

تظاهرات عصبی سالمندان در ایران

(بررسی ۳۲۸ مورد)

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۲۵، ۱۳۵۸

دکتر جلال بریمانی *

جانب مراجعه و نسخه چهل روزه‌ای دریافت کرده بود و باوند کرد داده شد که چهل روز بعد مجدداً مراجعه کند. بیمار جمله «مجدداً مراجعه کنید» را خوب نشنیده بود و خیال کرده بود «چهل روز بعد شما خواهید مرد» بدین جهت در آن مدت چهل روز وصیت کرده و اموال خود را میان فرزندان تقسیم کرده بود. بهر حال در حین مصاحبه، پزشک میتواند به اختلالاتی تکلم و حافظه و سیر منطقی پاسخها پی ببرد و بعلاوه از حرکات غیرعادی دستها، پاها، لبها و سر و حرکات مختلف وی نتیجه گیری کند. سپس آرام آرام پرسشها را برای بررسی حافظه و دقت و درک زمان و مکان او ادامه دهد.

در بعضی موارد صلاح است از کسان بیمار، بطور مخفیانه در مورد چگونگی اختلالات رفتاری و همچنین بی‌اختیاری ادرار و یا مدفوع و وجود کارهای نادرست و چگونگی اداره امور مالی و غیره اطلاعاتی کسب شود.

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

۱- نیروی عضلانی:

باید دانست که حرکات سالمند بعلت ضعف پیری و کاهش قدرت ابتکار آهسته‌است. بررسی تنوس عضلانی بعلت کاهش سرعت انقباض و انبساط ماهیچه دشوار است. البته باید افزایش تنوس عضلانی (هیپرتونی) حقیقی را از هیپرتونی کاذبی که در ماهیچه‌های با جهت مخالف (آنتاگونیست)، هنگام حرکت پاسیف، بعد از شست سالکی پدید می‌آید تشخیص داد.

اغلب پژوهشگران شروع پیری (Senescence) را بدلخواه در ۶۵ سالگی قرار داده‌اند. گرچه سن متوسط عمر در ایران نسبت به ممالک پیشرفته کمتر است، شاید صلاح باشد آغاز سالخوردگی را در ایران از ۵۰ سالگی بحساب آورد. ولی در این بررسی حدود ۶۵ سالگی مأخذ قرار داده شده‌است. در این سن قدرت روانی و جسمی کاهش می‌یابد. آنچه که برای متخصص اعصاب قابل اهمیت است تشخیص تغییرات طبیعی (فیزیولوژیک) از مرضی‌است. میدانیم که دیگر گونیهای فیزیولوژیک پیری خیلی زودتر از ۶۵ سالگی ظاهر میگردند. مثلاً تخمین میزنند که بافت مغزی در ۲۵ سالگی روزانه ۱۰۰۰۰ یاخته عصبی و در سن ۴۰ سالگی بیش از ۱۰۰/۰۰۰ نرون را از دست میدهد. با توجه به اینکه تعداد کل یاخته‌های عصبی را بین ۱۱ تا ۱۴ میلیارد برآورد کرده‌اند، هراسانی وقتی به مرز ۶۵ سالگی میرسد بیش از ۱ میلیارد نرون از دست میدهد، بعلاوه در تشکیلات هسته‌ای و سیتوپلاسمی یاخته‌های عصبی باقی مانده نیز، اختلالات دژنراتیو پدید می‌آید. کاهش سرمایه نرونی در بروز اختلالات عصبی بی‌تأثیر نیست، بویژه آنکه یاخته‌های عصبی نابود شده به هیچوجه دوباره بزندگی باز نمی‌گردند.

معاینه بیمار سالمند مبتلا به عارضه عصبی:

معاینه سالمندان مانند کودکان باید با ملامت و ملاطفت کامل همراه باشد زیرا سالمند دائم در انتظار مرگ است بدین جهت مدت معاینه باید از معاینه بیماران دیگر طولانی‌تر باشد و گاه‌گاه نیز باید پرسش را قطع کرده، به بیمار اندکی فرصت استراحت داد. اخیراً سالمندی برای معاینه مراجعه کرد که یکسال قبل نیز باین-

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

اطلاعات و انتقال آن به مغز سپس برنامهریزی پاسخهای مربوط، به زمان بیشتری نیاز دارد. بعلاوه در تفسیر آزمون باید دوام دقت هنگام آزمایش و همچنین شرایط اجتماعی و روانی بیمار را نیز در نظر گرفت. یکی از مشخصات سالمند، بی تفاوتی فیزیولوژیک 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 قرار گرفته‌اند و در این گزارش فقط اختلال‌های عصبی آنها مدنظر قرار داده شده است. بیماریهای مختلف بر حسب اهمیت شیوع بترتیب در زیر در نه گروه خلاصه شده است. از ۳۲۸ بیمار ۱۰۵ تن زن و بقیه مرد میباشند (جدول شماره ۱).

