

باغچه خندا

طیبات هنراست،

هنرمایه‌ی قلب و اندیشه



سرشناسه	یعقوبی‌نیا، علی ۱۳۷۱
عنوان و نام پدیدآور	نوروسایکیاتری ۱: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵
مشخصات نشر	"Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 2024"
مشخصات ظاهری	ترجمه و تلخیص: دکتر علی یعقوبی‌نیا، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
شابک	۲۶۰ ص: - مصور، جدول. ج ۱۳ ریال شابک: 978-622-404-382-5 شابک دوره 978-622-404-383-2
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب "Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 2024" تألیف بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا سادوک، پدرو روئیز است. چکیده روانپزشکی بالینی.
عنوان دیگر	روانپزشکی عصبی Neuropsychiatry
موضوع	روانپزشکی Psychiatry
شناسه افزوده	روانپزشکی عصبی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Neuropsychiatry -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	روانپزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Psychiatry -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، ویرجینیا ا. ۱۹۳۸- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	روئیز، پدرو، ۱۹۳۶- م. چکیده روانپزشکی بالینی
رده بندی کنگره	RC۳۴۱
رده بندی دیویی	۸/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۸۱۴۱۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

نوروسایکیاتری ۱ - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص: دکتر علی یعقوبی‌نیا، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۲-۵
صفحه‌آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۳-۲
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	بهاء: ریال

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

نوروسایکیاتری ۱

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با

پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵

"Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 2024"

ترجمه و تلخیص

دکتر علی یعقوبی نیا

ده درصد مورد تخصصی ۱۴۰۳

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سیاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش ناممذود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راحت قرار ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزه و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پور ندیم

فهرست مطالب



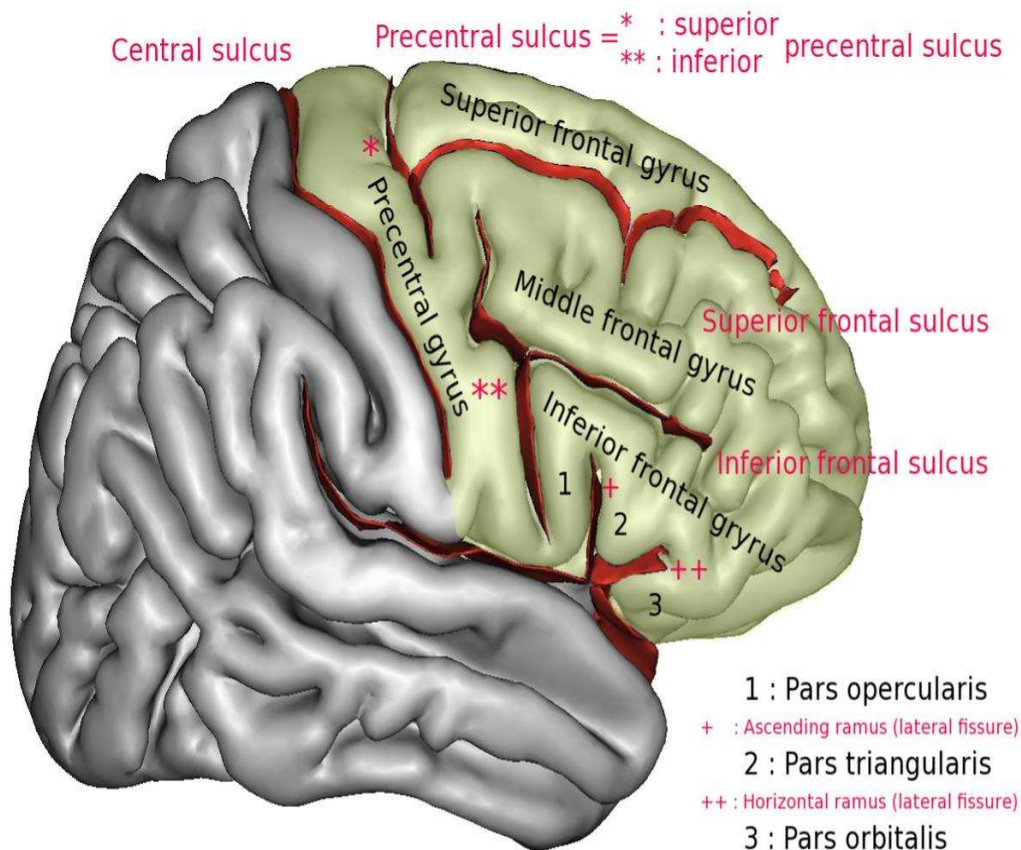
فصل ۱-۲: The neuropsychiatric approach to the patient	۹
فصل ۱۰-۲: جنبه‌های نوروسایکیاتری بیماری PRION	۱۱۵
فصل ۱۱-۲: جنبه‌های نوروسایکیاتری در سردرد	۱۳۵
فصل ۱۲-۲: جنبه‌های نوروسایکیاتری اختلالات نوروماسکولار	۱۶۱
فصل ۱۳-۲: جنبه‌های سایکیاتری در نورولوژی کودکان	۱۷۷
فصل ۱۴-۲: جنبه‌های نوروسایکیاتری اختلالات نورومتابولیک و نورواندوکراین	۱۹۳
فصل ۱۵-۲: کاتاتونیا	۲۲۵
سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد	۲۴۳

The neuropsychiatric approach to the patient

نوروسایکیتري: یک زیرمجموعه از روانپزشکی که با تظاهرات رفتاری و شناختی بیماری‌های مغز سروکار دارد.

