

فهرست

۷.....	پیشگفتار مترجمان
۱۱.....	بخش ۲: اختلالات سیستم مغز و اعصاب
۱۳.....	فصل ۵۰: طبقه‌بندی انواع دمانس
۳۵.....	فصل ۵۱: نوروسایکولوژی در تشخیص و درمان دمانس
۵۷.....	فصل ۵۲: بیماری آلزایمر
۸۷.....	فصل ۵۳: اختلالات شناختی عروقی
۱۱۵.....	فصل ۵۴: دژنراسیون لوب فرونتوتمپولار (پیشانی-گیجگاهی)
۱۲۷.....	فصل ۵۵: روان آشفتگی (دلیریوم)
۱۴۵.....	فصل ۵۶: اختلالات روانی در سالمندان
۱۷۵.....	فصل ۵۷: ناتوانی ذهنی در سالمندان
۱۹۳.....	فصل ۵۸: صرع
۲۲۳.....	فصل ۵۹: دردهای سر و صورت
۲۵۵.....	فصل ۶۰: سکته مغزی: اپیدمیولوژی و آسیب شناسی
۲۷۱.....	فصل ۶۱: سکته مغزی: علایم بالینی، مدیریت و سازماندهی خدمات آن
۲۸۷.....	فصل ۶۲: مراقبتهای طولانی‌مدت در سکته مغزی
۲۹۹.....	فصل ۶۳: اختلالات سیستم عصبی خودمختار
۳۳۱.....	فصل ۶۴: پارکینسون و دیگر اختلالات حرکتی
۳۵۳.....	فصل ۶۵: اختلالات عصبی ماهیچه‌ای
۳۸۵.....	فصل ۶۶: تومورهای درون جمجمه
۳۹۹.....	فصل ۶۷: اختلالات سیستم عصب مرکزی و نخاعی
۴۱۵.....	فصل ۶۸: عفونت سیستم عصب مرکزی
۴۳۳.....	منابع و مآخذ
۴۵۱.....	فهرست کتب تالیفی - ترجمه‌ای
۴۵۴.....	واژه‌یاب

پیشگفتار مترجمان

پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که سرعت افزایش جمعیت سالمندان از سرعت رشد طبیعی جمعیت پیشی می‌گیرد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال از تعداد کودکان زیر ۵ سال بیشتر شده و تا سال ۲۰۵۰ نیز جمعیت سالمندان از جمعیت زیر ۱۴ سال پیشی خواهد گرفت (۲۱ درصد) که این امر نشان‌دهنده افزایش روزافزون مسئولیت ما در قبال قشر سالمند است. چرا که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ حدود ۶۰ درصد سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران بوده‌اند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد می‌رسد.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ درصد رسید و برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۳ درصد جمعیت کشور بالای ۶۰ سال سن یعنی ۸/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه‌یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند گذار ۵۵ ساله است. در حالیکه برای کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخ داده است. این مسئله جمعیت شناختی و متعاقباً مسئله جامعه شناختی - بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته جهان مانند ایران آنچنان حائز اهمیت است که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نامگذاری سال ۲۰۱۲ به سال "زندگی سالم و طول عمر بیشتر"^۱ کرد و این مسئله رشد اپیدمی جمعیت غیرمولد سالمندی به "سونامی خاموش در ایران"^۲ تعریف شده است.

از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمند ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵ و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله مورد بحث ۴/۴ برابر شد؛ در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که از جمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری در دو دهه اخیر بوده است. جمعیت سالمندان

1. Good Health Adds Life To Years

2. Silent Tsunami

مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند بوده است. اما در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ تعداد زنان سالمند در تمام استان‌ها بیشتر از مردان سالمند خواهد بود که حاکی از زنا نه شدن جمعیت سالمند در سال‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۳ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد.

توضیح اینکه چنین وضعیتی در کل جهان نیز پیش آمد به‌گونه‌ای که بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۰۵ جمعیت سالمند جهان ۳/۶ برابر شد اما در ایران شدت آن بیشتر از سطح جهانی (۴/۸ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه کاهش مرگ‌ومیر بود و منجر شد تا امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۸ سال در سال ۱۳۹۵ برسد. به‌طور یقین عوامل متعددی در افزایش جمعیت سالمند کشور دخیل بوده‌اند که از جمله آنها می‌توان به: تغییرات اعمال شده در سیاست‌های کنترل جمعیت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و اجرای سیاست‌های تشویق مولود اشاره کرد. در سال ۱۳۶۵ دولت متوجه بار سنگینی افزایش جمعیت شد و به فکر احیای سیاست قدیمی کنترل جمعیت (که نخستین بار در دهه ۱۳۵۵-۱۳۴۵ به‌طور رسمی اجرا شد و نتیجه آن کاهش رشد طبیعی جمعیت در نقاط شهری بود) افتاد و در خرداد ۱۳۶۷، سیاست تحدید مولود را اعلام کرد و متعاقب آن برنامه‌های تنظیم خانواده را به مرحله اجرا درآورد.