۱- اختلال‌های عروقی:

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

بررسی آماری نشان میدهد که اختلال‌های عروقی در نزد سالمندان بزرگترین رقم بیماری و مرگ و میر را نشان میدهد. آماری را که پس از کالبدگشائی (اتوپسی) ۸۹۷ تن از بیمارانی که در اثر عارضه مغزی و پرده‌های آن فوت شده بودند و توسط دکتر آرمین استاد آسیب‌شناسی در اختیار اینجانب قرار گرفت بدینقرار است: (البته ایشان شروع پیری را در ایران از پنجاه سالگی بحساب آورده‌اند) (جدول شماره ۲).

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

در آمار مورد بررسی ما نیز از ۳۲۸ سالمند عصبی و روانی، ۷۰ مورد دچار عارضه عروقی بوده‌اند که در درجه اول نرم شدن گیج‌های مخ قرار دارد. زیرا در اکثر مواقع، خونریزی دستگاه اعصاب مرکزی منتج به مرگ میشود و به بیمار فرصت نمی‌دهد که به پزشک مراجعه کند. بعلاوه اصولاً تعداد خونریزی مغز نسبت به نرم شدن گیج که ناشی از ایسکمی یک قسمت از اعصاب مرکزی و معلول آمبولی یا ترومبوز عروق است بسیار کمتر دیده میشود.

Matsumoto، همکارانش (۱۵)، Hutchinson، همکارانش (۱۱) Boudouresques و همکارانش (۴) در آمار جدیدی که از ۲۷۷ مورد فلج نیمه بدن نزد پیران بیش از ۶۵ سال منتشر کرده‌اند،

ضمور عضلانی در ماهیچه‌های کوچک دستها گاهی یافت میشود که منشأ عصبی دارد و باید آنرا از میوپاتی دیررس در انتهای 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.

مثلاً در بررسی Klawans و همکارانش (۱۳) از ۱۰۰۰ سالمند که عارضه عصبی خاصی نداشته‌اند، ۷۰۳ نفر فاقد رفلکس آشیل بوده‌اند. این محققان از بین رفتن رفلکس مذکور را مربوط به آرتریواسکلروز محیطی و دیابت و نوروپاتیهای مشابه دانسته‌اند. از ۳۲۸ بیمار سالمند مورد مطالعه ما، ۱۰۷ تن رفلکس آشیل نداشته‌اند.

ب- رفلکس پوستی-کف پائی، همیشه در حال خمیدگی (En Flexion) است. در آمار Klawans و همکاران (۱۳) فقط دو مورد بی هیچگونه عارضه عصبی، دارای علامت بابنسکی بوده‌اند. رفلکس‌های پوست-شکم، برعکس رفلکس کف پا، در اکثر مواقع از بین رفته است و از بین رفتن آن مرضی (پاتولوژیک) نیست.

۳- نشانه‌های حسی: واکنش سالمندان به تحریکات حسی کم میشود بویژه حس ارتعاش با دیاپازون بسیار نقصان مییابد. در آمار Klawans و همکارانش از ۱۰۰۰ مورد ۱۰۵ تن بکلی این حس را از دست داده بودند. اخیراً Bender (۱) در ۴۸ درصد سالمندان مورد معاینه، کاهش حس ارتعاش را به درجات مختلف یافته است. همه محققان این نقص را ناشی از نوروپاتی به علل مختلف میدانند.

Bender (۱) نزد ۱۵۰ سالمند، با انجام آزمون صورت-دست (Face - Hand) ۲۴ درصد خطای حسی یافت. به موجب این آزمون سالمند باید با چشمان بسته هر بار که پزشک با انگشت خود دست و صورت وی را لمس میکند نام دست یا صورت را بموقع و صحیح بگوید.