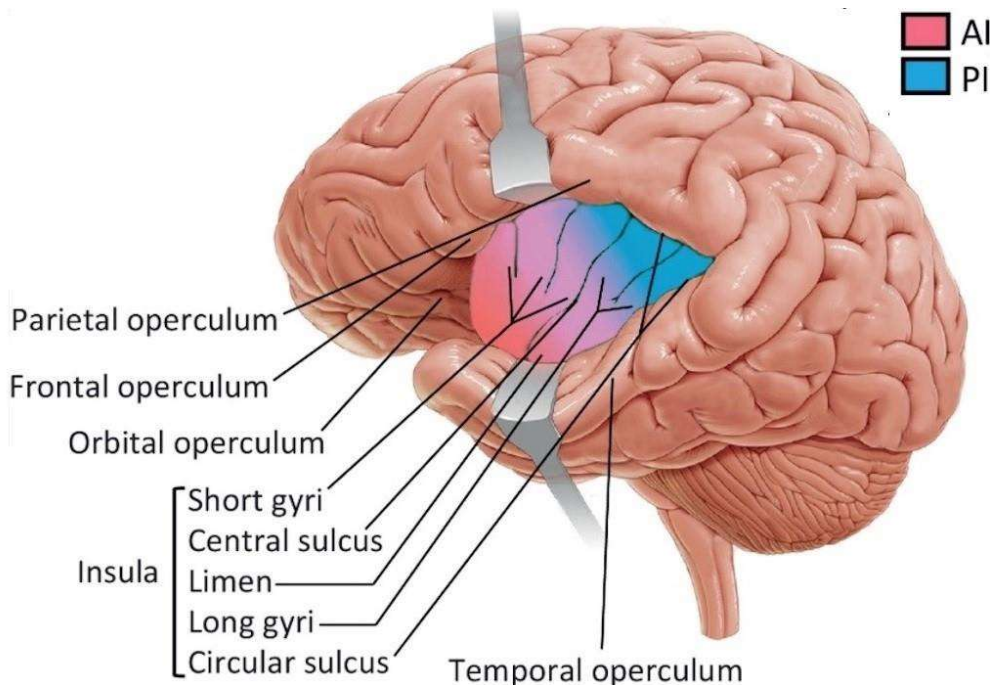
Lateralization:

- دو نیمکره‌ی مغز در بسیاری از عملکردها به صورت کاملاً مجزا از هم عمل می‌کنند. آسیمتری مغزی در اوایل تکامل به صورت اولیه رخ می‌دهد و دو نیمکره عدم قرینگی در سائز و اعصاب احشایی و محیطی را نشان می‌دهند. مثلاً:
- ۱. Pars opercularis در ژيروس سوم فرونتال (منطقه‌ی بروکا) و planum temporale (بخشی از کورتکس که در قسمت پشتی شیار سیلویین به داخل چین خورده است). در نیمکره‌ی چپ به صورت کاملاً واضح بزرگتر و همراه با شاخه‌های دندریتی بیشتری هستند (چپ و راست در متن اشاره به چپ دستی یا راست دستی فرد دارد).



۲. کورتکس Insular در نیمکره‌ی سمت راست باعث تنظیم سیستم سمپاتیکی قلب شده و در نیمکره‌ی چپ تنظیم سیستم پاراسمپاتیکی را به عهده دارد. در CVA سمت چپ (شامل اینسولا) علائم ناپایداری اوتونوم و قلبی بیشتر بروز پیدا می‌کند و مرگ و میر بیشتری دارد.

همچنین دیس شارژهای تشنجی یک طرفه باعث بروز عوارض اوتونوم در این بیماران و مرگ ناگهانی در آنها می‌شود.



۳. تفاوت یک طرفه در تنظیم عملکرد جنسی لیمبیک (هیپوتالاموس و آمیگدال) که باعث بروز بیشتر سندروم تخمدان پلی کیستیک در مبتلایان به صرع لیمبیک سمت چپ می‌شود.

۴. ضایعات یک طرفه‌ی مغزی هم تأثیرات متفاوتی از لحاظ ایمنولوژیک در آسیب به مغز دارند.

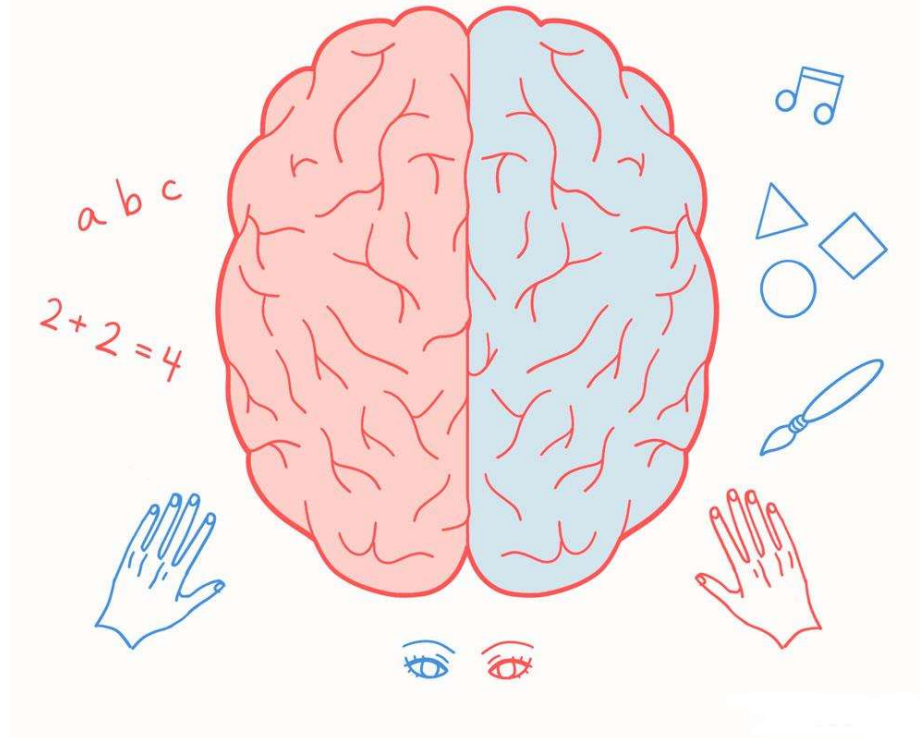
۵. عملکرد زبان در سمت چپ و عملکرد Visuospatial در سمت راست لترالیزه شده است.

۶. دژنراسیون لوب فرونتال در سمت راست بیشتر از لوب چپ با علائم Disinhibition همراه است.

۷. آسیب‌های تروماتیک سمت راست با اضطراب و افسردگی بیشتر و ضایعات سمت چپ با خصومت و پرخاشگری بیشتر همراه است.

– در زنان و افراد چپ دست (Sinistral) تمایل کمتری برای یک طرفه بودن زبان (و شاید سایر عملکردها) وجود دارد. به طوری که ضایعات نیمکره‌ی چپ با احتمال اختلال عملکرد شدید کمتری همراه است.