با موفقیت اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده روند باروری در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تنزل چشمگیری یافت به‌گونه‌ای که کاهش تعداد مولود (به همراه کاهش تعداد مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی) رشد سالانه جمعیت کشور را، از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ و ۱/۶۲ درصد در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵ رسانید. کاهش میزان باروری کل^۱ نیز در این دوران قابل ملاحظه بود، بدین ترتیب که میزان باروری کل در سال ۱۳۶۵ از ۶/۴ فرزند به ۳ فرزند در سال ۱۳۷۵ و ۲ فرزند در سال ۱۳۸۵ کاهش یافت. با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت در شرف شروع شدن است. بطوریکه در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۵ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد بوده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه تنها حوزه بهداشت و درمان آنها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و حقوقی مسائل و مشکلات سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد.

در فصل چهارم از بخش دوم کتاب مرجع براکله‌پرست با عنوان "سیستم عصبی"^۲ نویسندگان در قالب ۱۹ فصل منسجم به بحث آشنایی با سیستم اعصاب مرکزی و محیطی در دوره سالمندی و اختلالات مرتبط با آن پرداخته‌اند. این بخش مهم شامل زیرفصل‌هایی با عناوین: ۵۰. طبقه‌بندی انواع دمانس، ۵۱. روانشناختی عصبی در تشخیص و درمان دمانس، ۵۲. بیماری آلزایمر، ۵۳. اختلالات شناختی

1. Total Fertility Rate (Tfr)

2. The Nervous System

عروقی، ۵۴. تحلیل لوب فرونتوتمپورال، ۵۵. روان‌آسفتگی (دلیریوم)، ۵۶. اختلالات روانی در سالمندان، ۵۷. ناتوانی ذهنی در سالمندان، ۵۸. صرع، ۵۹. دردهای سر و صورت، ۶۰. سکتة مغزی: اپیدمیولوژی و آسیب‌شناسی، ۶۱. سکتة مغزی: ارائه بالینی، مدیریت و سازماندهی خدمات آن، ۶۲. مراقبت‌های طولانی‌مدت در سکتة مغزی، ۶۳. اختلالات سیستم عصبی خودمختار، ۶۴. پارکینسون و دیگر اختلالات حرکتی، ۶۵. اختلالات عصبی-ماهیچه‌ای، ۶۶. تومورهای داخل جمجمه، ۶۷. اختلالات سیستم عصب مرکزی و نخاعی، ۶۸. عفونت‌های سیستم اعصاب مرکزی است.

معادل‌گزینی واژگان تخصصی سالمندی که دانشی نوپا در ایران است؛ از کتاب دو جلدی "فرهنگ سالمند" تألیف دکتر عبدالرحیم اسدلهبی و خانم طاهره سکوت (چاپ ۱۳۹۹: نشر تراوا) استخراج شده است؛ ولی مترجمان معتقدند ترجمه این کتاب بویژه در معادل‌یابی‌ها، عاری از هر گونه نقیصه نیست. لذا هرگونه پیشنهاد و انتقاد در خصوص معادل‌واژگان بصورت مکتوب به دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارجاع شود.

این کتاب برای پژوهشگران، اساتید و دانشجویان حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند سالمندشناسی، سلامت سالمندی، علوم اجتماعی و رفتاری، پرستاری سالمندان، دستیاری طب سالمندی و حوزه‌های توانبخشی مفید بوده و در عین حال سایر علاقه‌مندان مانند مدیران و کارکنان مراکز روزانه سالمندی، بنیادهای فرزندان، کانونهای بازنشستگی و شعب استانی کانون ملی فرهیختگان، سالمندان عزیز و مراقبین آنها و دیگر فعالان حوزه سلامت سالمندی می‌توانند با تهیه این کتاب دانش و آگاهی خود را در حیطه چالش‌های دوران سالمندی بالا ببرند.