۴- بررسی نیروی عقلانی

در این بررسی باید ضعف نیروی عقلانی (زوال عقلی) فیزیولوژیک را از مرضی تشخیص داد.

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

پروفسور Lhermitte (۱۴) معتقد است که دستگاه عصبی سالمند دارای چنان تغییرات تجزیه پذیر است که برای دریافت

جدول شماره ۱- شیوع بیماریهای مختلف عصبی در سالمندان ایرانی

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

ارقام زیر چشمگیر است:

نرم شدگی مغز ۲۴۰ مورد (۲۰۵ مورد مربوط به نیمکره‌ها

و فقط ۲۲ مورد مربوط به تنه مغز)

خونریزی دستگاه اعصاب مرکزی ۱۶ مورد

تومورهای مغز ۲۱ مورد

در آمار دیگری که اخیراً Broe و همکارانش (۵) در سال ۱۹۷۶،

از ۸۰۸ سالمند بیش از ۶۵ سال که بستری نشده بودند گزارش

کرده‌اند، بیماریهای عصبی زیر بترتیب بیش از دیگر بیماریهای

عصبی شیوع داشته است:

۱- اختلالات عروقی مغز ۱۶ درصد (اختلالات دائمی ۷/۳ درصد

و اختلالات موقتی ۸/۷ درصد)

۲- زوال عقلی (دمانس) ۵/۸ درصد

۳- سندرمهای پارکینسونی ۱/۶ درصد

۴- 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	
۱۱	۲۱	خو نریزی مغز	۱۳	۱۳	۴	۸	۲		۳۰	۴۲	۷۲	
۱۱	۵	نرم شدگی مغز	۲	۳	۲	۱			۱۵	۹	۲۴	
	۱	متفرقه مغزی	۳	۱	۱	۱			۴	۳	۷	
۵	۱	بیماریهای عفونی مغز و مننژ (غیر از سلی)	۵	۲			۱		۱۱	۳	۱۴	
۱	۱	بیماریهای سلی مغز و مننژ		۱					۱	۲	۳	
۸	۳	تومورهای مخ	۱	۲					۹	۵	۱۴	

۵- صرع

۶- اختلالهای اعصاب محیطی

از اختلالهای عروقی، سندرمهای ایسکمیک سیلویین در درجه اول اهمیت قرار دارد.

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

علائم بالینی سندرم سیلویین بر حسب اینکه انسداد، شاخه‌های سطحی شریان سیلویین و یا شاخه‌های عمقی آنرا گرفتار سازد، فرق دارد.

۱- علائم سندرم سیلویین سطحی: فلج نیم تنه مقابل با تفوق فلج در دست و صورت، اختلالات حسی مطابق برفلج، نیم بینی جانبی

همنام، احتمالاً در $\frac{1}{4}$ تحتانی میدان بینائی، بعلاوه اگر نیمکره غالب گرفتار شود عدم قدرت تکلم و عدم توانائی در انجام فعالیتها (آپراکسی) بروز میکند و اگر نیمکره مغلوب آسیب دیده باشد اختلالات در تجسم فضائی اندام و جهت یابی فضائی دید، آپراکسی و لباس پوشیدن به آن اضافه میگردد.

۲- علائم سندرم سیلویین عمقی: فلج نیمه بدن بعلاوه ضایعه در کپسول مغز با عدم اختلال حسی و عدم اختلال در میدان بینائی ولی اختلال بلع و قطع موقتی تکلم و همچنین اگر نیمکره غالب گرفتار شود عدم تکلم با تفوق در ضایعات اندام مربوط (آنارتزی) 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	
۹	۵	۱			۱	سندرم سیلویین راست
۱۷	۷	۸	۳	۱	۱	سندرم سیلویین چپ
۲۶	۱۲	۹	۳	۱	۲	جمع
جمع کل ۵۳ تن						

فراموشی مربوط به حافظه دور (رتروگراد) که میتواند چندسال را دربرگیرد بر آن افزوده میشود. این اشخاص بهیچوجه خلاء حافظه خود را با افسانه پردازی پر نمیکنند. این فراموشی ناگهان از بین میرود و در مدت عارضه، آمیزی حفره‌ای (لاکونر) وجود خواهد داشت. آزمایشهای مختلف مانند آنژیوگرافی، توموگرافی، کامپیوتری مغز، الکتروانسفالوگرافی هیچ اختلالی نشان نمی‌دهند. عود عارضه استثنائی است.