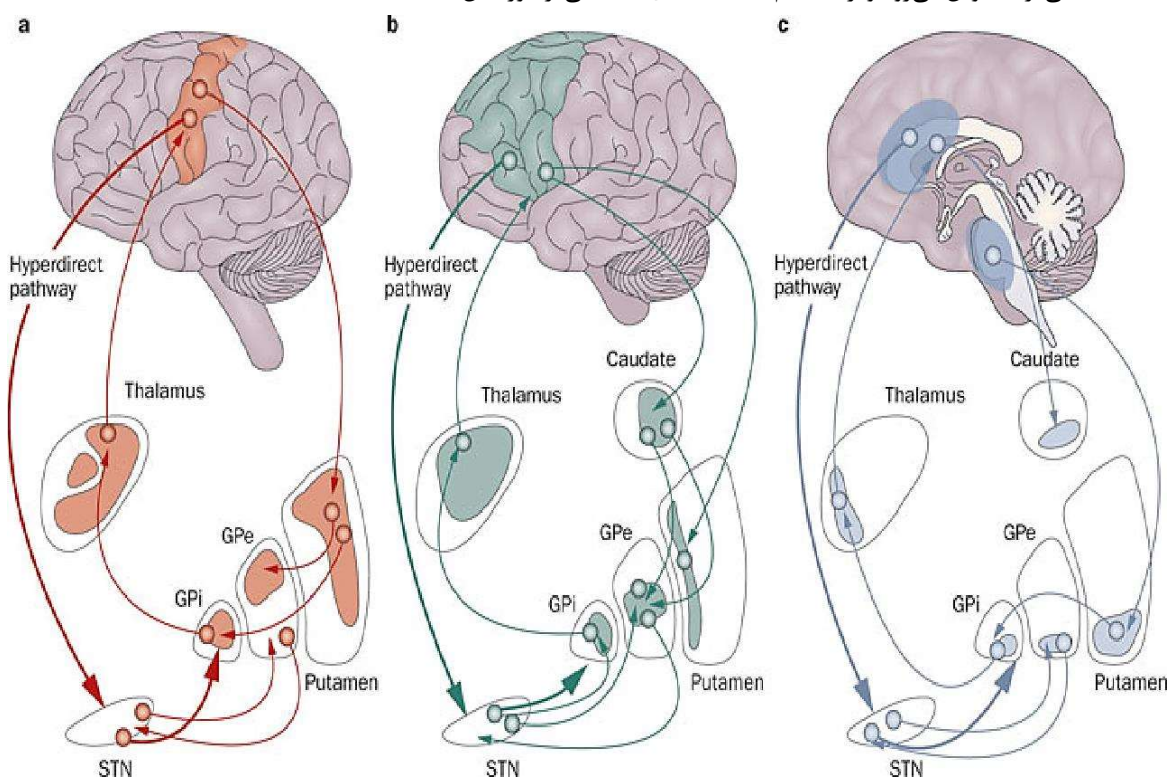
The Science Behind the Left and Right Brain



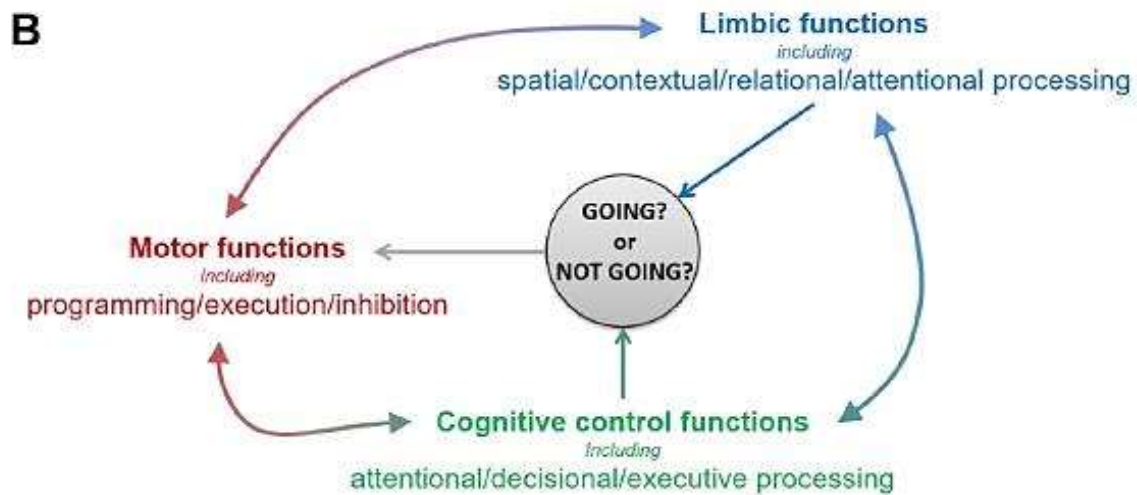
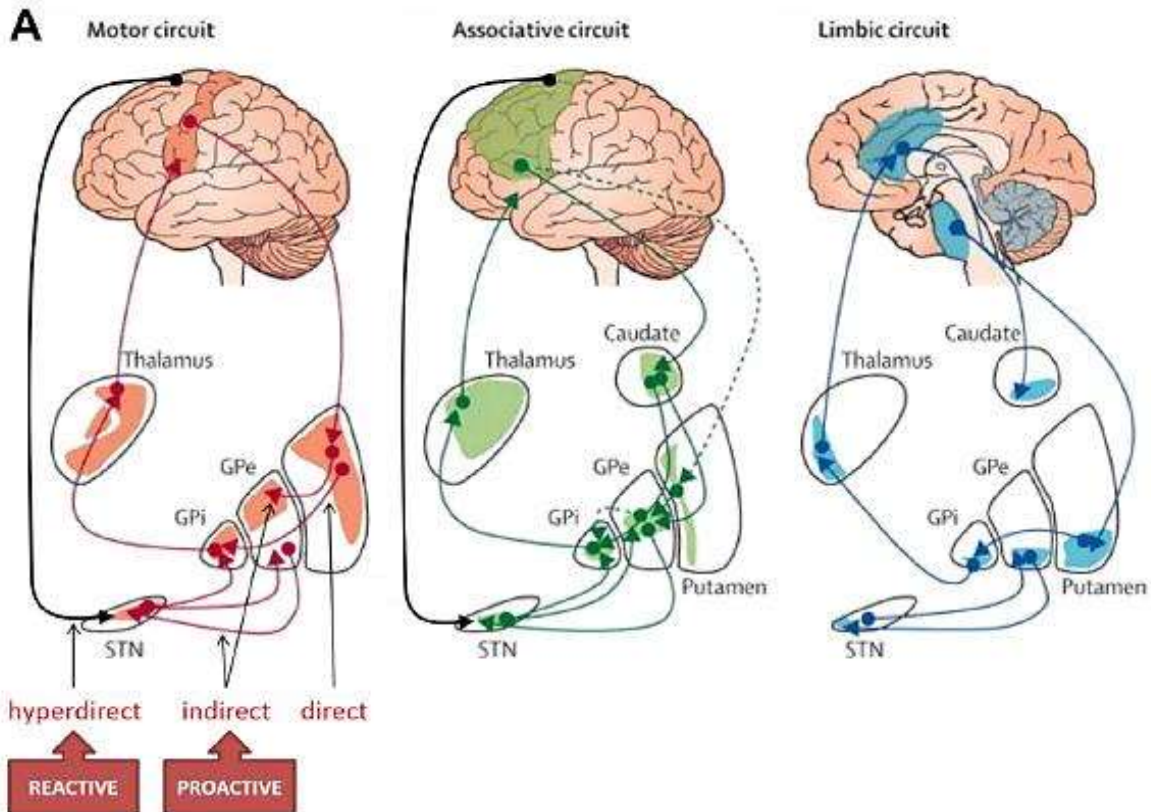
- ✓ نیمکره‌ی چپ مختص هیجانات مثبت و نیمکره‌ی راست مربوط به هیجانات منفی است. ⇐ ضایعات نیمکره‌ی چپ با گریه‌ی پاتولوژیک و نیمکره‌ی راست با خنده‌ی پاتولوژیک همراهی دارد و برعکس، در دیس شارژهای تشنجی در نیمکره‌ی چپ gelastic epilepsy (حملات صرعی خنده) و در نیمکره‌ی راست Dacrystic (Crying) (حملات صرعی گریه‌آور) دیده می‌شود (هر چند تأیید نشده است).
- به صورت کلی نیمکره‌ی راست در emotional processing نقش غالب داشته و با تخریب این نیمکره اختلال بیشتری در درک عواطف و احساسات رخ می‌دهد ⇐ ^{به نام} Aprosodia (یعنی عدم توانایی فرد در رمزگذاری داده‌های هیجانی یا ظرفیت پایین در تشخیص intonationهای هیجانی در کلام دیگران). این نقص در تشخیص هیجان در چهره یا صحنه‌های بینایی هم می‌باشد. ⇐ در صدمات نیمکره‌ی راست بازتوانی شناختی ضعیف‌تر خواهد بود.