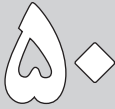
گروه مترجمان

شیراز - بهار ۱۴۰۱

بخش ۲

اختلالات سیستم مغز و اعصاب

فصل



طبقه‌بندی انواع دمانس

مرور اجمالی

دمانس، یک مسئله‌ی سلامت عمومی بحرانی در سراسر جهان (به‌ویژه با روند افزایشی سالمند شدن جمعیت) محسوب می‌شود. در نتیجه، انتظار می‌رود پزشکی‌پزشکانی که با طیف وسیعی از مسائل و مشکلات دیگر مرتبط با سالمندی سروکار دارند، شاهد چنین مسائل و مشکلاتی در بیماران مبتلا به دمانس (زوال عقل) باشند. تشخیص دمانس، به تدریج در حال پیشرفت و تکامل است. در این فصل، ما به مرور پیشرفت‌های اخیر در زمینه‌ی رویکرد سندرمیک نسبت به دمانس پرداخته و سپس، ابعاد تشخیص افتراقی^۱ آن را برجسته و تشریح خواهیم کرد. به‌طور کلی، دمانس، از حیث اختلال شناختی چندکانونی که برای ایجاد اختلال در عملکرد کافی است، تعریف شده است و معمولاً از زوال شناختی^۲ با شدت و تأثیر کم‌تر، متمایز می‌شود. از زمانی که هفتمین نسخه کتاب حاضر در ۲۰۱۰ منتشر شد، تغییرات متعددی در خصوص مفهوم‌سازی^۳ دمانس، پیشنهاد شده است. این موارد شامل یک واژه‌نامه‌ی جدید و چندین مجموعه‌ی جدید از معیارهای تشخیصی و ارائه‌ی شواهد روزافزون برای

1. Differential Diagnosis
2. Cognitive Decline
3. Conceptualization

تأیید این ادعا است که "اختلال شناختی ذهنی"^۱ حتی "مشکلات حافظه‌ی ذهنی"^۲، از جمله عوامل خطر مهم ابتلا به دمانس می‌باشد. یک پیشرفت ویژه و مهم دیگر در این زمینه، طرح‌های پیشنهادی برای تشخیص آنچه که قبلاً به صورت امراض و بیماری‌های فراموشی به‌خصوص بیماری آلزایمر، بدون وجود دمانس در نظر گرفته می‌شد، با این وجود، معیارهای جدید را باید بر اساس چالش‌های بالقوه مطرح‌شده توسط مطالعات اتوپسی (کالبدشکافی) مبتنی بر جامعه و آینده‌نگرانه، در نظر گرفت. همان‌طور که در ادامه تشریح شده است، تغییرات پاتولوژیک متناسب با بیماری‌های تعریف شده به‌صورت پاتولوژیک از جمله بیماری آلزایمر (پلاک‌ها و کلافه‌های مارپیچی)^۳، بیماری پارکینسون (آلفا-سینوکلین/اجسام لویی)^۴ و بیماری عروق مغزی (سکته‌های مربوط به عروق کوچک و بزرگ، تغییرات ماده‌ی سفید)، را می‌توان در بیماران مبتلا به زوال شناختی مشاهده کرد. به‌علاوه، این تغییرات پاتولوژیک اغلب در افراد، همپوشانی دارند. همچنین، این مطالعات نشان می‌دهند که برخی افراد می‌توانند دارای دمانس بالینی بدون نشانگرها و علائم پاتولوژیک مشخص باشند.

محدودیت‌های طبقه‌بندی فعلی

سندرم دمانس، همواره به همان صورتی که در گذشته بوده است، باقی‌مانده است. چاپ پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات ذهنی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، نام دمانس (زوال عقل) را به "اختلال عصبی شناختی عمده" تغییر داده است. اگرچه، جزئیات بسیار مهمی برای تحقیق و پژوهش، از جمله تلاش برای ارائه‌ی زبان مشترک برای توصیف ابعاد دارای همپوشانی دمانس، روان‌آشفستگی^۵ و افسردگی وجود دارد، معیارهای جدید، مستلزم ارزیابی و اعتبار سنجی بوده و تأثیر کاربردی اندکی روی شیوه‌ی انجام تحقیق دارند. اگرچه انتظار داریم که این اصطلاح جامع به‌طور فراگیر، پذیرفته شده و مورد استفاده قرار گیرد، در این فصل از عبارت "دمانس" استفاده خواهیم کرد. این موضوع بدیهی است که بسیاری از افراد، با افزایش سن خود، متوجه می‌شوند که حافظه‌ی آن‌ها به‌خوبی گذشته نیست. در واقع بسیاری از افراد، مبتلا به دمانس هستند. تعیین مرز بین مشکلات حافظه و دمانس و نیز تعداد این مرزها، بحث‌برانگیز بوده و برجسته‌کننده‌ی ساختگی بودن تعریف به‌عنوان یک بیماری کاملاً مشخص و مجزا، است. به‌علاوه، سایر ابعاد رفتاری، نظیر مشکلات روانی-عصبی (نوروسایکیاتریک) (از جمله افسردگی) و مشکلات حرکتی، از پیش‌زمینه‌های دمانس هستند و با زوال شناختی مرتبط می‌باشند و این موضوع، ماهیت محدود کننده‌ی طبقه‌بندی‌های فعلی، که عمدتاً بر اساس معیارهای شناختی هستند، را برجسته می‌کند. با این وجود،