درمان عارضه ایسکمیک: داروهای گشادکننده عروق بمقدار مناسب و کورتیکواستروئیدها که اثر آن روی ورم مغز، مورد قبول بعضی از محققان است.

ج- خونریزی مغز: ده درصد سکنه‌ها مربوط به خونریزی مغز است. از کل بیماران مورد این مطالعه، پنج تن (چهار مرد و یک زن) دچار تجمع لخته خون (هماتوم) داخل مغز شده‌اند. دومورد در ناحیه پیشانی راست، یک مورد پیشانی چپ، یک مورد خونریزی کپسولی چپ و یک مورد همتوم آهیانه‌ای چپ که با صرع براوه‌ژاکسون توأم بوده است (بیمار هفتادساله‌ای که پس از مرگ زنش، سر خود را از شدت درد روانی بدیوار کوبیده و همتوم ایجاد شده بود).

۱- نشانه‌های بالینی: آغاز آن ناگهانی و اغلب در حین فعالیت است (برخلاف نرم‌شدگی که اغلب وقتی بیمار در رختخواب است رخ میدهد)، سردرد موضعی شدید، اختلال‌های هوشیاری و بویژه اغما و فلج نیمه بدن از علائم آن است.

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

خونریزی سطحی اغلب در ناحیه پیشانی و یا چهارراه آهیانه‌ای - پشت سری رخ میدهد که اگر فضای زیر پرده عنكبوتیه آلوده شود سندرم ورم پرده مغز (مننژ) بر آن افزوده میگردد.

بهترین آزمایشها در حال حاضر، توموگرافی کامپیوتری مغز و آنژیوسنتی گرافی است که باید فوراً قبل از بزل‌کمری (در صورت عدم علائم ازدیاد داخل جمجمه) بعمل آید.

بعد از انجام این آزمایشها است که میتوان درباره امکان یا عدم امکان آنژیوگرافی تصمیم گرفت.

هماتوم زیر سخت‌سازه: امکان همتوم نزدپیرانی که گنگی روانی و یا عارضه موضعی عصبی دارند وجود دارد که ممکن است در نتیجه ضربه بسیار خفیف باشد و به‌علاوه در بعضی موارد همتوم دوطرفه است.

۲- زوال عقلی (Demences):

گرچه زوال عقل یکی از سندرمهای بزرگ و نادر روانپزشکی

۳- علائم سندرم سیلویین کامل: علائم آن شدید است. بیمار دچار اغما و فلج کامل نیمه بدن همراه با بیحسی نیمه بدن و نیم بینی جانبی همنام و اختلال تکلم توأم با عدم تعادل (آفازی بروکا) میشود. ترمیم ضایعات عروقی ایسکمی مغز به چگونگی عروق جانشین شونده آنها وابسته است و بنا بر این بر حسب اشخاص مختلف متفاوت است و عواملی مانند امکان کوچک ماندن (هیپوپلازی) و یا رشد ناقص (Agenesie) یکی از شرائین چند ضلعی (Willis)، فشار خون، اختلال میوکارد، سرعت بسته شدن منفذ شریان و غیره دخالت دارند.

پ- سندرم مغزی قدامی: در بررسی ما، فقط یک مرد ۶۵ ساله وجود دارد که شریان مغزی قدامی طرف چپ وی گرفتار بوده است. سندرم ایسکمیک مغزی قدامی نیز به دو نوع سطحی و عمقی تقسیم میشود:

سندرم سطحی: فلج نیمه بدن با تفوق فلج در پا، بیحسی نیمه بدن منطبق بر فلج، اختلال‌های دیگر مانند پیدایش رفلکس چنگ زدن در طرف مقابل و یا اختلال اسفنکتر و یا رفتاری ممکن است بر آن اضافه گردد.

سندرم عمقی: علائم بالینی خاص بسته شدن شاخه‌های عمقی شریان مغزی قدامی هنوز شناخته نشده است.

پ- سندرم مغزی خلفی: سندرم ایسکمیک مغزی خلفی به دو نوع سطحی و عمقی منقسم میگردد:

سندرم سطحی: از علائم آن نیم بینی جانبی همنام (باستثناء دید ماکولر)، توهّمات بینائی، فقدان حس بینائی که در گرفتاری نیمکره غالب بصورت ناتوانی در خواندن و عدم شناسائی رنگها خودنمائی میکند.