Frontosubcortical Circuits:

- پروجکشن کورتکس پره فرونتال به ساختارهای ساب کورتیکال در چندین لوپ بسته انجام می‌شود (یعنی در هر لوپ بخش مشخصی از PFC به بخش مشخصی از استریاتوم وصل می‌شود. سپس یک هسته‌ی خروجی به بازال گانگلیون‌ها رفته و در بازگشت به هسته‌ی خاصی از تالاموس می‌رود و از آنجا هم به قسمت‌های مشخصی از کورتکس).

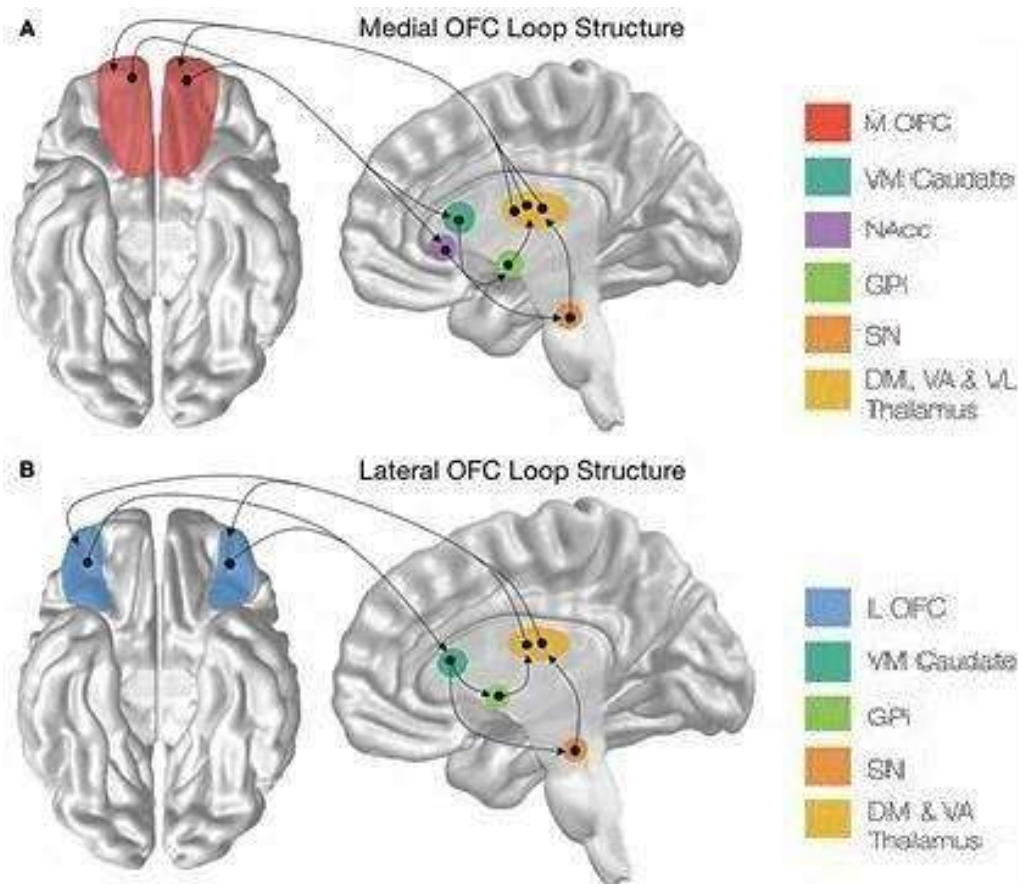


- در سیستم حرکتی، کورتکس پره موتور و ناحیه‌ی حرکتی مکمل به پوتامن پروجکت می‌شوند. سپس خروجی از این ناحیه از طریق ونترولاترال گلوبوس پالیدوس و قسمت Caudolateral Substantia Nigra Pars reticulata (SNr) به هسته‌ی Ventrolat./Ventroant. & Centromedinum تالاموس رفته و سپس به ساختارهای کورتکسی که از آن منشأ گرفته برمی‌گردد.
- Dorsolateral PFC به Dorsolateral Caudate پروجکت کرده و از آن به Dorsolateral globus pallidus و SNr می‌روند. خروجی آن‌ها هم از هسته‌های قاعده‌ای به هسته‌های Ventrolat & Ventroant تالاموس و همچنین هسته‌ی Dorsomedial تالاموس می‌رود و در نهایت به نواحی ۹ و ۴۶ کورتکس Dorsolat. PFC پروجکت می‌شود.



