 3e âge, P. 133 - 138, Dausse, 1974.

5- Broe, G. A., Akhtar, A. J., Andrews, G. R., Caird. F. I., Gilmore, Anne. J. J. and Mclennan, W. J: Neurological disorders in the elderly at home, J. Neurol. Neurosurg, and psychiat. 39 : 362-366, 1976.

6- Castaigne, P., Buge, A., Escourolle, R. and Masson, M: L'atrophie cérébelleuse paranéoplasique. A. propos d'une observatiomn anatomo - clinique. Presse Medicale 45: 2639 - 2644, 1964.

7- Cambier, J. Longévité et troubles vasculaires cérébraux. La Rev. du part. T. XVI, no, 8. P. 1015-1030, 1966.

8- Garcin, R., Godlewski, S. and Ronbot, P: Etude clinique des medullopathies d'origine vasculaire. Revue neurologique 106: 558 - 591, 1962.

9- Gastaut, H. and Gastaut. J. L: Les épilepsies du 3e age dans le cadre des crises cérébrales propres à cet age, P. 53 - 69. In: Le cerveau du 3e age. Dausse, 1974.

10- Gauthier, G., De Ajuriaguerra, J., Simona, B., Constantidinis, J., Eisenrig, J. J., Krassoievitch, M., Yanniotis, C., and Tissot, R: Therapeutique du syndrome parkinsonien par la L - Dopa associée à des inhibiteurs de la décarboxylase. Revue neurologique. 123: 297 - 319, 1970.

11- Hutchinson, E. C. and Acheson, E. J: Strokes. Natural history, pathology. and surgical treatment. W. B. Saunders Company Ltd, Lonbon, 1975.

12- Jellinger, K., and Neumayer, E: Myélopathie progressive d'origine vasculaire. Acta Neurol. Psychiat. Belgica 62: 944 - 956, 1962.

13- Klawans, H., Tufo, H., Ostfeld, A., Shekelle, R. and Kilbridge, J: Neurologic examination in an Elderly population. Disease of the nervous system 32: 274 - 279, 1971.

14- Lhermitte. F. and Signoret, J. L: Les activités cognitives au cours du 3e age. In: cerveau du 3e Dausse, 1974.

15- Matsumoto, N., Whisnant, J., Kurland, L., and Okazaki, H: Natural history of stroke in Rochester, Minnesota, 1955 through 1969. An extension of a previous study 1945 through 1954. Stroke 4, 20 - 29, 1973.

16- Paillas, J. and Alliez, B: tumeurs cérébrales du 3e age. Dans: Le cerveau du 3e age, P. 157 - 166, Dausse 1974.

17- Paillat, P. La longévité cernée par la statistique. La Rev. du prat. T. XVI, no. 8, P. 949 - 959, 1966.

18- Verceletto, P. and Delobel, R : Etude des facteurs étiologiques et pronostiques dans les épilepsies débutant après 60 ans. Som. Hop. de Paris 48: 3133 - 3137, 1970.

19- Woodcock, S. and Cosgrow, J. B. R. Epilepsy after age of 50. a five year follow - up study. Neurology 14: 34 - 49, 1963.

۲۰ـ دکتر جلال بریمانی : اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران (بررسی ۱۷۸ مورد) مجله نظام پزشکی ، شماره ۶ ، صفحه ۴۳۰ ـ ۴۲۴ ، سال ۱۳۵۱.