سندرم عمقی: که اغلب بصورت سندرم تالامیک (سستی زودگذر نیمه بدن)، بیحسی نیمه بدن با تفوق اختلالات حسی عمقی، افزایش غیرطبیعی جواب شخص نسبت به تحریکات دردناک (هیپرپاتی) و حرکات غیرعادی است.

ت- نرم‌شدگی هردو نیمکره: این نوع نرم‌شدگیها بیشتر در گرفتاری هردو لوبول پاراساترال، اوپرکولرلاندیک و یا کپسول داخلی دیده میشود.

ث - ایکتوس آمنزیک (Ictus Amnesique): این عارضه که نزد هفت بیمار مورد بررسی این گروه (۶ مرد و ۱ زن) یافت شده، عبارت است از فراموشی ناگهانی بمدت چند ساعت (از بین رفتن حافظه نزدیک) که آنرا ناشی از ایسکمی زودگذر شریان مهره‌ای و قاعده‌ای میدانند. در این مدت بیمار مضطرب است و لاینقطع یک موضوع را از طرف مقابل خود می‌پرسد. گاهی نیز

برای بوجود آوردن لرزش باید هم راههای رابط جسم سیاه و جسم مخطط و هم راههای رابط Rubro tegmental را از بین برد. داروی L. Dopa که مدتها به تنهایی برای درمان پارکینسون بکار میرفت بعلمت عبور کم آن از سد خونی - مغزی چندان مؤثر نبود و برای جبران آن باید مقادیر زیاد دارو مصرف میشد بهمین جهت اختلالهای قلبی-عروقی، گوارشی و یا عصبی پدیدار میگشت. بنابراین اکنون همراه با L. Dopa یک ماده مهارکننده آنزیم Decarboxylase (آنزیم خراب کننده ال-دوپا) اضافه میکنند تا از خراب شدن ال-دوپا در محیط جلوگیری شده و مقدار بیشتری به مغز برسد و بدین ترتیب در مقدار مصرف آن نیز پنج تا شش برابر صرفه جویی میشود و هم اختلالهای قلبی-عروقی و یا گوارشی کمتر عارض میشود ولی بر حرکات غیرعادی و غیرارادی چندان مؤثر نیست. با داروی L. Dopa، هیپرتونی و آکینزی سریعتر از لرزش از بین میرود. داروهای آنتی کولینرژیک (آرتان) قدیمی را که گاهی مفید است میتوان همراه با L. Dopa مصرف کرد.

از درمان جراحی استرئوتاکسی در بعضی موارد لرزش که به درمان دارویی مقاوم است میتوان سود جست ولی درمان جراحی هردو طرف خطرناک است.

ب- سندرم Steele - Richardson - Olzewski :

سالمندان بیشتر گرفتار این بیماری میشوند. علائم آن سندرم پسودو بولبر، همراه با سختی ماهیچههای محور بدن (Rigidité Axiale) بویژه گردن و سندرم چشمی که فلج حرکات چشم در جهت عمودی است میباشد.

درمان با L. Dopa فقط بطور خفیف بر هیپرتونی مؤثر است.

پ- لرزش اصلی:

لرزش رفتاری (Attitude): مثلاً لرزش انگشت که در یک ساعتی متری بینی متوقف شده است و لرزش هنگام پیری که گاهی موروثی است در چهار مورد از بیماران مورد بررسی ما (سه زن و یک مرد) یافت شده است.

از نظر عصبی، لرزش اصلی هیچگاه با دیگر علائم سندرم خارج هرمی همراه نیست و معمولاً مربوط به ضایعه پایههای فوقانی مخچه است. درمان با L. Dopa و یا آرتان روی این لرزش مؤثر نیست و فقط ترکیبات باربیتوریک که در طی روز بمقدار کم و مداوم داده شود اثر دارند. درمان جراحی با انعقاد هسته بطنی خلفی تالاموس نه تنها بر لرزش پارکینسونی اثر دارد بلکه لرزش رفتاری (Attitude) را نیز از بین می برد.

است که نشانه های عصبی-عضوی دارد، مع هذا با توجه به اینکه محققان انگلوساکسون آنرا تحت عنوان پسیکوزهای پیری درجه ۳ بیمار-یهای با منشأ داخلی (آندوژن) روان پزشکی قرار میدهند، از بررسی آن که خود بسیار مفصل است در این گزارش خودداری میشود. در آمار این گروه بعد از 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.