– کورتکس Lat. Orbitofrontal به Ventromedial Caudate پروجکت کرده و سپس به طرف Caudomedial (SNr) می‌رود. سطح تالامیک این لوپ در هسته‌های Ant Ventral و Dorsomedial عرضه می‌شود و از آنجا به قسمت‌های لترال ناحیه‌ی ۱۲ در کورتکس Orbitofrontal برمی‌گردد.

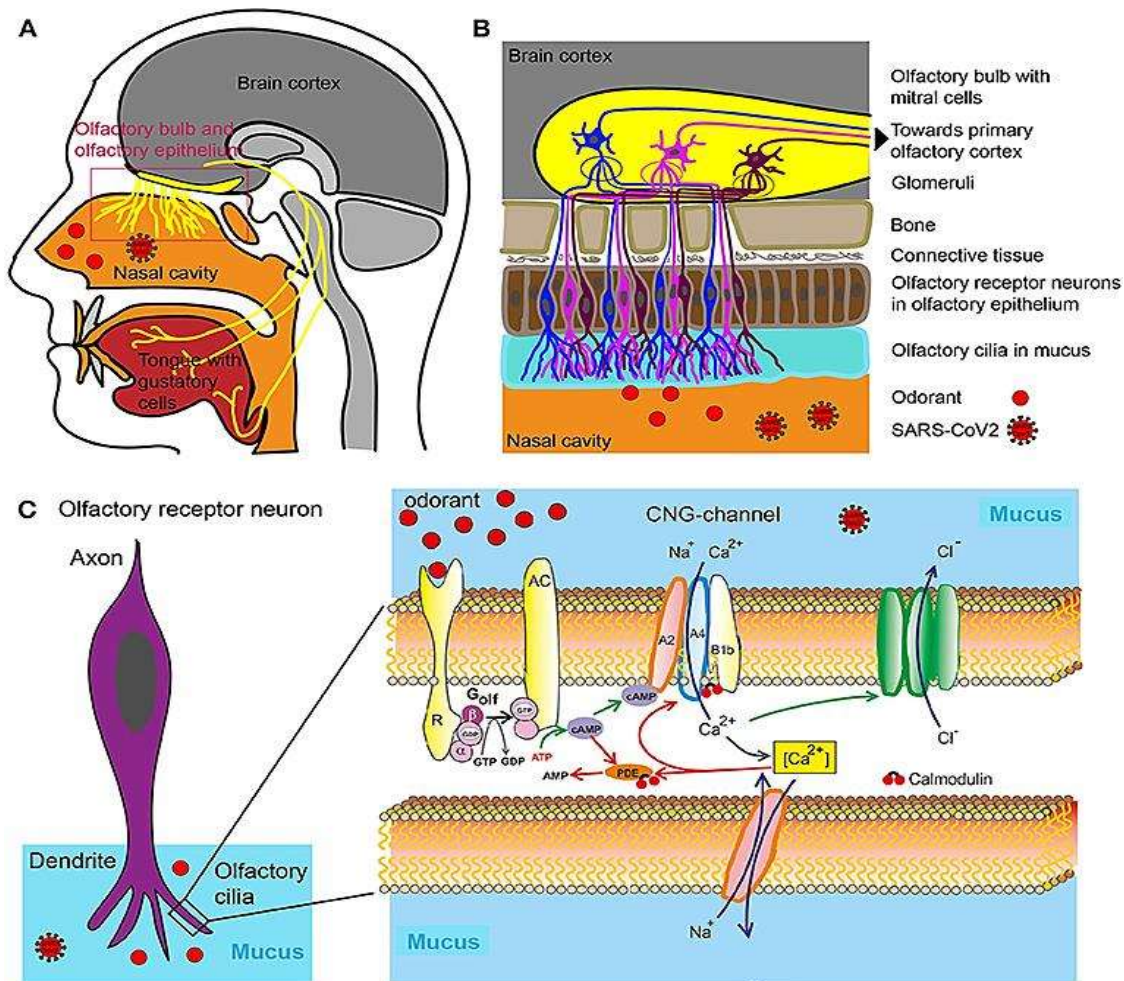
- لوپ کورتکس Medial Orbitofrontal از rectus gyrus و زیروس orbitomedial به ventromedial caudate پروجکت می‌شود. خروجی از هسته‌های قاعده‌ای از SNr شروع شده و به هسته‌ی تالاموس (Dorsomedial) و هسته‌های ventrolat. و ventroant. می‌رود و سپس به هسته‌ی medial orbitofrontal برمی‌گردد.



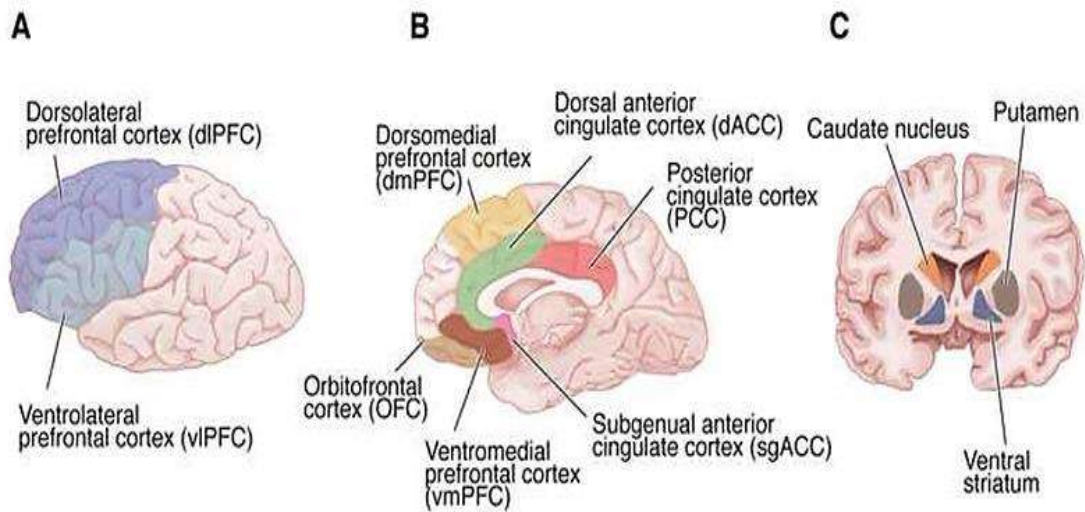
- ✓ کورتکس ant. Cingulate از Dorsomedial به Ventral Striatum پروجکت می‌شود (مثل هسته‌ی accumbens و برجستگی‌های بویایی (پایانه‌های سیستم دوپامینی نورولیمبیک)). خروجی از SNr از طریق تالاموس Ant. Ventral به کورتکس Ant cingulate بر می‌گردد.
- ✓ تخریب هر کدام از این لوپ‌ها باعث ایجاد سندروم بالینی مجزایی می‌شود (چه نقایصی که به دنبال صدمه به کورتکس ایجاد شده باشد و چه ضایعات ساب کورتیکال - هر چند که معمولاً ضایعات مرزهای آناتومیک را دقیقاً رعایت نکرده و عمدتاً به صورت mixed عارضه‌دار می‌شوند).
- ✓ ضایعاتی که باعث تداخل در Dorsolat. P.F.C می‌شوند عمدتاً تخریب در عملکرد اجرایی (executive cognition) می‌شود و باعث کاهش در problem solving و working memory می‌گردد.
- صدمه در این لوپ باعث جراحات تروماتیک مغزی، استروک و بیماری‌های دژنراتیو بازال گانگلیاها مثل بیماری پارکینسون می‌گردد.