1. subjective cognitive impairment
2. Subjective Memory Complaints
3. Plaques And Tangles
4. Lewy Bodies
5. Delirium

تشخیص سندرم دمانس بر اساس شدت اختلال شناختی و تأثیر بالینی مهم بر روی فعالیت‌های زندگی روزمره، عملی است. تشخیص سندرم دمانس، تعیین می‌کند که آیا فرد نیازمند مراقبت در حال حاضر و یا آینده است و به ایجاد ارتباط بین سندرم‌های شناختی و رفتاری با پاتولوژی، کمک می‌کند.

در مقابل این رویکرد سنتی، این دیدگاه وجود دارد که انتظار تا زمان آشکار شدن بیماری به صورت بالینی، فرآیندی بسیار طولانی است. این تمایل برای تشخیص بیماری‌های دمانس (زوال عقل) قبل از شروع بالینی آن، منجر به شناسایی معیارهای جدید (به خصوص، طرح پیشنهادی برای تشخیص پیش بالینی^۱) شده است. بر اساس این معیارها، تشخیص بیماری دمانس قبل از شروع بالینی، نیازمند زمان طولانی است به خصوص زمانی که مداخله موجب تغییر روند بالینی دمانس شده و شاید حتی به طور کامل مانع از اجرای آن شود. ما این موضوع و نیز چشم‌انداز داروهای اصلاح‌کننده‌ی بیماری را در ادامه در نظر خواهیم گرفت.

در خصوص سایر محدودیت‌های مربوط به شیوه‌ی تشخیص و در نظر گرفتن دمانس به عنوان یک سندرم، مسئله‌ی شروع تغییرات مهم بالینی، یک زمینه‌ی دیگر بحث‌برانگیز می‌باشد. روان‌آشفتگی، به عنوان یک سندرم با شروع حاد، و با نوسانات در توجه و یک علت قابل تشخیص در نظر گرفته می‌شود. در واقع، روان‌آشفتگی دائمی، اکنون به عنوان حالت مجزا از دمانس در نظر گرفته شده است و احتمالاً، منعکس‌کننده‌ی عناصر مشترک پاتوفیزیولوژی در رابطه با فرآیندهای التهابی و نورودژنراتیو (تحلیل برنده‌ی عصبی) است. در خصوص این که آیا، این موضوع به این دلیل است که روان‌آشفتگی منجر به اختلال مزمن، دائمی و شناختی می‌شود یا این که روان‌آشفتگی در شرایط دمانس (زوال عقل) (یا پیش از دمانس) رخ می‌دهد و نیز این که آیا بسیاری از علائم روان‌آشفتگی که منطبق با معیارهای روان‌آشفتگی نیستند، نشان‌دهنده‌ی وضعیت پرخطری هستند که مطالعات و اطلاعات فعلی ما در خصوص آن‌ها ناکافی است، ابهامات زیادی وجود دارد. در برخی موارد شروع حاد دمانس نیز می‌تواند اتفاق بیفتد و همیشه، نشان‌دهنده‌ی روان‌آشفتگی نیست.

به خصوص در عصر نوین تشخیص بیماری‌های دمانس پیش از شروع علائم^۲، مسئله‌ی شیوه‌ی در نظر گرفتن علل چندگانه، نیازمند ملاحظات و توجه ویژه است. چالش مهم در این رابطه، درک این موضوع است که ویژگی‌ی علل، علائم و نوروپاتولوژی، به خصوص در افراد بسیار سالمند مبهم‌تر (فازی‌تر) از آنچه که پیش‌بینی می‌شود، می‌باشد. دمانس، به طور عمده نه تنها در افراد سالمند رخ می‌دهد، بلکه همان طور که شواهد جدید نشان می‌دهد، عمدتاً در افرادی که دارای مشکلات متعدد در سلامتی هستند، ایجاد می‌شود. علی‌رغم این که بسیاری از بیماران دارای مشخصات علائم متفاوت نسبت به نوع دمانسی که دارند می‌باشند، با افزایش سن، همپوشانی علائم، بیشتر می‌شود و علائم بین آن‌ها مشترک خواهد بود. این همپوشانی در زمینه‌ی نوروپاتولوژی نیز توسعه می‌یابد، موضوعی که به طور ویژه توسط مطالعات مبتنی بر جامعه و آینده‌نگرانه،

1. Preclinical Diagnosis
2. Presymptomatic Diagnosis