۳- سندرمهای خارج هرمی:

سندرمهای خارج هرمی عبارت از جمع حرکات غیرارادی با اختلال تونوس عضلانی (هیپو یا هیپرتونی) است. حرکات غیر ارادی به چهار نوع تقسیم میشوند:

حرکات کراهی، حرکات آتوزی، حرکات بالیک و لرزش.

الف- پارکینسون:

هر پزشکی سه علامت بزرگ آن را که لرزش غیرارادی، هیپرتونی 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 می شناسد.

امروزه پارکینسون پس از آنسفالیت بطور استثنای دیده میشود.

از کل پیران مورد بحث ما، ۲۳ مورد بشرح زیر دچار پارکینسون بوده اند (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

از علل پارکینسون در بیماران مورد مطالعه ما فقط یک 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 در اجسام مخطط است. ضایعات تجربی جسم سیاه (Locus Niger) و یا استعمال ماده شیمیائی Reserpine موجب نقصان دوپامین میشود ولی لرزش ایجاد نمی کند و فقط باعث پیدایش سفتی عضلات و اختلال حرکتی میگردد.

۴- تومورهای مغز :

هفت مورد از بیماران مورد بحث دچار تومورهای مغز بوده‌اند که پنج مورد تومور پیشانی راست و یک مورد آهیانه‌ای راست و یک مورد آهیانه‌ای چپ (گلیو بلاستوم) بوده است. تومورهای مغز نزد سالمندان گرچه با علائم کانونی و یا ازدیاد فشار داخل جمجمه خودنمایی میکند ولی بر طبق عقیده Paillas and Alliez (۱۶) که صد مورد را تحت بررسی قرار داده‌اند دارای خواص زیر است:

علائم کانونی ۹۲٪ موارد

علائم صرعی کمپاب است (۳۰٪ موارد)

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

تومورهای بدخیم ۶۵ درصد موارد را تشکیل میدهند.

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

تشخیص با آزمایشهایی مانند پرتونگاری جمجمه، معاینه ته چشم، الکترو آنسفالوگرافی، توموگرافی کامپیوتری مغز است. آنژیوگرافی برای بررسی عروق تومور لازم است.

۵- سندرمهای نخاعی:

شش مورد از بیماران مورد این مطالعه (چهارمرد و دو زن) دچار سندرمهای نخاعی بوده‌اند.

علل سندرمهای نخاعی:

الف- فشارهای نخاعی: در اکثر مواقع مربوط به متاستاز است. این بیماران از دردهای ستون فقرات که بصورت دردهای ریشه عصبی است می‌نالند و از راه رفتن خسته میشوند. در معاینه اعصاب غیر از سندرم ریشه عصب، یک سندرم هرمی اسپاستیک در زیر ضایعه دارند.

باید عارضه را زود تشخیص داد زیرا برداشتن تومور، باعث بهبود بیمار میشود و گرنه فلج شل پاها فرامیرسد و درمان جراحی به شکست میانجامد.

ب- بیماریهای نخاعی آرتروژیک: که بیشتر نخاع گردنی گرفتار میشود. مجرای استخوانی در اثر فتق دیسکال تنگ میشود و زائده‌های غیرطبیعی استخوان (استئوفیت‌ها) عروق نخاعی را می‌فشارند. از علائم آن غیر از فلج نسبی اسپاستیک، اختلال‌های حسی ذهنی است. علامت (Lhermitte) یعنی احساس تخلیه الکتریکی هنگام خم کردن ناگهانی گردن به جلو را گاهی میتوان یافت.

در اندام فوقانی یک سندرم حرکتی و حسی از نوع ریشه‌ای جلب نظر میکند زیرا یکی از رفلکس‌های تاندونی از بین رفته است در حالیکه رفلکس‌های دیگر تند شده‌اند.

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

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

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

پ- بیماریهای نخاعی عروقی: بر دو نوع است:

بیماریهای نخاعی در اثر نرم شدگی آن (میلومالاسی)

بصورت قطع عرضی ناگهانی نخاع است که بشکل فلج شل پاها همراه با بیحسی در زیر محل ضایعه خودنمایی میکند. اگر فقط شریان نخاعی قدامی گرفتار شود، اختلال حسی عمقی وجود نخواهد داشت.