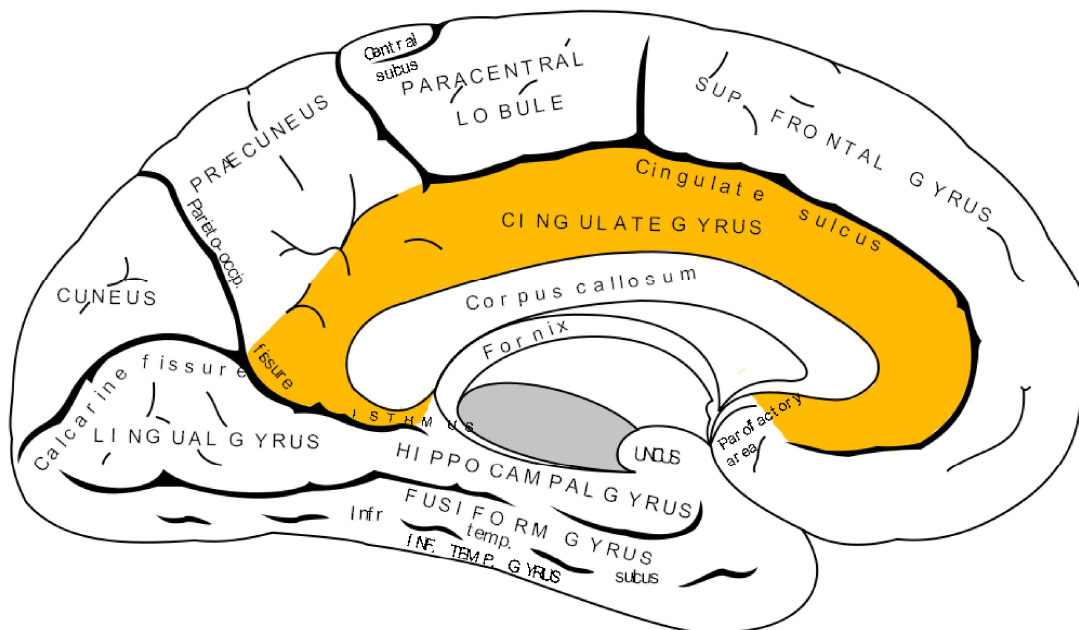
- ✓ درگیری ماده‌ی سفید لوب فرونتال به واسطه‌ی بیماری عروق کوچک باعث گسستگی در ارتباطات corticosubcortical این مدار شده و در نهایت منجر به دمانس ساب کورتیکال می‌گردد.
- ✓ صدمه به کورتکس orbitofrontal و ارتباطات آن باعث ایجاد Impulsivity Disinhibition، کاهش نوسان در تجربه‌ی هیجانی، تحریک‌پذیری، lability of affect اختلال قضاوت و عدم توانایی در تصمیم‌گیری (به خصوص در رفتارهای اجتماعی) و عدم Insight نسبت به اختلال می‌شود.
- این اختلالات عمدتاً دوطرفه بوده، هر چند در صدمات یک طرفه‌ی سمت راست نیز ممکن است ایجاد شود.
- صدمات مجاورتی اغلب عصب بویایی (که از سطح اوربیتال مغز عبور می‌کند) را نیز درگیر کرده و موجب (anosmia) به عنوان تنها علامت نورولوژیک می‌گردد.



- تروما به ساختارهای Dorsomedial PFC باعث Abulia و آپاتی که اختلال در شروع عمل و اختلال در انگیزه هستند می‌شود. همچنین Akinetic mutism (اختلال در شروع حرکت) ممکن است در موارد شدید رخ دهد.



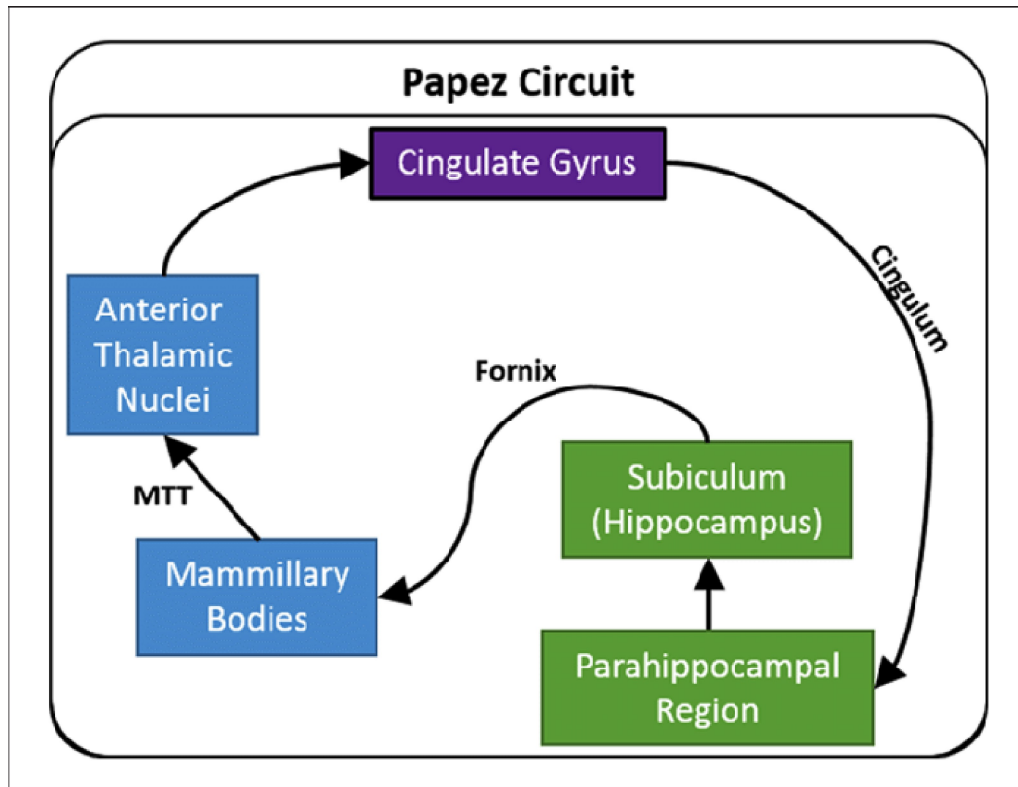
- ✓ کورتکس سینگولیت در توجه و جهت‌یابی (در تحریکات متعارض) و حل مسأله و تمرکز و بهینه‌سازی پاداش نقش دارد.
- ✓ عملکردهای شناختی ممکن است حتی در حضور تغییر شدید شخصیتی دست نخورده باقی بمانند.
- ✓ Spindle cell ها که فقط در کورتکس سینگولیت دیده می‌شوند تنها در ۴ ماهگی وجود داشته و باعث افزایش ظرفیت شیرخوار در توجه و تمرکز و focus attention می‌گردد.
- ✓ تداخل با خروجی‌های جیروس سینگولیت عمدتاً به دنبال سینگولوتومی در اختلال توجه بیش از حد که همان اختلال OCD است نقش دارد (درمانی).





سیستم لیمبیک:

- "Le grand lobe limbique" در قرن ۱۹ به عنوان یک حلقه از ساختارهای کورتیکال و ساب کورتیکال در مدیال نیمکره‌ها شناخته شد.
- Papez به مداری توجه کرد که به واسطه‌ی پروجکشن هیپوکامپ از طریق fornix به mammillary body در هیپوتالاموس رفته، سپس به هسته‌ی قدامی تالاموس و از آنجا به واسطه‌ی بازوی قدامی کپسول داخلی به جیروس سینگولیت می‌رسد. این مسیر سپس از طریق presubiculum کورتکس entorhinal و مسیرهای پرفورانت به هیپوکامپ برمی‌گردد. => به این مدار "Papez Circuit" می‌گویند.



- Papez Circuit + آمیگدال + ارتباطات آن با کورتکس orbitofrontal در ساخت قسمتی از سیستم لیمبیک مشارکت دارند (معرفی شده توسط McLean).
- ✓ آناتومیست‌ها سیستم لیمبیک را به طور جمعی به عنوان emotional brain پذیرفته‌اند.

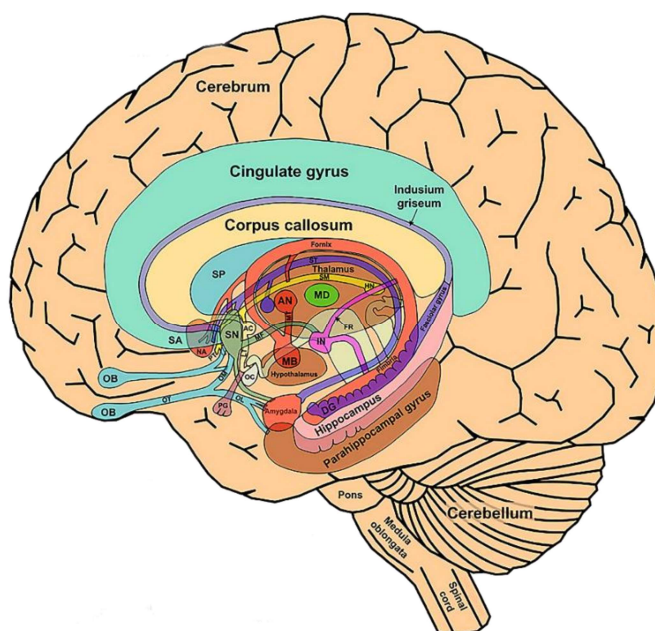
هسته‌ی اصلی ساختارهای لیمبیک به واسطه‌ی ارتباطات آن با هیپوتالاموس شکل می‌گیرد. این ساختارها شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. هیپوکامپ
۲. آمیگدال
۳. کورتکس piriform: در قدام آمیگدال و سطح مدیال تمپورال

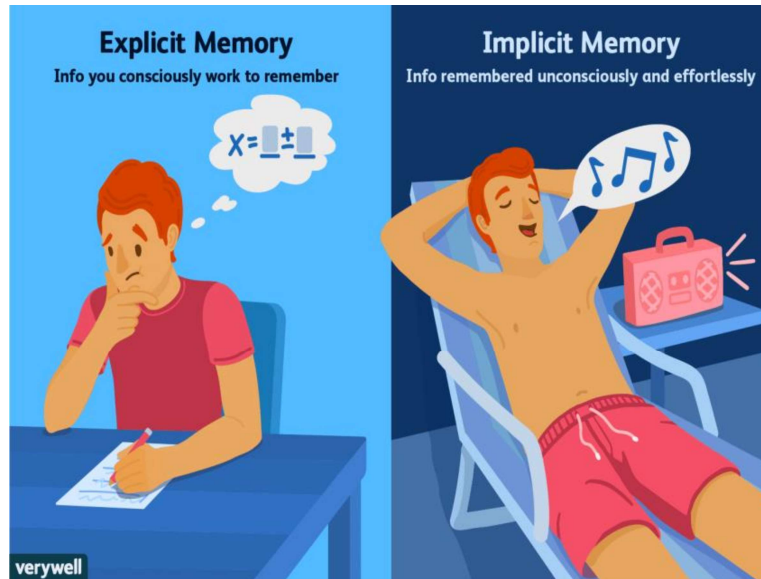
۴. هسته‌ی septal: در دیواره‌ی مدیال نیمکره بلافاصله در نوک Lamina Terminalis