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

۳- بیماریهای مزمن نخاع: این شکل از بیماری نخاع برخلاف بیماریهای قبلی بطور مزمن و پیشرونده تظاهر میکند. فلج نسبی میتواند از نوع شل باشد و اختلالات حسی در $\frac{2}{3}$ موارد وجود ندارد.

تشخیص اقراتی با اسکلروز آن پلاک و یا 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:

شش تن از بیماران مورد تحقیق ما صرع داشته‌اند که سه مورد صرع کانونی بوده است.

همه محققان عقیده دارند که حملات صرع بزرگ با علت نامعلوم بعد از هفتاد سالگی بندرت اتفاق می‌افتد.

Schorsch و همکارانش گزارش داده‌اند که اختلالات عروقی مغز باعث بروز صرع دیررس میگردد. در این مورد باید متذکر شد که Woodcock and Cosgrow (۱۹) در بررسی هشتاد بیمار که بعد از پنجاه سالگی دچار صرع شده‌اند، ۳۵٪ تومور، ۲۶٪ آرترو اسکلروز و ۳۹٪ علت نامعلوم پیدا کرده‌اند.

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

(در الکتروآنسفالوگرام وی حمله‌هایی بصورت امواج تتا نوك تيز منتشر دیده شده است).

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

صرع از نوع حمله کوچک هرگز نزد بزرگسالان بعنوان نخستین تظاهر صرع، دیده نشده است.

از سه بیمار دچار حملات صرع کانونی در موارد بیماران ما دو تن صرع گیجگاهی و یک تن صرع براوه ژاکسون ناشی از تومور پشانی راست داشته‌اند.

Gastaut و همکارانش (۹) علل زیر را 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 بیا نندیشد. محققین علت توموری صرع دیررس را در پیران کمتر از ده درصد موارد صرع میدانند که تقریباً مشابه علت توموری صرع دیگر بزرگسالان است.

آزمایشهای لازم مانند پرتونگاری جمجمه، معاینه کامل چشم‌ها، الکتروآنسفالوگرافی، آزمایش با مواد رادیو ایزوتوپ، توموگرافی کامپیوتری مغز و در صورت لزوم آرتیوگرافی و واتریکولوگرافی باید انجام شود.

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

۸- سندرم مخچه‌ای:

دو بیمار ما دارای سندرم مخچه‌ای بویژه علامت رومبرگ شدید بوده‌اند که مربوط به آتروفی قشری دیررس کریمینه مخچه (ورمیس) است.

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

الف- اختلالات دژنراتیف:

این اختلالات بر دو نوع است:

۱- آتروفی قشری دیررس با تفوق در ناحیه کریمینه:

این آتروفی بسیار تدریجی و پیش رونده است و قسمت قدامی کریمینه و نواحی مجاور نیمکره‌های مخچه را گرفتار میسازد. عارضه با عدم تعادل اندامهای تحتانی شروع میشود و راه رفتن

بر سالمند بسیار دشوار میگردد. بعدها زوال عقلی بر آن افزوده میشود.

در سابق، تشخیص بنسب آنسفالوگرافی با هوا انجام میشد اما اکنون با توموگرافی کامپیوتری مغز امکان پذیر است.

۳- آتروفی تحت حاد مخچه (پارانئوپلازیک): این عارضه کمیاب است. غیر از عدم تعادل، اختلالات حرکتی مخچه‌ای نیز دیده میشود و بدین جهت آتروفی، هم کریمینه و هم نیمکره‌های مخچه را فرا میگیرد.

ب- اختلالات عروقی: خونریزی مخچه:

بیماران گه‌گاه، دچار سردرد همراه با عدم تعادل حرکتی در طرف ضایعه و علائم ازدیاد فشار داخل جمجمه و گاهی فلج عصب‌صورتی همان طرف میشود. بیمار بسرعت بطرف اغماء پیش میرود و فقط عمل جراحی فوری، بیمار را نجات میدهد.

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

پ- اختلالات توموری:

در نزد پیران، شایعترین تومورها، متاستاز ناشی از تومور بدخیم اپی تلیوما است. علائم بالینی بعلا تمل متاستاز به جایگزینی در سطح فوقانی کریمینه مخچه، بصورت عدم تعادل همراه با ازدیاد فشار داخل جمجمه خود نمائی میکند.

تشخیص با آزمایشهای رادیو ایزوتوپ و توموگرافی امکان پذیر است.