۵. Substantia innominata: در basal forebrain

- ✓ کورتکس پارالیمبیک که در مناطق Temporopolar، Insular و Orbitofrontal قرار داشته در هماهنگی با آمیگدال است. در پاراهیپوکامپال، Retrosplenial/Posterior Cingulate و مناطق subcallosal در هماهنگی با هیپوکامپ می‌باشد.
- ✓ در سیستم لیمبیک، ورودی‌های متعدد حسی از کورتکس به آمیگدال و هیپوکامپ به صورت وسیعی تحت پردازش قرار می‌گیرند تا باعث کنترل سیستم اوتونوم و اندوکرین با تأثیر بر نورون‌های هیپوتالاموس شوند.
- این سیستم همچنین محل تنظیم فعالیت سیستم‌های حرکتی در سطح هسته‌های قاعده‌ای هم می‌باشد و به این وسیله در کنترل عملکرد بیرونی هم مثل عملکرد داخلی نقش دارد. این عملکرد سیستم لیمبیک به دنبال هماهنگی اطلاعات با PFC در مدار limbic frontosubcortical می‌باشد که از طریق پروجکشن اطلاعات از ventral pallidum به سمت هسته‌های Dorsomedial از تالاموس می‌باشد.

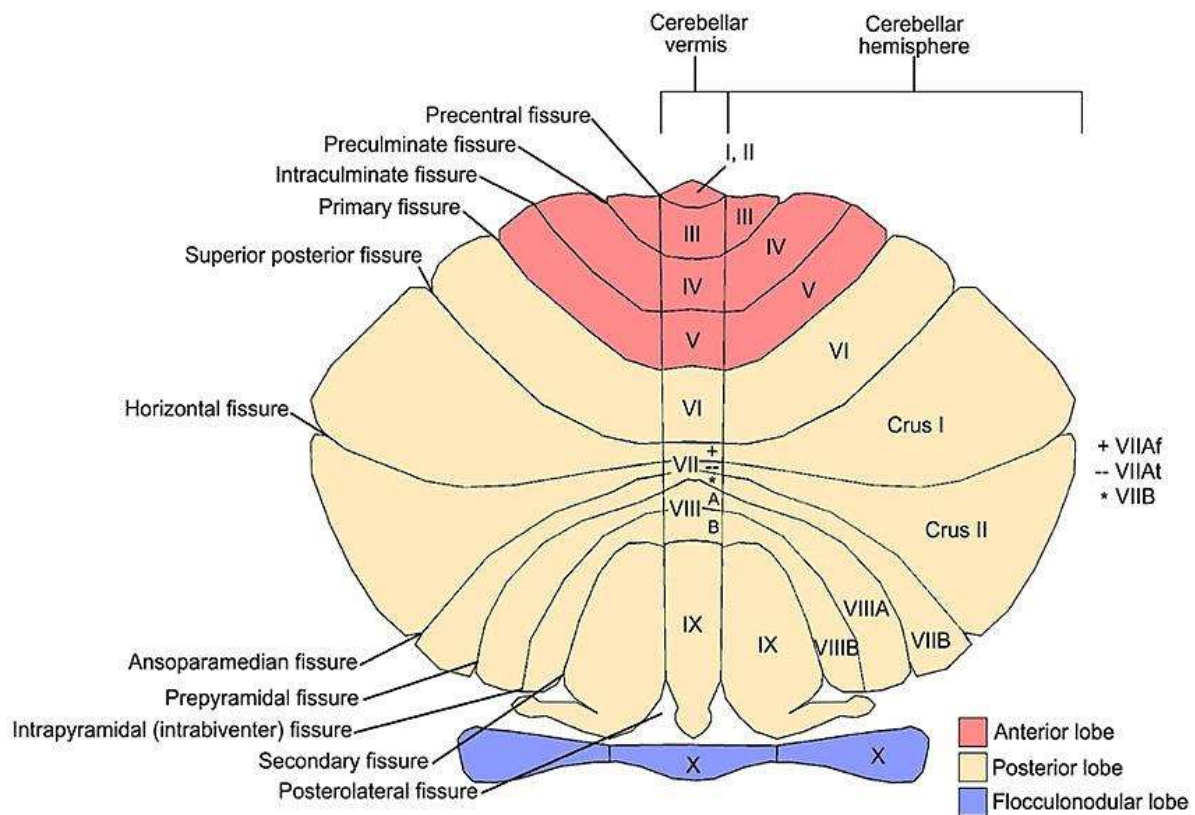


- ✓ یکی از دلایل اهمیت سیستم لیمبیک در نوروسایکیاتری، تره شولد پایین این ناحیه در تولید دیس شارژهای تشنجی در آمیگدال و هیپوکامپ می‌باشد ⇐ اغلب تشنج‌ها در بالغین تشنج‌های لیمبیک هستند.
- ⇐ یک نتیجه‌ی این اتفاق "voluminous mental state" می‌باشد (معرفی توسط Hughlings-Jackson).
- این حالت تشنجی در لیمبیک به صورت Deja vu، دپرسونالیزیشن، ارگانیزیشن، میکروپسی و ماکروپسی می‌باشد.
- ✓ این حالت علاوه بر تشنج لیمبیک در اختلالات خلقی با درگیری لیمبیک، اختلال شخصیت بوردرلاین و سوء استفاده از کودکان که اختلالاتی حمله‌ای بدون ماهیت واضح اپی لپتیک نیز دیده می‌شود. ⇐ به طور قاطع این حالت را نمی‌توان ناشی از یک اختلال ارگانیک دانست.
- ✓ نقش دیگر سیستم لیمبیک ⇐ Explicit memory



- نقص پایدار آمستیک substantial نیاز به تخریب سیستم لیمبیک داشته است.

مخچه (Cerebellum):



- با وجودی که قبلاً تصور می‌شد مخچه یک ساختار حرکتی است، با توجه به شواهد آناتومیک دیده شد که ورودی‌های مخچه با تقویت در تالاموس به نواحی از PFC می‌رسند که متقابلاً به مخچه برمی‌گردند.
- نقایص حرکتی در صدمات یک طرفه‌ی مخچه، در همان طرف تظاهر می‌کند.
- از لحاظ فیلوژنتیک، vermis و هسته‌های fastigial از نئوسربلوم نیمکره‌های مخچه متمایز بوده و به عنوان limbic cerebellum در نظر گرفته می‌شود.