هرگاه که وضع بالینی بیمار اجازه دهد درمان جراحی لازم است.

۹- نوروپاتیها:

الف- نورالژی عصب پنجم: دومورد از بیماران مادچار نورالژی عصب سه قلو بوده‌اند. این نورالژی که بسیار دردناک و مانع خواب میشود بصورت درد خفیف، دردهای شدید کوتاه مدت در مسیر یکی از سه شاخه عصب سه قلو ایجاد میشود. معاینه عصبی هنگام حمله درد طبیعی است.

درمان توسط داروی کار با مازپین (تگرتول) همراه با فنوتیازین اغلب مؤثر است. در صورت شکست این درمان، عمل جراحی را میتوان پیشنهاد کرد.

ب- درد زونا: دو تن از بیماران مورد این تحقیق گرفتار زونای بین دنده‌ای بوده‌اند.

در این بیماران زونا در ناحیه صورت دیده نشده است. بعد از ناپدید شدن علائم پوستی زونا در منطقه بی حس شده، دردهای

عصبی سالمندان در ایران را در نه گروه بشرح زیر تقسیم بندی نموده سپس با در نظر گرفتن یافته‌های پژوهشگران دیگر بحث و مقایسه کرده است. (بررسی اختلالات روانی در این گزارش منظور نشده است)

- ۱- اختلال‌های عروقی ۷۰ تن
- ۲- سندرمهای سیلویین ایسکمیک: ۵۳
- ۳- سندرم ایسکمیک مغزی قدامی ۱
- ۴- عارضه Ictus Amnesique ۷
- ۵- سندرم Weber ۱
- ۶- سندرم پسودوبولبر ۳
- ۷- خونریزی داخل مغزی ۵
- ۸- زوال عقلی (دمانس) ۲۷
- ۹- سندرمهای خارج هرمی (اکسندر اپیرامیدال) ۲۷
- ۱۰- تومورهای مغز ۷
- ۱۱- سندرمهای نخاعی ۶
- ۱۲- فلج عصب صورت (A frigore) ۶
- ۱۳- صرع ۶
- ۱۴- سندرمهای مخچه‌ای ۲
- ۱۵- نوروپاتیها ۵

شدیدی بروزمی کند که در اغلب مواقع درمان طبی و حتی جراحی تأثیری ندارد.

پ- نوروپاتی دیابتیک: این عارضه میتواند عصب حسی یا حرکتی را فراگیرد. اختلال‌های حرکتی معمولاً در ریشه اندامها بیشتر است.

ت- نوروپاتی در اثر رادیوتراپی: بعضی از بیماران که به علتی تحت درمان رادیوتراپی در منطقه زیر بغل قرار گرفته‌اند، چند سال بعد علائم نوروپاتی اعصاب این ناحیه را ظاهر می‌سازند. یکی از بیماران ما که مرد ۶۵ ساله‌ای بود، دچار این نوروپاتی شده بود.

ث- نوروپاتی‌های دیگر: به علت سرطان، ایسکمی و با آمیلوئیدوز نیز گاهگاه نزد پیران یافت میشود. برای تشخیص آزمایش‌هایی مانند الکترومیوگرافی، بیوپسی عصب، تجزیه مایع نخاع، بررسی اختلال‌های عروقی محیطی، اختلالات متابولیک و غیره باید انجام گیرد.

درمان مربوط به علت نوروپاتی است.

خلاصه:

پس از یادآوری چگونگی معاینه عصبی یک سالمند، نویسنده مقاله ۳۲۸ بیمار از ۶۵ سال به بالا را در ده سال اخیر، از نظر اعصاب و روان مورد معاینه و بررسی قرار داده‌است و شایعترین بیماریهای

REFERENCES:

- 1- Bender, M. B: The incidence and type of perceptual deficiencies 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 Guillon, J: Etude de 51 dossiers d'épilepsie ayant débuté après 60 ans. Sem. Hop. de Paris, 48, 3141 - 3144. 1970.
- 4- Boudouresques, J., Vigouroux, R., Lehmann, G. and Boudouresques, G: L'hémiplégie du 3e âge: à propos de 277 cas d'hémiplégie observés après 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 observation 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.
- ۲۰- دکتر جلال بریمانی: اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران (بررسی ۱۷۸ مورد) مجله نظام پزشکی، شماره ۶، صفحه ۴۳۰ - ۴۲۴، سال ۱۳۵۱.